

COVID-19 et Cancers du sein



Catherine Uzan, Pitié-Salpêtrière - Paris

Xavier Pivot, Centre Paul Strauss- Strasbourg

Joseph Gligorov– Hôpital Tenon - Paris

COVID-19 et Cancers du sein

Epidémiologie
(C. UZAN)

Le  **Cancer.fr**

SITUATION ÉPIDÉMIQUE COVID-19 EN FRANCE AU 13 MAI 2020

Données au 13 mai 2020

COVID-19 - France

140 734^①
(+ 507)
cas confirmés

27 074^①
(+ 83)
cumul des décès

Données hospitalières

21 071^①
(- 524)
hospitalisations

58 673^①
(+ 888)
retours à domicile

2 428^①
(- 114)
en réanimation

17 101^①
(+ 98)
décès à l'hôpital

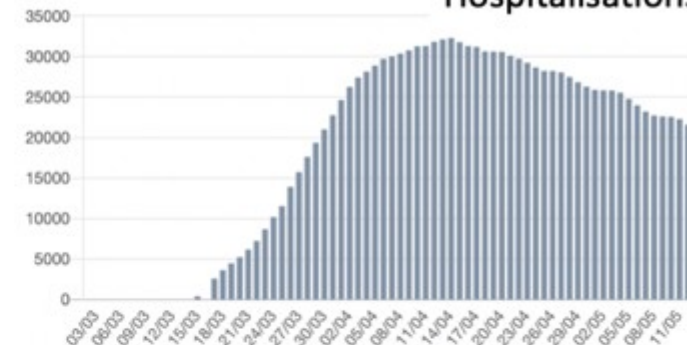
Données EHPAD et EMS

72 930^①
(- 505)
cas total en
EHPAD et EMS

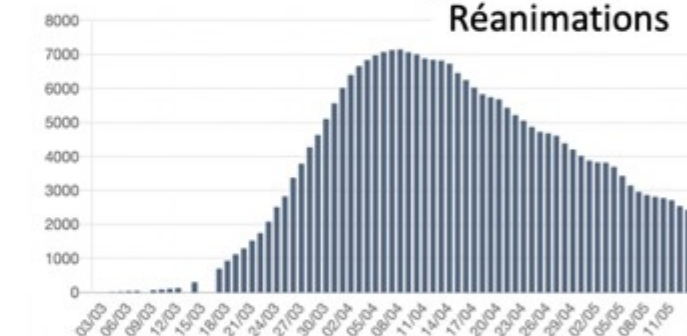
35 604^①
(+ 167)
cas confirmés en
EHPAD et EMS

9 973^①
(- 15)
décès en EHPAD
et EMS

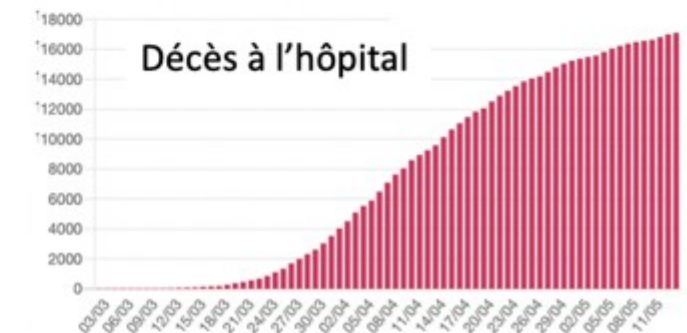
Hospitalisations



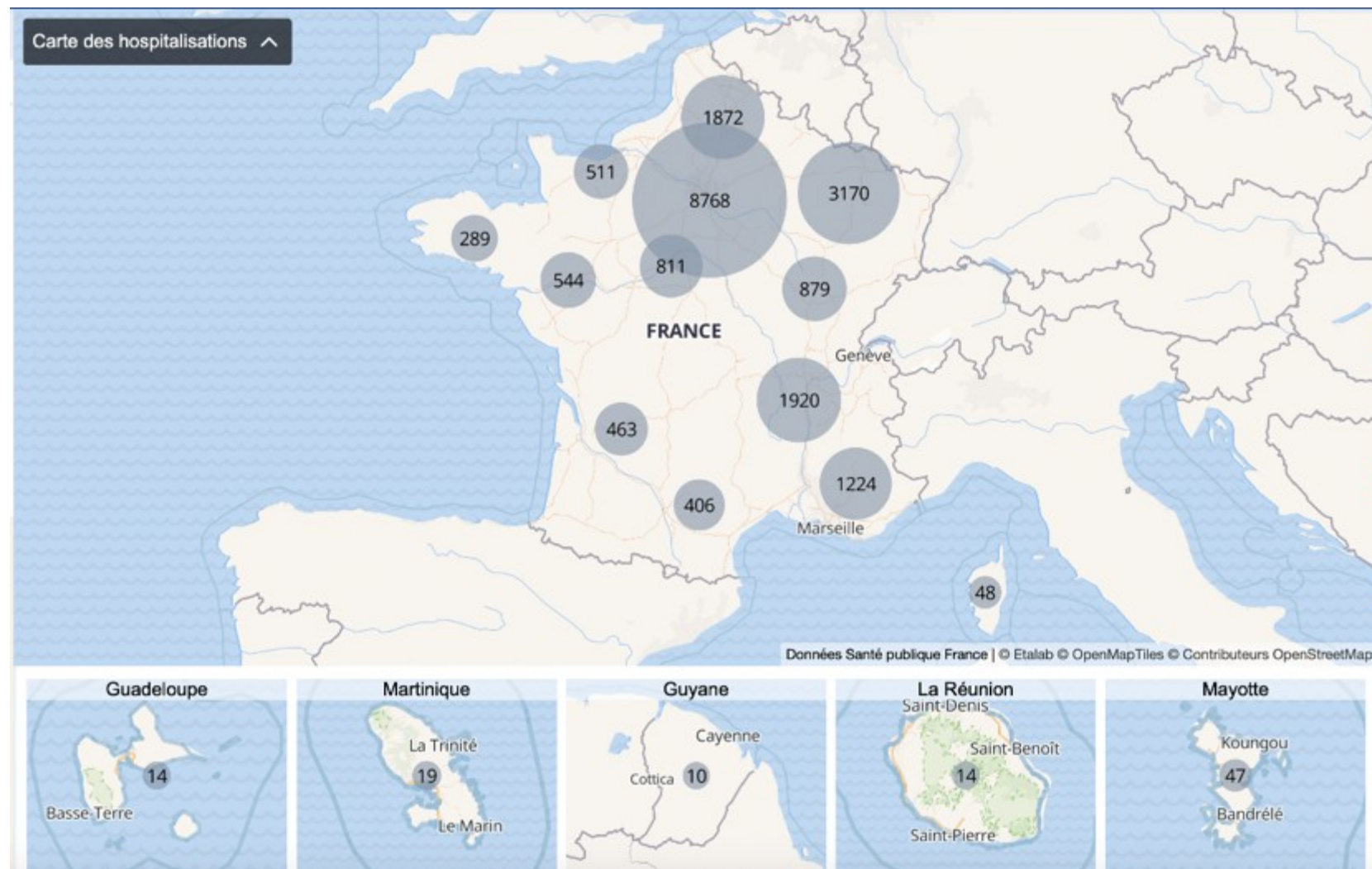
Réanimations



Décès à l'hôpital



SITUATION ÉPIDÉMIQUE COVID-19 EN FRANCE AU 13 MAI 2020

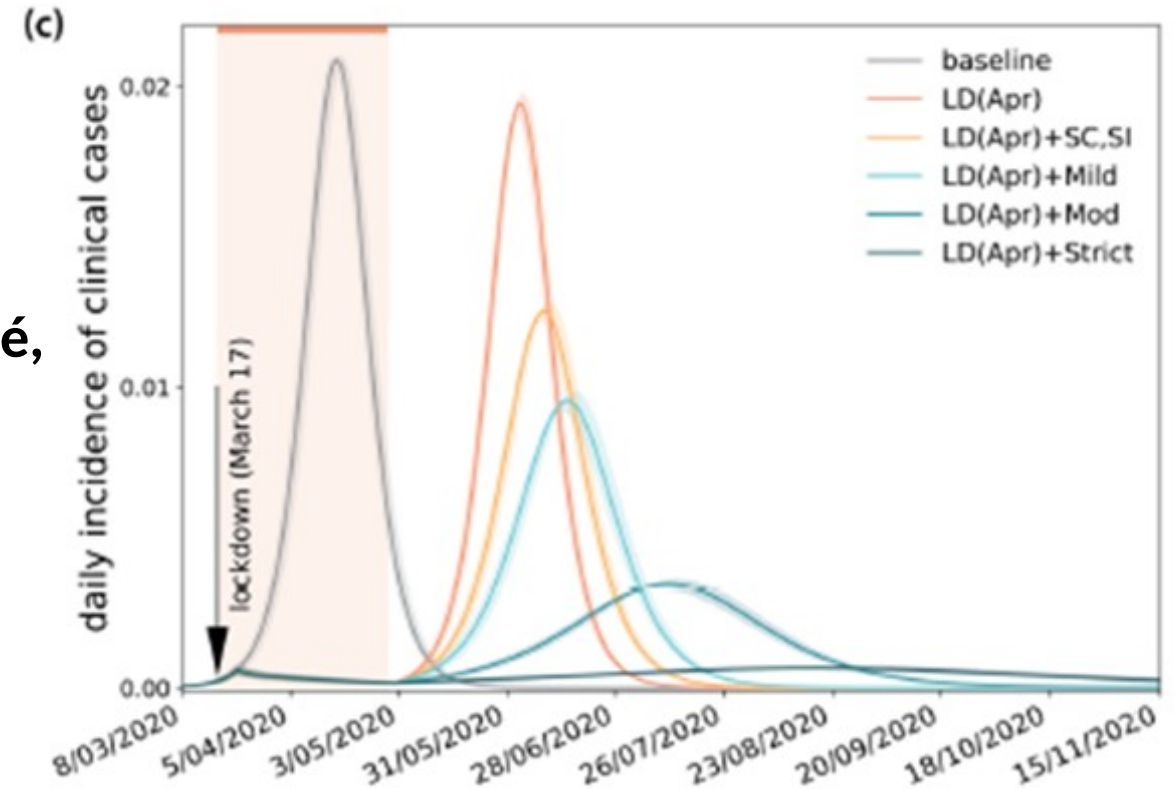


Projecting the transmission dynamics of SARS-CoV-2 through the postpandemic period

Stephen M. Kissler^{1,*}, Christine Tedijanto^{2,*}, Edward Goldstein², Yonatan H. Grad^{1,†,‡}, Marc Lipsitch^{2,†,‡}

UNE
SITUATION
QUI VA
DURER...

Science 04/2020 :
Modèle selon
saisonnalité et immunité,
pourrait durer jusqu'à
2022 voire 2024



Colizza et al 04/2020 INSERM Sorbonne université

COVID-19 et Cancers du sein

**Impact de la pandémie Covid-19
sur le diagnostic et la prise en charge
chirurgicale**

(C. UZAN)

Le ancer.fr

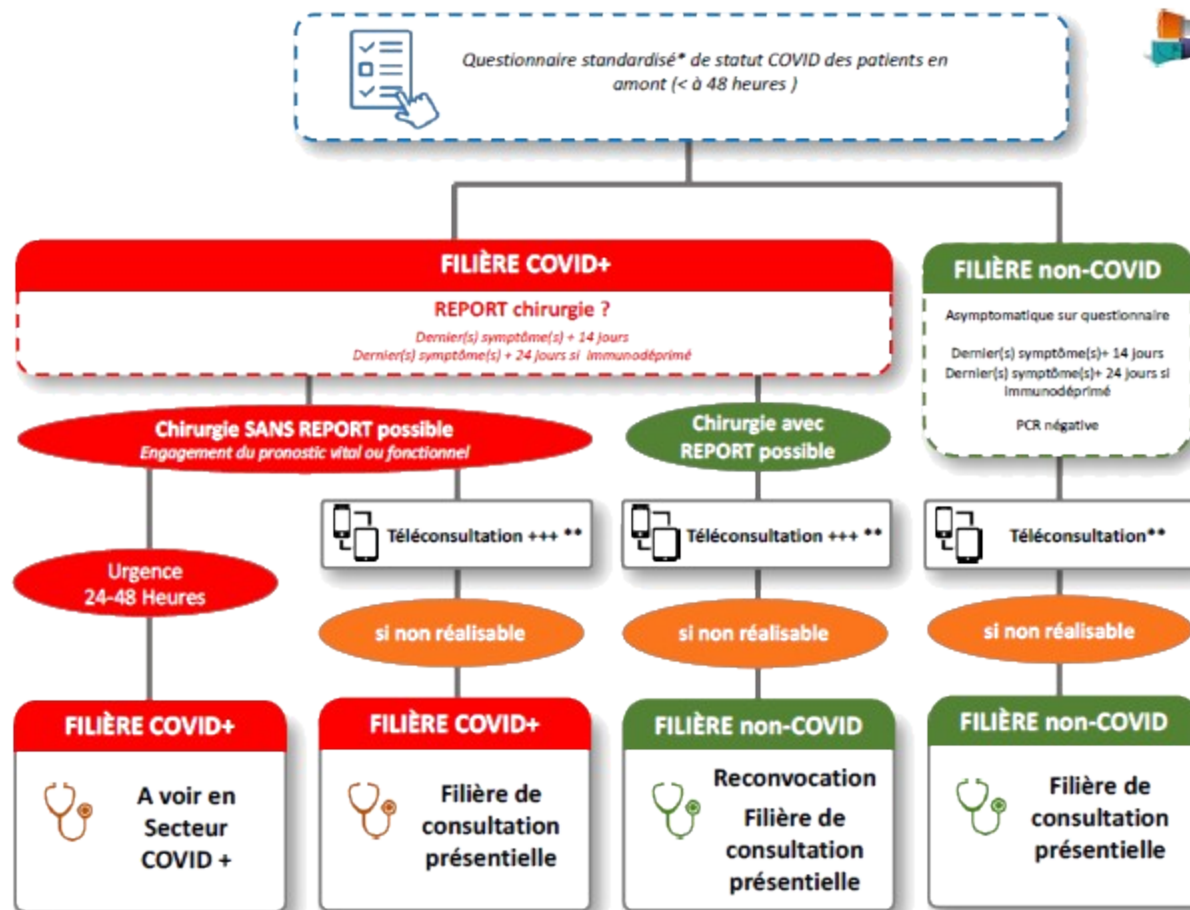
COVID-19 :
comment adapter
nos pratiques ?

DIAGNOSTIC ET
PRISE EN CHARGE
INITIALE

- Mesures de protection en consultation
- Téléconsultation à favoriser (explications lésions atypiques)
- Micro ou macro biopsie
- Précautions pour échographie
- Plus de clip pour petites lésions (surtout sujet âgé ou fragile)
- Adapter notre dispositif d'annonce (limitation des soins de support)
- Téléconsultation d'anesthésie

COVID-19 : comment adapter nos pratiques ?

PARCOURS DE LA CONSULTATION D'ANESTHÉSIE



* RFE Bilan préopératoire et décision vis-à-vis de la chirurgie.

** La téléconsultation doit privilégier la visio; l'appel téléphonique correspond à une situation dégradée et doit être justifiée dans le dossier du patient

ORIENTATION DES PATIENTES PRISES EN CHARGE POUR UN GESTE CHIRURGICAL EN PÉRIODE COVID

COVID-19 :
comment adapter
nos pratiques ?

**PRISE EN CHARGE A
LA PITIE-
SALPETRIERE**

On teste si :

- symptôme
- Contact COVID
- FDR

Et qu'on ne peut reporter

**COVID-19 :
comment adapter
nos pratiques ?**

**DEFINITION DES
CAS SUSPECTS OU
AVERES**

Questionnaire à réaliser la veille de l'hospitalisation

Si 1 des critères, le patient est considéré comme cas suspect ou avéré :

- Patient diagnostiqué Covid-19 +
- Toux inhabituelle
- Perte du goût ou de l'odorat
- Difficulté pour respirer
- Courbatures
- Asthénie brutale
- Fièvres > 38°C
- Céphalées
- Douleur abdominale +/- diarrhée
- Anamnèse impossible ou difficile : barrière de langue, lésions cérébrales
- Aucun de ces items

COVID-19 : comment adapter nos pratiques ?

PERSONNES A RISQUE DE DEVELOPPER UNE FORME GRAVE D'INFECTION A SARS- COV-2

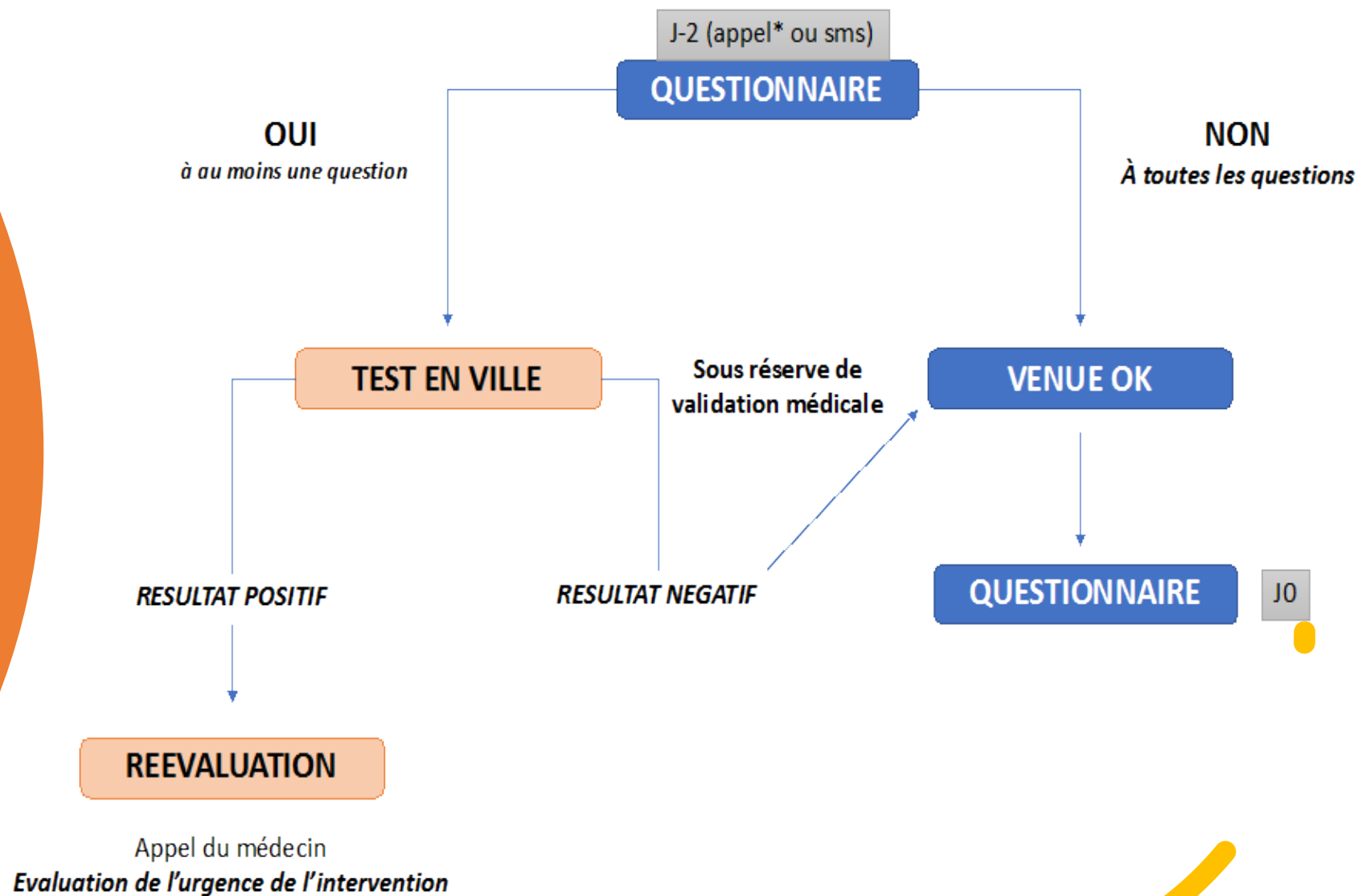
Définition selon l'avis émis le 14 mars 2020 par le Haut Conseil de la Santé
Publique



- Personnes âgées de 70 ans et plus
- Antécédents (ATCD) cardiovasculaires :
 - Hypertension artérielle compliquée
 - ATCD d'accident vasculaire cérébral
 - ATCD de coronaropathie, insuffisance cardiaque stade NYHA III-IV
 - ATCD de chirurgie cardiaque
- Diabétiques insulinodépendants non équilibrés ou présentant des complications secondaires à leur pathologie
- Pathologie chronique respiratoire susceptible de décompenser lors d'une infection virale
- Insuffisance rénale chronique dialysée
- Malades atteints de cancer sous traitement
- Immunodépression liée à une greffe d'organe solide ou de cellules souches
- Immunodépression liée à une hémopathie maligne en cours de traitement
- Immunodépression médicamenteuse :
 - chimiothérapie anti cancéreuse
 - Immunosuppresseur
 - biothérapie
 - corticothérapie à dose immunosuppressive
- Obésité (indice de masse corporelle > 35 kg/m²)
- Infection à VIH non contrôlé ou avec des CD4 <200/mm³
- Cirrhose ≥ stade B de la classification de Child-Pugh

COVID-19 :
comment adapter
nos pratiques ?

QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION



COVID-19 et Cancers du sein

**Préconisations établies dans le cadre de
la prise en charge des cancers du sein
(J. GLIGOROV)**

Recommandations COVID-19 & Cancers du sein

Joseph Gligorov



INSTITUT UNIVERSITAIRE DE CANCÉROLOGIE
AP-HP. Sorbonne Université
Sciences & Humanités contre le cancer

ETAPE 1

« l'arrivée de la pandémie »

COVID-19 et personnes suivies pour un cancer du sein : recommandations françaises pour la pratique clinique de Nice-St Paul de Vence, en collaboration avec le Collège Nationale des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF), la Société d'Imagerie de la FEMme (SIFEM), la Société Française de Chirurgie Oncologique (SFCO), la Société Française de Sénologie et Pathologie Mammaire (SFSPM) et le French Breast Cancer Intergroup-UNICANCER (UCBG)

Joseph Gligorov¹, Thomas Bachelot², Jean-Yves Pierga³, Eric-Charles Antoine⁴, Corinne Balleyguier⁵, Emmanuel Barranger⁶, Yazid Belkacemi⁷, Hervé Bonnefoi⁸, François-Clément Bidard³, Luc Ceugnart⁹, Jean-Marc Classe¹⁰, Paul Cottu³, Charles Coutant¹¹, Bruno Cutuli¹², Florence Dalenc¹³, Emile Darai¹, Veronique Dieras¹⁴, Nadine Dohollou¹⁵, Sylvie Giacchetti¹⁶, Anthony Goncalves¹⁷, Anne-Claire Hardy-Bessard¹⁸, Gilles Houvenaeghel¹⁷, Jean-Philippe Jacquin¹⁹, William Jacot²⁰, Christelle Levy²¹, Carole Mathelin²², Israel Nisand²², Thierry Petit²³, Thierry Petit²³, Edouard Poncelet²⁴, Sofia Rivera⁵, Roman Rouzier³, Rémy Salmon²⁵, Florian Scotté⁵, Jean-Philippe Spano¹, Catherine Uzan¹, Laurent Zelek²⁶, Marc Spielmann²⁶, Frédérique Penault-Llorca²⁸, Moïse Namer²⁹, Suzette Delaloge⁵

Traitements locorégionaux

Chirurgie

Report de toutes les chirurgies de reconstruction secondaire après la pandémie.

Report de toutes les chirurgies portant sur des lésions bénignes même à risque jusqu'à 3 mois, comme les hyperplasies atypiques, les carcinomes lobulaires in situ, les papillomes et autres lésions bénignes.

Pour les pièces opératoires, une fixation rapide des prélèvements doit être privilégiée à l'échantillonnage sur pièces fraîches. Une attention particulière est demandée pour l'examen extemporané, qui ne doit être réalisé qu'en cas de nécessité absolue [15].

Concernant la chirurgie des cancers canaux in situ :

- si l'histologie est de bas grade ou de grade intermédiaire et qu'il ne s'agit pas d'une présentation nodulaire, la chirurgie peut être reportée jusqu'à trois mois ;
- pour les autres formes, la chirurgie peut être reportée à six semaines.

Les chirurgies doivent être ambulatoires le plus souvent possible.

En cas de mastectomie, une reconstruction mammaire immédiate par prothèse/expandeur est possible si elle est indiquée mais les autres techniques plus lourdes requérant une chirurgie plus longue et une hospitalisation plus prolongée doivent être proscrites pendant la pandémie.

Pour les patientes ayant des comorbidités importantes rendant le risque de complications élevées en cas de COVID-19 (sujets âgés, pathologie respiratoire chronique ou cardiaque, immunodépression...), et ayant des cancers invasifs lentement évolutifs, de bas grade et fortement hormonodépendants qui n'auront pas d'indication à une chimiothérapie, un traitement anti-hormonal premier peut être proposé afin de décaler le geste chirurgical. Mais la patiente devra être revue une première fois au moins à huit semaines de l'initiation du traitement.

Pour les autres situations, les indications et les séquences thérapeutiques doivent être maintenues.

Radiothérapie

Les recommandations de la SFRO sont à appliquer pour l'organisation des soins [17].

Pour les cancers intracanaux ayant une indication de radiothérapie, un report de trois à six mois est possible. En cas de pandémie persistante, un schéma hypofractionné sera privilégié. Un traitement anti-hormonal d'attente peut être instauré. Pour les cancers invasifs fortement hormonodépendants chez les patientes ménopausées, de stade I ou II, ou chez des patientes ayant des comorbidités importantes exposant au risque de complications sévères en cas de COVID-19 (sujets âgés, pathologie respiratoire chronique ou cardiaque, immunodépression...), et ayant une indication de radiothérapie, un report de trois à six mois est possible et un schéma hypofractionné sera privilégié. Un traitement anti-hormonal d'attente doit être instauré.

Pour les autres cancers invasifs ayant une indication de radiothérapie, le traitement doit être réalisé selon les indications habituelles. Les schémas hypofractionnés sont à privilégier lorsqu'ils sont possibles et adaptés.

Pour les patientes en cours de radiothérapie selon un schéma normofractionné, le passage au schéma hypofractionné de la dose restante peut être envisagé par un nouveau calcul pour un même équivalent de dose.

Le boost n'apportant pas de bénéfice en survie globale, il devra être évité chez la majorité des patientes. Lorsque celui-ci est maintenu, il conviendra de privilégier les schémas avec boost intégré et non séquentiel.

La radiothérapie en situation métastatique à visée pseudocurative ou fonctionnelle (radiothérapie cérébrale, épидурite,...) est à réaliser selon les indications et schémas habituels de manière aussi hypofractionnée que possible.

La radiothérapie en situation métastatique, à visée palliative, est à reporter si les symptômes sont contrôlés. Dans tous les cas où la radiothérapie est retenue, elle doit être réalisée dans des délais courts, de manière aussi hypofractionnée que possible, surtout si facteurs de risque de complications sévères en cas de COVID-19 (sujets âgés, pathologie respiratoire chronique ou cardiaque, immunodépression...).

Les consultations de surveillance hebdomadaires des patientes en cours de radiothérapie ne doivent pas être systématiques pour limiter la durée de présence des patientes dans les circuits : privilégier les téléconsultations pour les patientes qui présentent peu ou pas de toxicités aiguës.

**Pas de changements majeurs
sauf pour les formes
« non graves »**

Traitements systémiques

En situation non métastatique

En dehors des situations envisagées ci-dessus, les indications de traitements néoadjuvants et adjuvants restent identiques :

- chirurgie première pour tout cancer invasif triple négatif ou HER2 positif T1N0M0. Le traitement adjuvant recommandé et débuté idéalement dans les quatre semaines après la chirurgie est :
 - pour les cancers triples négatifs pT1N0 et en l'absence de contre-indication en évaluant le rapport bénéfice/risque : quatre cycles de docétaxel (75 mg/m²) et cyclophosphamide (600 mg/m²) avec facteurs de croissance de la lignée blanche.

Pour les cancers HER2 positifs pT1N0 et en l'absence de contre-indication en évaluant le rapport bénéfice/risque : quatre cycles de paclitaxel hebdomadaire (80 mg/m²) avec trastuzumab (idéalement par voie sous-cutanée) toutes les trois semaines, puis trastuzumab pour un an. En l'absence de réactions allergiques après les deux premières injections de paclitaxel, l'administration de corticoïdes peut être suspendue [18].

Dans les autres cas, en situation néoadjuvante et adjuvante, les indications restent identiques. Cependant, nous rappelons plusieurs adaptations fortement recommandées :

- en cas de doute sur le bénéfice de la chimiothérapie adjuvante pour les cancers hormonodépendants, l'utilisation des signatures transcriptomiques pour la désescalade raisonnée de chimiothérapie aide à la prise de décision. En cas d'indication de chimiothérapie pour cette population, elle peut être différée jusqu'à six semaines après la chirurgie ;
- en cas d'indication de chimiothérapie, la pose d'un PAC® n'est pas contre-indiquée, mais ceux-ci étant souvent posés par des anesthésistes réanimateurs. Il est important d'anticiper leur pose dans le contexte d'une recrudescence des activités de réanimation liées à la pandémie ;
- privilégier l'administration à domicile des traitements de maintenance anti-HER2 ;
- éviter l'administration de corticoïdes à visée antiémétique ;
- utiliser des facteurs de croissance de la lignée blanche dès le risque intermédiaire de neutropénie [19] ;
- utiliser préférentiellement des schémas permettant de réduire le nombre de passages dans les hôpitaux (schémas toutes les trois semaines plutôt qu'hebdomadaires). Si un schéma par paclitaxel hebdomadaire est privilégié, en l'absence de réactions allergiques après les deux premières injections de paclitaxel, l'administration de corticoïdes peut être suspendue [17] ;
- une durée totale du traitement de chimiothérapie de 18 semaines doit être privilégiée (six cycles/trois semaines) ;
- l'utilisation d'un schéma dose-dense n'est pas contre-indiquée ;
- l'utilisation de la capécitabine ou de T-DM1 en situation adjuvante en l'absence de pCR respectivement pour la population triple négative ou HER2 positive n'est pas contre-indiquée.

En situation métastatique

Privilégier les traitements oraux ou à administration à domicile lorsque ceux-ci sont possibles et sans perte de chance pour la patiente. Toutefois, tous les patients ayant un traitement à domicile doivent être informés de la nécessité de suspendre leur traitement en cas de symptômes d'infection virale, de prévenir leur oncologue référent et leur médecin traitant.

L'utilisation d'un traitement systémique avec un risque de complications infectieuses, pulmonaires ou autres, doit être systématiquement discutée avec les patientes et en RCP afin d'apprécier au mieux le rapport bénéfice/risque dans le contexte de la pandémie actuelle.

En cas d'administration de chimiothérapie avec un risque de neutropénie, il faut utiliser des facteurs de croissance de la lignée blanche dès présence d'un risque intermédiaire de neutropénie [19].

L'administration de l'évérolimus doit absolument être discutée au cas par cas du fait du risque de survenue d'une pneumopathie interstitielle et de l'immunosuppression potentielle.

Les patientes traitées par T-DM1 ont un risque de pneumopathies interstitielles faible mais certain [20]. Tout symptôme pulmonaire doit amener à vérifier l'absence de complications interstitielles.

Les patients ayant un traitement lymphopéniant (cyclophosphamide oral métronomique) sont à risque d'infection virale accru et doivent être prévenus de la nécessité d'arrêt du traitement en cas de signes cliniques d'infection virale.

L'utilisation des inhibiteurs de CDK4/6 ou de l'alpelisib n'est pas interdite mais doit tenir compte du rapport bénéfice/risque surtout dans une population avec facteurs de risque de complications sévères en cas de COVID-19 (sujets âgés, pathologie respiratoire chronique ou cardiaque, immunodépression...). La posologie doit être adaptée afin d'éviter au maximum le risque de neutropénie. L'initiation de ces traitements peut éventuellement être décalée par rapport à celle du traitement anti-hormonal.

L'utilisation d'inhibiteurs de PARP n'est pas contre-indiquée mais la numération sera monitorée de façon extrêmement rapprochée pour adapter le schéma posologique et éviter les besoins transfusionnels. Les patients seront prévenus des risques des cytopénies associées à ces médicaments.

Pas de changements majeurs
sauf pour les formes
« non graves »

ETAPE 2

« après la vague... »

Dépistage et diagnostic du cancer du sein à la fin de période de confinement COVID-19, aspects pratiques et hiérarchisation des priorités

Recommandations de la Société Française de Sénologie et Pathologie Mammaire, la Société Française de Radiologie, la Société Française d'Imagerie de la Femme, le Collège des Enseignants de Radiologie de France, FORCOMED et les Recommandations pour la Pratique Clinique de Nice-Saint Paul de Vence

Breast cancer screening and diagnosis at the end of the COVID-19 confinement period, practical aspects and prioritization rules: recommendations of 6 French health professionals societies

Luc Ceugnart¹, Suzette Delaloge^{2*}, Corinne Balleyguier³, Michel Deghaye⁴, Lucie Veron², Aldis Kaufmanis⁴, Audrey Mailliez⁵, Edouard Poncelet⁶, Gregory Lenczner⁷, Laurent Verzaux⁸, Joseph Gligorov⁹, Isabelle Thomassin-Naggara¹⁰



**Table 1. Dépistage et diagnostic du cancer du sein lors du déconfinement (COVID-19) -
Hiérarchisation des actes à effectuer**

Priorité élevée* <i>Rendez-vous très rapide</i>	Priorité moyenne <i>Rendez-vous dans les 3 mois§</i>	Priorité basse <i>Rendez-vous dans les 6 mois maximum§</i>
Prise en charge d'imagerie diagnostique chez une personne présentant des symptômes mammaires ou axillaires suspects y compris les femmes enceintes		
Prise en charge diagnostique chez une femme présentant une/des images ACR4 ou ACR5 ou ACRO en 2 nd e lecture	Prise en charge d'imagerie de contrôle ou diagnostique chez une femme présentant une/des images ACR3	IRM mammaire à la recherche d'une rupture d'implant mammaire
Dépistage IRM et mammographique des femmes à très haut risque de cancer du sein	Dépistage mammographique des femmes à haut risque de cancer du sein	Mammographie de dépistage en population générale sans symptôme
Exploration de toute anomalie détectée fortuitement en imagerie (TDM thorax ou autre)	Suivi systématique après cancer du sein	
Recherche d'un primitif mammaire		

*quel que soit le statut COVID-19. Si infection en cours, circuit spécifique. Si personne à haut risque d'infection grave, circuit spécifique.

§par rapport à la date théorique

