

## Infection à SARS-CoV-2/ COVID 19 et cancers solides : synthèse des recommandations à l'attention des professionnels de santé

### SARS-CoV-2/COVID 19 Infection and Solid Cancers: Synthesis of Recommendations for Health Professionals

La France, comme l'ensemble des pays, s'adapte en temps réel à la pandémie du virus COVID-19 qui a pris naissance en Chine en décembre 2019 [1]. En réponse à la propagation du COVID-19 sur le territoire français, le Pr F. Chauvin, Président du Haut Conseil de la Santé publique, a constitué autour du Pr Benoit You un groupe de travail afin d'émettre des recommandations sur COVID-19 et cancers solides.

Ce groupe de travail regroupe des oncologues et radiothérapeutes de multiples régions exerçant en secteur public régional ou CHU, en secteur privé ainsi qu'en CLCC. Les recommandations ont été adoptées et publiées le 14 mars 2020.

#### **COVID-19 et cancers solides : généralités et données disponibles**

Avant l'apparition de ce nouveau coronavirus, COVID-19, il a été rapporté concernant le virus de la grippe saisonnière un risque de détresse respiratoire et de décès bien plus important chez les patients atteints de cancer par rapport au reste de la population [2].

S'agissant du COVID-19, le taux de mortalité serait inférieur à 2 % d'après les données initiales chinoises, mais avec une grande hétérogénéité. En effet, une mortalité supérieure a été enregistrée chez les patients les plus âgés et/ou avec comorbidités [3]. Des données spécifiques aux patients atteints de cancer sont disponibles sur la base de l'expérience chinoise récente [4]. Dans cette étude, le taux d'infection au COVID-19 semblait plus important chez des patients atteints de cancer que dans la population globale (1 % vs 0,29 %). Spécifiquement, parmi les patients infectés, le risque de faire des complications respiratoires sévères imposant une prise en charge en réanimation était plus élevé chez les patients atteints de cancers que chez des patients non atteints de cancers (39 % vs 8 %,  $p = 0,0003$ ). Sur le plan pronostic, un antécédent de chimiothérapie ou de

chirurgie dans les mois qui précèdent l'infection était un facteur pronostique important de développer des complications respiratoires sévères (OR = 5,34,  $p = 0,0026$ ). De même, les patients atteints de cancer présentaient une vitesse de détérioration respiratoire plus rapide de 13 versus 43 jours (HR = 3,56, IC 95 % [1,65-7,69]).

#### **Synthèse des recommandations**

Devant ces premières données, le groupe de travail a proposé des recommandations autour de trois points :

- prévention de la contamination ;
- hiérarchisation des soins ;
- organisation de la prise en charge des patients par les établissements.

Ces propositions s'appliquent aux patients atteints de cancer solides et sont complémentaires des recommandations pour la population générale émises par les autorités de santé.

#### **Prévention de la contamination**

Il est proposé par le groupe de travail d'insister sur la nécessité de prévention des infections chez les patients atteints de cancer :

- impérativement éviter le contact de patients infectés par le COVID-19 avec des patients atteints de cancer ;
- favoriser le maintien à domicile et la télé-médecine ;
- anticiper les stocks d'antiviraux à visée prophylactique qui pourraient être démontrés efficaces dans les semaines qui viennent sur la base des essais cliniques en cours ;
- privilégier les alternatives à l'hospitalisation conventionnelle :
  - favoriser les formes orales de traitements par rapport à l'intraveineux,
  - favoriser l'administration en intraveineux en hospitalisation à domicile... ;
- limiter les hospitalisations dans les services d'oncologie et de radiothérapie des patients relevant de soins de support ou de confort et qui pourraient être pris en charge dans d'autres structures de soins ;
- favoriser les pauses thérapeutiques dans les situations de cancer métastatique d'évolution lente (exemple : cancer du sein métastatique, cancer du côlon-rectum, cancer de prostate... ) ;
- la prophylaxie de la neutropénie fébrile par G-CSF doit être absolument prescrite en cas de chimiothérapie associée à un risque de neutropénie fébrile  $\geq 20$  %, étudiée en cas de chimiothérapie associée à un risque de neutropénie fébrile entre 10 et 20 %, voire  $< 10$  % selon la situation particulière du patient, ainsi qu'en cas de patient ayant déjà fait un événement neutropénique par le passé ;

T. Grellety, A. Ravaud, A. Canivet, G. Ganem, R. Guimbaud, L. Kaluzinski, et al.

- il peut être utile de contacter la veille les patients prévus en hospitalisation ou en consultation le lendemain pour s'assurer qu'ils ne présentent pas de symptôme évocateur du virus, avant de les autoriser à venir dans le service d'oncologie ou de radiothérapie.

Les patients âgés (> 70 ans) et/ou porteurs de multiples comorbidités atteints de cancer doivent faire l'objet d'une attention très particulière et éviter au maximum tout risque de contamination au vu du risque de complication respiratoire et de décès majoré.

### **Hiérarchisation des soins**

Dans une situation exceptionnelle qui impliquerait une mise sous tension importante des services d'oncologie et de radiothérapie liée à l'épidémie, il est proposé une hiérarchisation des prises en charge des patients atteints de cancer. Les règles décrites ci-dessous ne s'appliquent pas aux patients pédiatriques et aux patients suivis en hématologie (voir avec les groupes de travail concernés).

« Ces règles sont consultatives, et la décision finale appartiendra au médecin référent des patients concernés, en fonction de la situation particulière du patient et de sa pathologie ».

### **Priorisation des soins**

La hiérarchisation dans le choix des patients à prendre en charge devra intégrer la nature de la stratégie thérapeutique (curative versus palliative), l'âge des patients, l'espérance de vie probable, et le caractère récent ou non du diagnostic.

La priorisation pourrait suivre l'ordre décroissant suivant :

- stratégie thérapeutique curative, en privilégiant les patients  $\leq 60$  ans et/ou dont l'espérance de vie est  $\geq 5$  ans ;
- stratégie thérapeutique palliative, patients  $\leq 60$  ans et/ou dont l'espérance de vie est  $\geq 5$  ans) et en début de prise en charge thérapeutique ;
- autre situation thérapeutique en privilégiant les cas ou l'extension de la maladie, la rapidité d'évolution ou la symptomatologie feraient craindre une aggravation clinique rapide. Cet avis est consultatif, et la décision finale appartient au médecin référent et à l'équipe en charge du patient.

### **Recommandations par type de traitement**

Pour la chirurgie : limiter les temps d'hospitalisation, prioriser les populations et les pathologies définies ci-dessus et déprogrammer les interventions non urgentes.

Pour la radiothérapie :

- radiothérapie curative : les ajustements éventuels seront décidés par le médecin référent ;
- radiothérapie antalgique : renforcement maximum du traitement antalgique et ajustements éventuels à discrétion du médecin référent (hypofractionnement notamment).

Pour la chimiothérapie : privilégier la chimiothérapie à visée curative (pré ou post opératoire) et éviter les protocoles hebdomadaires.

### **Organisation de la prise en charge des patients par les établissements**

Les règles ci-dessous ne prennent pas en compte les spécificités locales dans l'organisation des systèmes de soins, et devront être adaptées en fonction des choix faits par les établissements de santé et les Agences Régionales de Santé.

### **Patients atteints de cancers non touchés par le virus, ou guéris**

Il est proposé de continuer les soins en prenant en compte les ajustements proposés ci-dessus.

### **Patients atteints de cancers infectés par le virus**

Sauf exception, les traitements oncologiques devront être arrêtés le temps de la prise en charge de l'infection virale.

Si une hospitalisation est nécessaire, les patients seront pris en charge dans d'autres services de médecine impliqués dans la lutte contre le virus. Ils devront être prioritaires puisqu'ils sont plus à risque de développer des formes graves du virus.

### **Gestion des services d'oncologie et radiothérapie**

Idéalement, aucun patient atteint du virus ne sera pris en charge dans ces services. Le diagnostic d'une infection virale chez un patient conduira à sa prise en charge rapide dans un autre service polyvalent avec suivi collaboratif, en prenant en compte son caractère prioritaire.

Si des patients atteints du COVID-19 devaient absolument être pris en charge dans des services d'oncologie, ils devraient être isolés des autres patients (isolation d'un secteur du service, fragmentation des départements d'oncologie ...).

Certains services pourraient être amenés à fonctionner en mode dégradé avec un personnel réduit par rapport au fonctionnement habituel. Ce mode « dégradé » doit cependant être adapté à l'organisation de chaque service, et mis en œuvre de manière optimale avec la cellule de gestion des risques de l'établissement pour assurer la sécurité des patients.

L'ensemble des recommandations est consultable sur le site du Haut Conseil de la Santé publique : <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/AvisRapportsDomaine?clefr=775>.

**Déclaration de liens d'intérêts :** les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

### **Références**

- [1] Wu F, Zhao S, Yu B, Chen YM, Wang W, Song ZG, et al. A new coronavirus associated with human respiratory disease in China. Nature 2020. <http://dx.doi.org/10.1038/s41586-020-2008-3>.
- [2] Bitterman R, Eliakim-Raz N, Vinograd I, Zalmanovici Trestioreanu A, Leibovici L, et al. Influenza vaccines in immunosuppressed adults with cancer. Cochrane Database Syst Rev 2018;2. CD008983.
- [3] Guan WJ, Ni ZY, Hu Y, Liang WH, Ou CQ, He JX, et al. Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. N Engl J Med 2020. <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa2002032>.

**Infection à SARS-CoV-2/COVID 19 et cancers solides : synthèse des recommandations à l'attention des professionnels de santé**

[4] Liang W, Guan W, Chen R, Wang W, Li J, Xu K, et al. Cancer patients in SARS-CoV-2 infection: a nationwide analysis in China. *Lancet Oncol* 2020;21:335-7.

Thomas Grellety<sup>a</sup>, Alain Ravaud<sup>b</sup>, Anne Canivet<sup>c</sup>, Gérard Ganem<sup>d</sup>,  
Rosine Guimbaud<sup>e</sup>, Laure Kaluzinski<sup>f</sup>, Ivan Krakowski<sup>g</sup>, Didier Mayeur<sup>h</sup>,  
Jean-Pierre Lotz<sup>i</sup>, Benoit You<sup>j</sup>

<sup>a</sup>Service d'oncologie médicale, centre hospitalier de la Côte Basque, 13,  
avenue de l'Interne-Jacques-Loeb, 64100 Bayonne, France

<sup>b</sup>CHU de Bordeaux, service d'oncologie médicale, Bordeaux, France

<sup>c</sup>Centre Francois-Baclesse, service d'hygiène, Caen, France

<sup>d</sup>Clinique Victor Hugo-Centre Jean-Bernard, Le Mans, France

<sup>e</sup>CHU de Toulouse, oncologie médicale digestive, Toulouse, France

<sup>f</sup>Centre hospitalier public du Cotentin, service d'oncologie médicale,  
Cherbourg-en-Cotentin, France

<sup>g</sup>AFSOS, centre de lutte contre le cancer institut Bergonié, Bordeaux,  
France

<sup>h</sup>Centre Georges-François-Leclerc, service d'oncologie médicale, Dijon,  
France

<sup>i</sup>AP-HP, hôpital de Tenon, Paris, France

<sup>j</sup>Institut de cancérologie des hospices civils de Lyon (IC-HCL), service  
d'oncologie médicale, Lyon, France

**Correspondance** : Thomas Grellety, Service d'oncologie médicale, centre  
hospitalier de la Côte Basque, 13, avenue de l'Interne-Jacques-Loeb,  
64100 Bayonne, France  
[tgrellety@ch-cotebasque.fr](mailto:tgrellety@ch-cotebasque.fr)

Disponible sur internet le :

<https://doi.org/10.1016/j.bulcan.2020.03.001>

© 2020 Société Française du Cancer. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous  
droits réservés.