



Since January 2020 Elsevier has created a COVID-19 resource centre with free information in English and Mandarin on the novel coronavirus COVID-19. The COVID-19 resource centre is hosted on Elsevier Connect, the company's public news and information website.

Elsevier hereby grants permission to make all its COVID-19-related research that is available on the COVID-19 resource centre - including this research content - immediately available in PubMed Central and other publicly funded repositories, such as the WHO COVID database with rights for unrestricted research re-use and analyses in any form or by any means with acknowledgement of the original source. These permissions are granted for free by Elsevier for as long as the COVID-19 resource centre remains active.



## COVID-19 et cancers. Synthèse des recommandations des sociétés savantes françaises et évolutions de celles-ci

Manuel Rodrigues

Institut Curie, PSL research university, département d'oncologie médicale, 75005 Paris, France

### Correspondance :

**Manuel Rodrigues**, Institut Curie, département d'oncologie médicale, 26, rue d'Ulm, 75005 Paris, France.  
[manuel.rodrigues@curie.fr](mailto:manuel.rodrigues@curie.fr)

### COVID-19 and cancers. Summary of French guidelines from medical societies and their evolution

**F**in février 2020, l'épidémie de COVID-19 a débuté en France. Trois semaines plus tard, la France était confinée afin d'essayer de contrôler la maladie qui s'étendait à l'Est et en Île-de-France. En parallèle, la plupart des sociétés savantes ont émis des recommandations de prise en charge des patients en cette période [1-7]. Faisons un point sur ces recommandations, à votre disposition sur le site de la SFC : <https://sfc.asso.fr/informations-covid19/>. Au moment de leur émission, nous ne disposions que de très peu de données concernant les patients atteints de COVID-19 et de cancers. C'est dans cette situation floue, face à une maladie inconnue, que les sociétés savantes ont dû émettre des recommandations. La seconde difficulté réside dans le fait que les situations sanitaires étaient, et sont toujours, complexes, mouvantes, hétérogènes aussi bien au niveau international que national, régional, local et même institutionnel. On peut, malgré cela, extraire des recommandations certains messages clefs, récurrents, les voici.

Globalement, le principal message récurrent est de protéger le personnel et les patients. Ainsi, il était suggéré de diagnostiquer le COVID-19 en ville afin d'éviter la venue des patients à l'hôpital. Ce point pourrait être discuté car les diagnostics différentiels du COVID-19 chez nos patients atteints de cancers sont nombreux. Beaucoup de structures oncologiques ont mis en place des circuits permettant le diagnostic du COVID-19, permettant ainsi aux oncologues de voir les patients afin de rechercher des signes et symptômes liés au cancer ou à son traitement. Outre ce point, il est également indiqué de limiter l'attente à l'hôpital, les accompagnants, les visites tout en instaurant une régulation à l'entrée des hôpitaux avec port de masques recommandé. La situation pouvant

s'aggraver vite, le statut réanimatoire des patients doit être indiqué clairement dans leurs dossiers médicaux.

Concernant la prise en charge des cancers, les réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) doivent dématérialiser autant que possible en privilégiant les cas complexes et les dossiers de recours. Si la RCP doit se réunir physiquement, on veillera à maintenir une distance minimale d'un mètre entre les participants tout en limitant leur nombre aux personnes indispensables à son bon fonctionnement (quorum, expertise). Il est recommandé de poursuivre les séquences thérapeutiques engagées, éventuellement en modifiant la dose-densité-intensité. La mise en place d'un traitement peut être différée si le patient est infecté par le SARS-CoV-2 mais ne doit pas l'être systématiquement dans les autres cas, même en situation épidémique. Certains cas sont urgents et doivent le rester tels que les leucémies aiguës ou les tumeurs germinales par exemple. À l'inverse, certaines chirurgies peuvent être différées telles que celles d'un carcinome canalaire in situ de bas grade ou d'un sarcome de bas grade. Les référentiels encouragent à favoriser la prise en charge curative des malades tout en suspendant leur dépistage. Ces deux points sont discutables également. Tout d'abord ces injonctions sont contradictoires car pour favoriser une prise en charge curative, encore faudrait-il pouvoir dépister des tumeurs de petite taille et localisées. Deuxièmement, les prises en charges palliatives sont également souvent urgentes afin de réduire un syndrome tumoral métastatique menaçant ou douloureux par exemple. Quoi qu'il en soit, les référentiels nous encouragent à ne pas nous engager dans un traitement nécessitant des soins intensifs sans avoir anticipé au préalable les conditions de réalisation de celui-ci. Ainsi, la possibilité de places en réanimation et soins intensifs est un point crucial. Faut-il pour autant privilégier les traitements néo-adjuvants à la chirurgie d'emblée ? Certains référentiels vont dans ce sens, ce d'autant que les traitements néoadjuvants permettent habituellement de réduire la morbidité opératoire et en particulier le risque de passage en soins intensifs. Néanmoins il faudra garder en tête qu'à la sortie du confinement, nous serons amenés à observer un afflux de nouveaux patients qui aura patienté durant le confinement. Nous ne pourrons pas absorber rapidement cet afflux additionné aux reports liés au néoadjuvant dans nos structures dont la file active était déjà à flux tendu depuis des années. Cette crise du COVID-19 aura enfin permis une expansion sans précédent des téléconsultations et consultations téléphoniques. Outre le bénéfice en termes de confort et d'accessibilité pour les patients, les téléconsultations sont encouragées par les référentiels de crise afin de respecter au mieux le confinement.

Après ces recommandations et remarques générales, passons à des situations plus concrètes.

Tout d'abord, il est recommandé de dépister le portage SARS-CoV-2 chez nos patients avant une chirurgie nécessitant une intubation ou avant un traitement médical lourd tel qu'un conditionnement pour une greffe de cellules souches hématopoïétiques.

En oncogériatrie, il est rappelé que les hospitalisations en réanimation liées au COVID-19 sont longues, de plusieurs semaines, d'autant plus difficiles à supporter chez nos patients âgés et/ou fragiles. Il faut donc dépister, plus que jamais, les fragilités gériatriques afin de juger au mieux nos indications thérapeutiques.

Concernant la radiothérapie, il est recommandé de limiter les traitements « non indispensables » mais encore faut-il répondre à cette question de l'utilité. Certaines prises en charge pourraient être adaptées en reportant parfois l'irradiation ou en proposant un protocole hypofractionné pour des CCIS ou des tumeurs fortement hormono-dépendantes de petite taille.

Concernant la chimiothérapie, les référentiels recommandent de privilégier les traitements oraux (dans les cancers du sein métastatiques ou colorectaux par exemple) ou des injections espacées de trois ou quatre semaines plutôt qu'hebdomadaires (le cas contraire on pourra réaliser les injections via une hospitalisation au domicile). Dans certains cas, on pourra reporter le traitement (six semaines dans le cas du cancer du sein hormono-dépendant). À l'inverse, certains traitements adjuvants ne doivent pas être retardés ni réduits comme dans la prise en charge des carcinomes mammaires triple-négatif. Les schémas dose-dense pourront donc être administrés si nécessaire. On prendra soin d'éviter les traitements présentant un risque de toxicité pulmonaire (bléomycine, everolimus etc.). En ce qui concerne les anti-PD/-PD-L1, il est difficile de dire quoi que ce soit à ce jour hormis de remarquer qu'ils sont bien tolérés chez les patients atteints d'hépatites virales chroniques. Il est rappelé que les anti-PD1 peuvent être administrés toutes les quatre semaines (nivolumab), voire toutes les six semaines (pembrolizumab) afin de réduire le nombre de venues. Rappelons ici le risque de défaut de produits sanguins et de médicaments en cette période de crise. Il faudra donc être attentifs, adapter les doses et avoir recours à l'érythropoïétine.

Concernant les soins de support, le G-CSF est recommandé par de nombreuses sociétés savantes afin de réduire le risque de neutropénie fébrile et le risque de complications bactériennes. Cependant, il n'est pas improbable que le G-CSF puisse favoriser le risque d'orage cytokinique lié au COVID-19 étant donné que l'interleukine 6 peut être sécrétée par les cellules de la lignée myélo-monocytaire. Il faudra donc être prudent avec ses indications. Les soins de support non médicamenteux ne doivent pas s'arrêter durant cette crise. Des outils ont été développés afin de pouvoir poursuivre une activité physique adaptée ou un suivi psychologique à distance.

Pour finir sur les recommandations, le COVID-19 étant associé à un risque de mortalité élevé, la Société française d'accompagnement et de soins palliatifs a mis à disposition des fiches médicales sur la prise en charge du patient en détresse respiratoire de fin de vie, la Société française d'accompagnement et de soins palliatifs nous rappelle qu'il est aussi valorisant de

permettre à un patient de mourir apaisé et non inconfortable que de sauver des vies.

Alors que le premier pic épidémique se termine, que faire de ces recommandations ? La pandémie du COVID-19 aura profondément impacté notre société. Dans notre pratique médicale, l'afflux des patients dans nos services et en soins intensifs a bousculé nos pratiques. Il faudra être prudent aux reports de traitement car l'été s'annonce chargé, en espérant que nous ne subirons pas un second pic trop important, trop vite. Il faudra également anticiper le risque de rupture de stock de médicaments. Celui-ci existe déjà actuellement en anesthésie-réanimation et en soins palliatifs du fait d'une hausse massive de leur consommation. Demain, il pourrait s'agir des médicaments usuels si la crise sanitaire venait à frapper plus durement l'Inde ou la Chine, les principaux producteurs mondiaux. Rappelons que nous étions déjà en situation de tension sur l'approvisionnement de certains traitements en oncologie ces dernières années.

Cette crise est l'occasion de remettre en question nos stratégies thérapeutiques dans la vie courante. Certes nous ne connaissons pas encore les interactions entre traitements oncologiques et COVID-19, mais il s'agit pour le moins, dans un premier temps, d'évaluer le bénéfice clinique de chacune de nos décisions thérapeutiques. Dans le même sens, cette crise est paradoxalement une occasion également d'échanger plus avec nos collègues que ce soit sur ces questions de balance bénéfice-risque, sur le SARS-CoV-2 comme sur les aspects éthiques, humains, au cœur de notre prise en charge.

Il n'est pas improbable qu'après le déconfinement qui s'annonce, le virus vienne à persister dans nos sociétés plusieurs

mois, années, devienne endémique. Si tel était le cas, il faudra que l'on soit préparé. Nous devons, aussi bien à l'hôpital qu'en ville, déterminer des parcours de soins optimaux et surtout pérennes pour les suspicions de COVID-19 afin de protéger patients et soignants. Nous devons également disposer de référentiels de traitement oncologique qui puissent s'adapter à la situation entre « situation normale-patient indemne », « situation normale-patient porteur du SARS-CoV-2 » et « situation épidémique ». Dans la première situation, les référentiels usuels s'appliqueront. Dans la deuxième, on adaptera le circuit du patient et la stratégie thérapeutique à son infection SARS-CoV-2. Dans la troisième situation, celle que nous vivons actuellement dans certaines régions de France, c'est l'organisation même de l'hôpital qu'il faut revoir avec des modifications génériques de prises en charge des patients. Il faudra alors que l'on puisse guider les équipes en discernant les traitements indispensables, non modifiables, de ceux que l'on peut adapter. Charge au soignant de l'appliquer selon ses moyens et le patient face à lui. Pour tout cela, il faut que l'on puisse au plus vite actualiser les recommandations émises en mars 2020 une fois que nous disposerons de nouvelles données sur le sujet.

La Société française du cancer et le *Bulletin du Cancer* suivront toutes ces évolutions et ne manqueront pas de vous en faire part. Vous pouvez d'ores et déjà consulter l'ensemble des recommandations sur le site de la SFC : avec une page actualisée régulièrement : <https://sfc.asso.fr/informations-covid19/>.

**Déclaration de liens d'intérêts** : l'auteur déclare de pas avoir de liens d'intérêts.

## Références

- [1] Classe JM, Dolivet G, Evrard S, Ferron G, Lecuru F, Leufflen L, et al. French Society for Surgical Oncology (SFCO) guidelines for the management of surgical oncology in the pandemic context of COVID 19. Bull Cancer 2020. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bulcan.2020.03.010>.
- [2] Fakhry N, Schultz P, Moriniere S, Breuskin I, Bozec A, Vergez S, et al. French consensus on management of head and neck cancer surgery during COVID-19 pandemic. Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis 2020. <http://dx.doi.org/10.1016/j.anorl.2020.04.008>.
- [3] Fizazi K, pour les membres du bureau du Groupe d'étude des tumeurs u-g. Therapeutic options for genitourinary cancers during the epidemic period of COVID-19. Bull Cancer 2020. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bulcan.2020.03.003>.
- [4] Giraud P, Monpetit E, Lisbona A, Chargari C, Marchesi V, Dieudonne A, et al. Covid-19 epidemic: guidelines issued by the French society of oncology radiotherapy (SFRO) for oncology radiotherapy professionals. Cancer Radiother 2020. <http://dx.doi.org/10.1016/j.canrad.2020.03.007>.
- [5] Gligorov J, Bachelot T, Pierga JY, Antoine EC, Balleyguier C, Barranger E, et al. COVID-19 and people followed for breast cancer: French guidelines for clinical practice of Nice-St Paul de Vence, in collaboration with the College Nationale des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF), the Société d'Imagerie de la Femme (SIFEM), the Société Française de Chirurgie Oncologique (SFCO), the Société Française de Sénologie et Pathologie Mammaire (SFSPM) and the French Breast Cancer Intergroup-UNICANCER (UCBG). Bull Cancer 2020. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bulcan.2020.03.008>.
- [6] Penel N, Bonvalot S, Minard V, Orbach D, Gouin F, Corradini N, et al. French Sarcoma Group proposals for management of sarcoma patients during COVID-19 outbreak. Bull Cancer 2020. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bulcan.2020.03.009>.
- [7] Grellety T, Ravaud A, Canivet A, Ganem G, Giraud P, Guimbaud R, et al. Infection à SARS-CoV-2/COVID 19 et cancers solides: synthèse des recommandations à l'attention des professionnels de santé. Bull Cancer 2020. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bulcan.2020.03.001>.