

## Étude CBP-COVID

Impact de l'infection au SARS-COV2 et du confinement sur la prise en charge diagnostique et thérapeutique et le pronostic des patients CBP: une étude de cohorte étendue sur 2 périodes de temps

O.MOLINIER

Centre Hospitalier du Mans

20 ans d'ONCO-PL

Nantes le 09 décembre 2022

## Liens d'intérêt

Sans rapport avec la présentation

- Board régionaux et symposiums: Astra-Zeneca, BMS, Takeda, Amgen, MSD, Sanofi
- enseignements: Menarini, GSK
- Congrès: Astra-Zeneca, Janssen, Takeda

En rapport avec la présentation: néant

# Contexte et hypothèses (1)

## Contexte:

- 1<sup>ers</sup> foyers de contagion en février 2020 et confinement sanitaire strict du 13 mars au 11 mai 2020
- Réorganisation des centres de soins : fermeture de blocs opératoires et report des actes, suppression des séances de chimiothérapie et des consultations, fermeture transitoire de centres d'imagerie
- Circulaire du groupe d'experts Groupe d'Oncologie SPLF et IFCT en date du 18 mars 2020

**Propositions de prise en charge des patients dans le contexte de la pandémie COVID-19**  
**Rédaction : groupe d'experts Groupe d'Oncologie SPLF et IFCT à la date du 18 mars 2020**

-Ce document a pour objectif de formaliser des prises en charge en mode dégradé dans le contexte de la pandémie COVID-19. Les objectifs sont de diminuer le risque d'infection des patients particulièrement fragiles et d'économiser les ressources matérielles (bloc opératoires ; respirateurs ; lits d'hospitalisation) et humaines médicales et paramédicales,

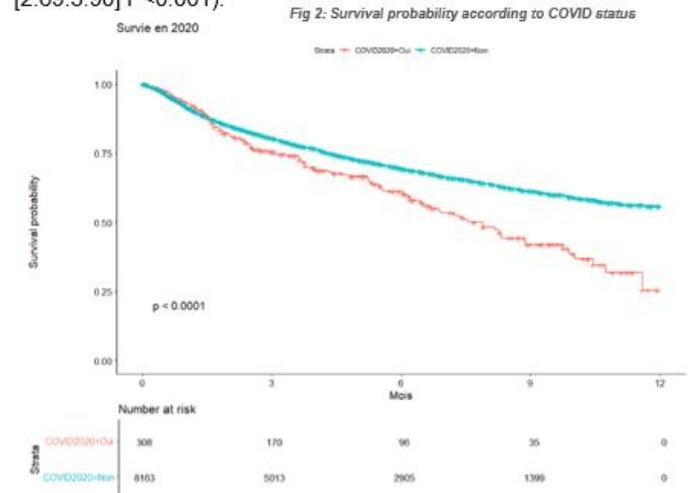
- L'enjeu est de proposer des attitudes concertées et surtout uniformisées aux patients atteints de tumeurs thoraciques.
- Ces propositions sont évolutives (18/03/2020) en fonction des situations rencontrées qui l'enrichiront et sont à adapter à nos organisations institutionnelles et à l'évolution des ressources au cours de l'épidémie COVID-19.
- Ces propositions sont basées sur celles du HCSP, sur les données de la littérature en oncologie thoracique hors COVID-19 et sur l'analyse concertée du rapport bénéfice-risque pour nos patients. Les patients ayant des symptômes et/ou COVID-19+ ne sont pas discutés dans ce document et sont pris en charge dans le cadre des filières spécifiques.

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

## Contexte et hypothèses (2)

- CBP: Tumeur solide la plus étroitement corrélée au risque de forme grave et de décès
  - Détérioration de la survie globale des patients en 2020

COVID was significantly associated with shorter survival time (HR 3,24; [2.69:3.90] P<0.001).

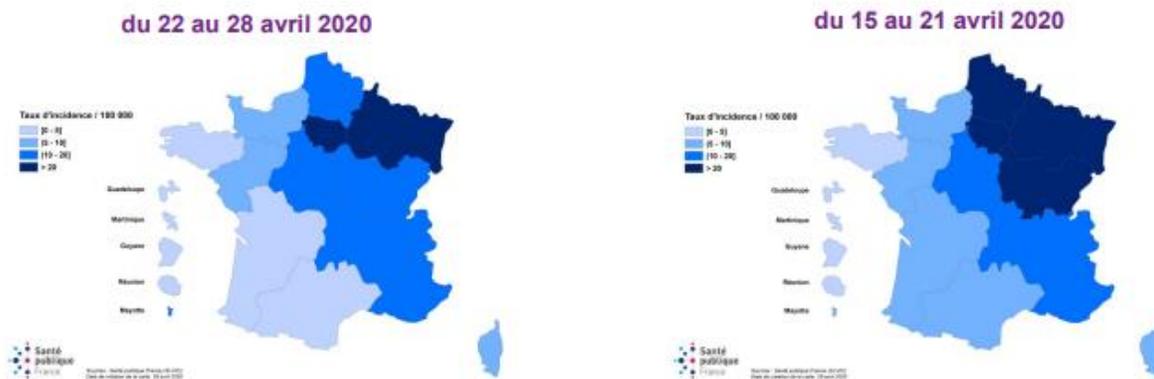


O.MOLINIER Abstr 3067 ESMO 2022

- Les symptômes révélateurs peuvent se confondre avec ceux du COVID
  - Possibles découvertes fortuites à des stades précoces (scanners pour suspicion de COVID)?
  - Patients laissés à tort à domicile en raison de la pression sanitaire?
- Le ralentissement de la délivrance des soins peut avoir 2 conséquences contraires
  - Progression plus rapide du CBP par élargissement des délais de prise en charge
  - Meilleure disponibilité médedins/soignants pour les nouveaux cas suspectés (plages de consultation et d'hospitalisation de jour libérées)

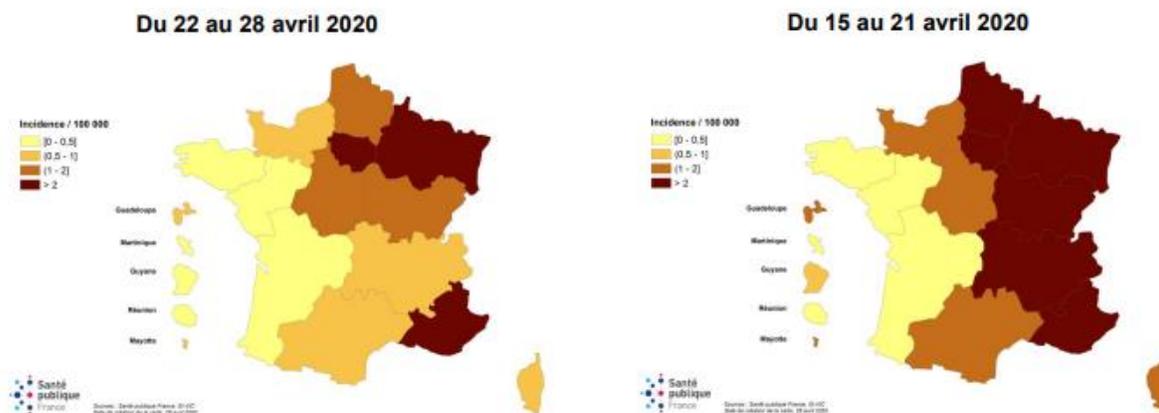
# Répartition taux hospitalisation/réanimation en période de confinement

Figure 11. Taux d'hospitalisation pour 100 000 habitants pour COVID-19, sur les 7 derniers jours (du 22 au 28 avril 2020) comparé aux 7 jours précédents (du 15 au 21 avril), par région en France (source : SI-VIC)



Pays de La Loire: l'une des régions les moins impactées lors de la 1<sup>ère</sup> vague

Figure 16. Taux d'admission en réanimation pour 100 000 habitants pour COVID-19 sur les 7 derniers jours (du 22 au 28 avril 2020) comparé aux 7 jours précédents (du 15 au 21 avril), par région, en France (source : SI-VIC)



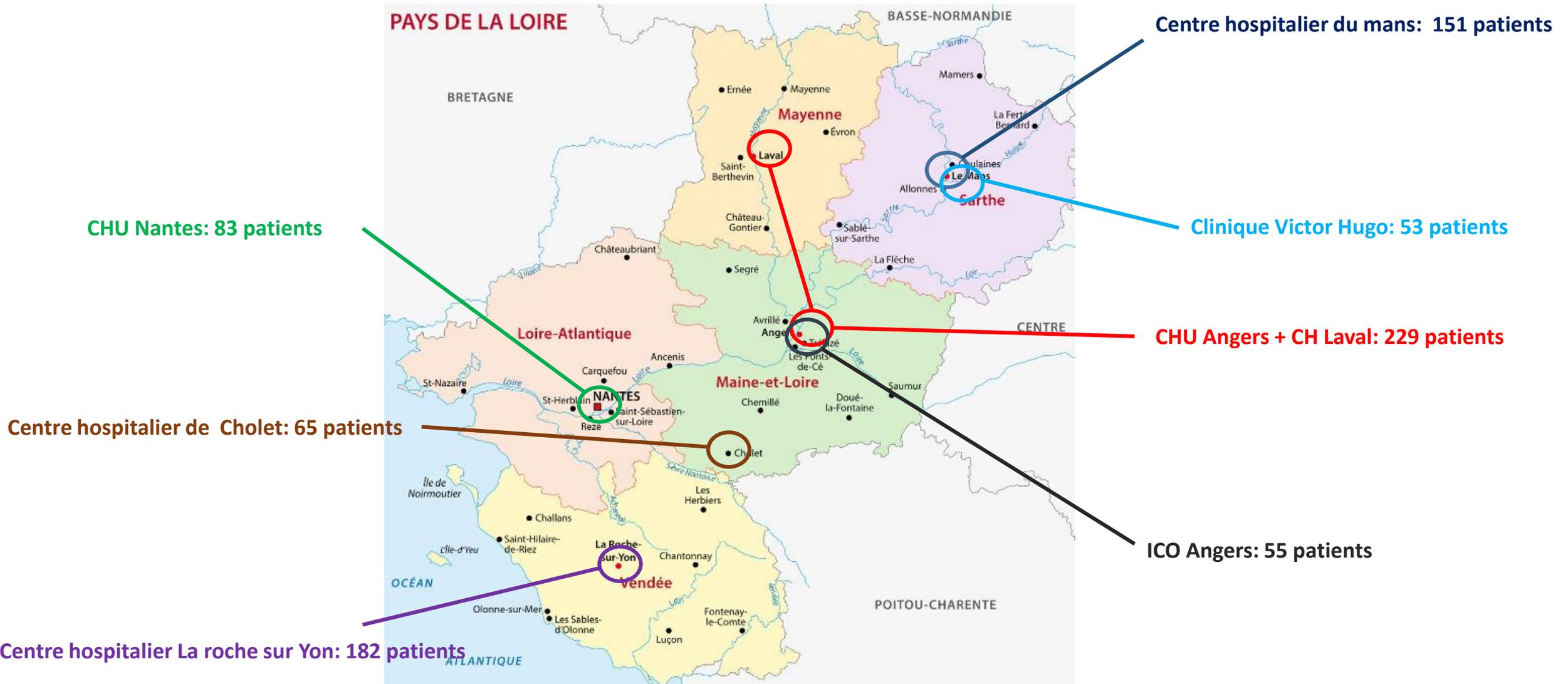
# Objectifs de l'étude CBP-COVID

A partir de 2 cohortes incluant sur 2 périodes de temps : 13 mars 2019 > 28 août 2019 et 13 mars 2020 > 28 août 2020

## Comparaison

- Des caractéristiques cliniques
- Des procédures diagnostiques
- Des traitements entrepris
- Des délais de prise en charge
- Des délais de survie (survie à 1 et 2 ans)

# Centres inclueurs



# Critères d'inclusion population CBP-COVID

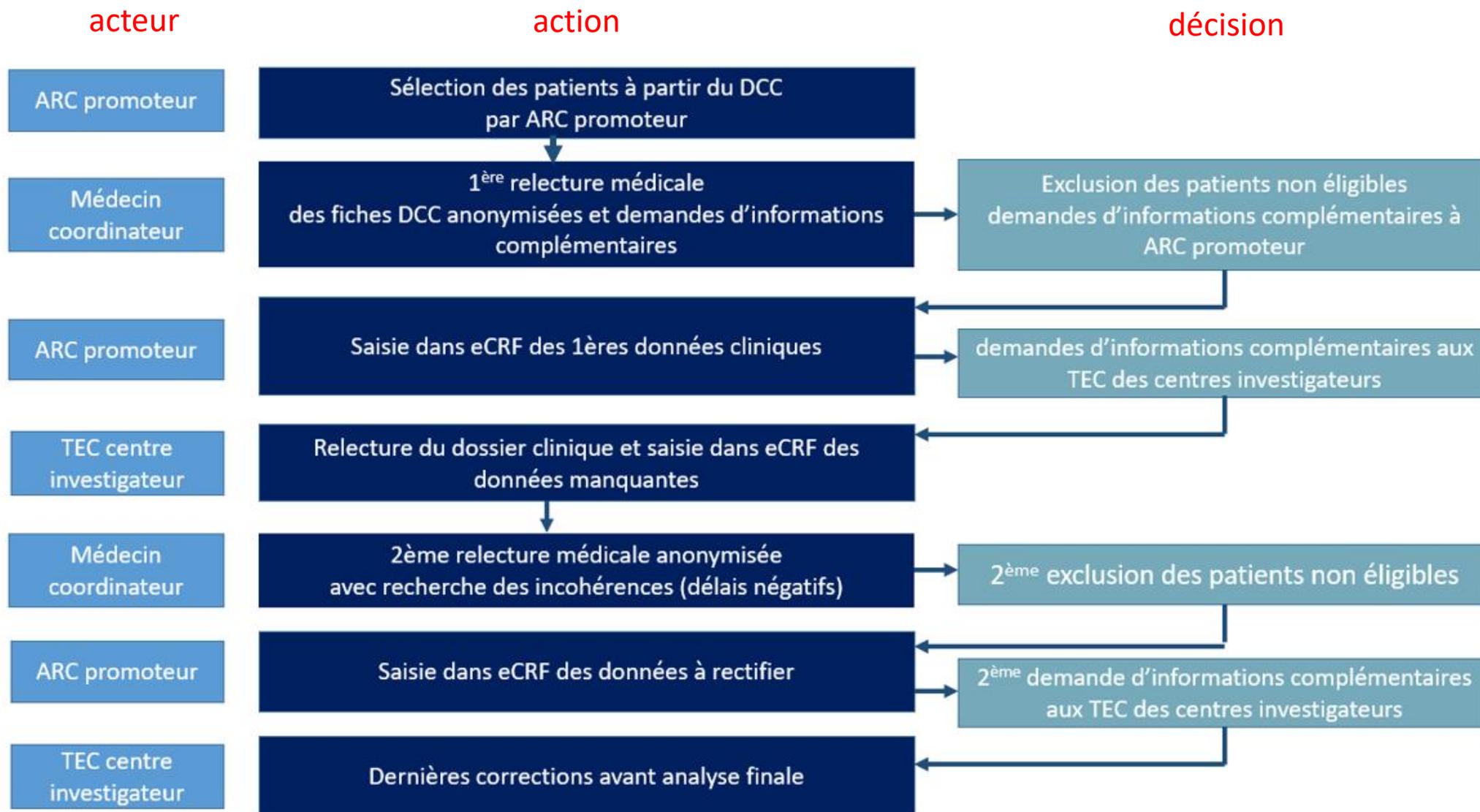
## Critères d'inclusion

- Age > 18 ans
- Patient nouvellement diagnostiqué d'un CBP à partir de critères histologiques ou cytologiques et présenté en RCP dans les périodes d'étude
- Patient suivi par un spécialiste travaillant dans un service d'un centre participant à l'étude
- Si patient vivant: patient ayant donné son accord après lecture du document d'information

## Critères d'exclusion

- Patients investigués et/ou surveillés dans un centre ne participant à l'étude
- Récidive d'un CBP déjà connu
- Absence de prise de décision thérapeutique lors d'une RCP dans les périodes d'inclusion
- Présence d'une pathologie intercurrente ralentissant la prise en charge ou influant sur le pronostic à court terme
- Patient dont l'état psychologique ou mental ne permet pas de recueillir les informations souhaitées

# Étude CBP-COVID: méthodologie



# Description clinique des 2 cohortes

Caractéristiques cliniques		Cohorte 2019 (n=413)	Cohorte 2020 (n=405)	P *
<u>Âge</u>	< 70 ans (n= 516)	280 (68,0%)	236 (58,7%)	<b>0,006</b>
	≥ 70 ans (n= 298)	132 (32,0%)	166 (41,3%)	
<u>Sexe</u>	hommes (n= 558)	284 (68,9%)	274 (67,6%)	0,68
	femmes (n=259)	128 (31,1%)	131 (32,3%)	
<u>Histologie</u>	épidermoïde (n=198)	98 (23,7%)	100 (24,7%)	0,68
	adénocarcinome (n=436)	219 (53,0%)	217 (53,3%)	
	carcinome grandes cellules (n=66)	38 (9,2%)	28 (6,9%)	
	CNE petites cellules (n=98)	50 (12,1%)	48 (11,9%)	
	CNE grandes cellules (n=20)	8 (2,0%)	12 (3,0%)	
<u>Tabagisme</u>	actif (n=301)	168 (41,2%)	133 (33,1%)	<b>0,006</b>
	sevré (n=406)	201 (49,3%)	205 (51,0%)	
	non fumeur (n=103)	39 (9,5%)	64 (15,9%)	
<u>Découverte</u>	sur manifestation clinique (n=658)	329 (79,7%)	329 (81,2%)	0,57
	fortuite (n= 160)	84 (20,3%)	76 (18,8%)	
<u>ECOG</u>	0 (n=124)	68 (16,5%)	56 (13,8%)	0,78
	1 (n= 409)	207 (50,1%)	202 (49,9%)	
	2 (n=151)	72 (17,4%)	79 (19,5%)	
	3 (n=65)	30 (7,3%)	35 (8,7%)	
	4 (n=19)	11 (2,7%)	8 (2,0%)	
	Non connu (n=44)	25 (6,1%)	25 (6,2%)	
<u>Stades</u>	I-II (n= 117)	57 (13,8%)	60 (14,8%)	0,75
	III (n=177)	86 (20,9%)	91 (22,5%)	
	IV (n= 523)	269 (65,3%)	254 (62,7%)	

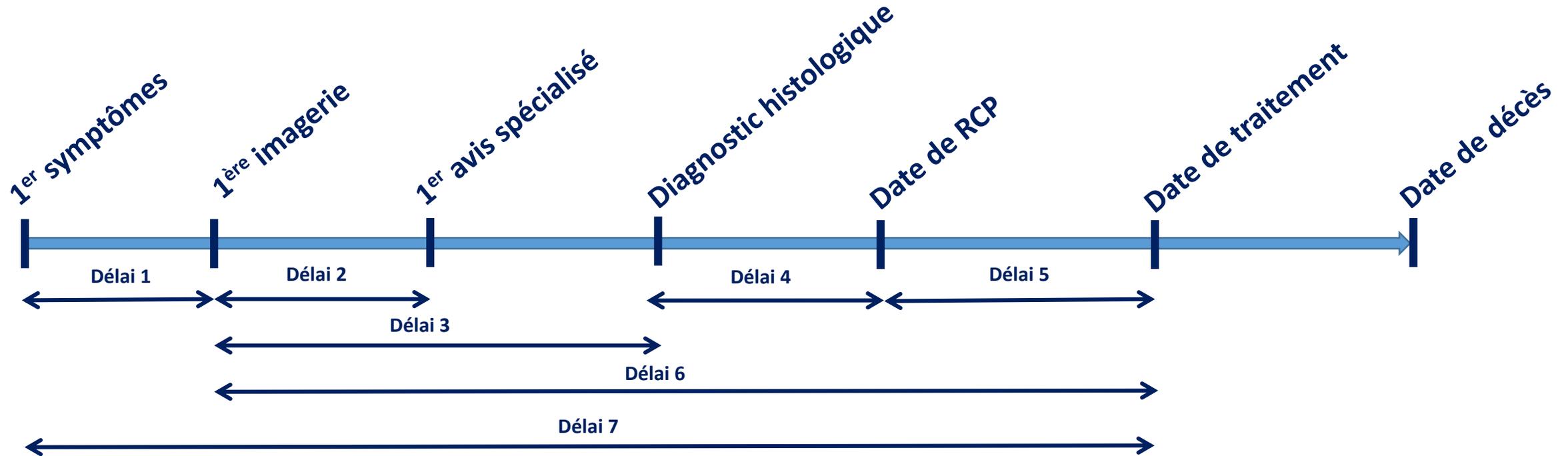
\*Pearson's Chi-squared test

# Description prise en charge diagnostique et thérapeutique

caractéristique		Cohorte 2019 (n=413)	Cohorte 2020 (n=405)	P*
<b><u>Spécialiste</u></b>	pneumologue	368 (89,3%)	353 (87,2%)	<b>0,005</b>
	oncologue/radiothérapeute	17 (4,1%)	38 (9,4%)	
	chirurgien	14 (3,4%)	6 (1,4%)	
	autres	13 (3,2%)	8 (2,0%)	
<b><u>Méthodes diagnostiques</u></b>	fibroscopie bronchique	174 (42,1%)	157 (38,8%)	0,98
	biopsie sous imagerie	120 (29,1%)	125 (30,9%)	
	ponction séreuse	23 (5,6%)	23 (5,7%)	
	écho-endoscopie	24 (5,8%)	26 (6,4%)	
	chirurgie curative	32 (7,7%)	31 (7,7%)	
	chirurgie diagnostique	38 (9,2%)	41 (10,1%)	
	autre	2 (0,5%)	2 (0,5%)	
<b><u>Traitements</u></b>	chirurgie	71 (17,2%)	72 (17,8%)	0,99
	radiothérapie exclusive	8 (1,9%)	9 (2,2%)	
	radio-chimiothérapie	27 (6,5%)	28 (6,9%)	
	traitement systémique	247 (59,8%)	245 (60,5%)	
	soins de support exclusifs	60 (14,5%)	51 (12,6%)	

\*Pearson's Chi-squared test

# Délais de prise en charge



**Délai 1** = délai d'accès à l'imagerie

**Délai 2** = délai d'accès au spécialiste

**Délai 3** = délai d'accès au diagnostic

**Délai 4** = délai de décision thérapeutique

**Délai 5** = délai d'accès au traitement

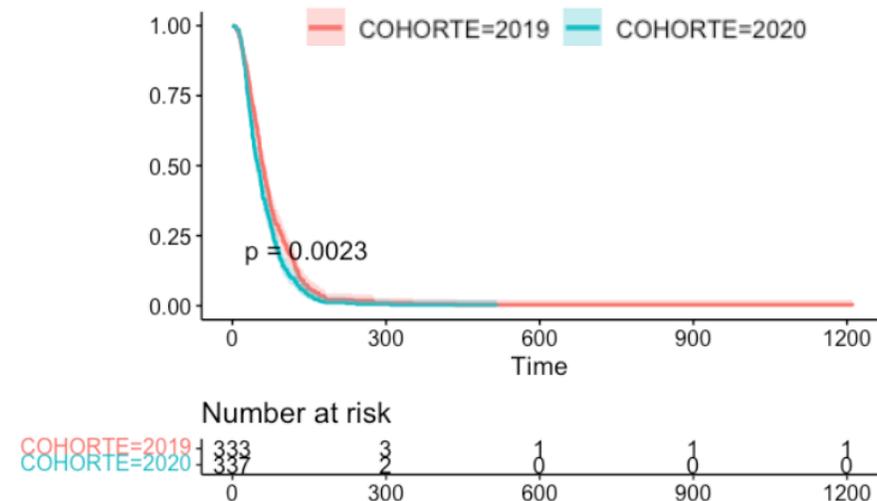
**Délai 6** = délai de prise en charge médicale

**Délai 7** = délai de prise en charge globale

# Délais de prise en charge principaux

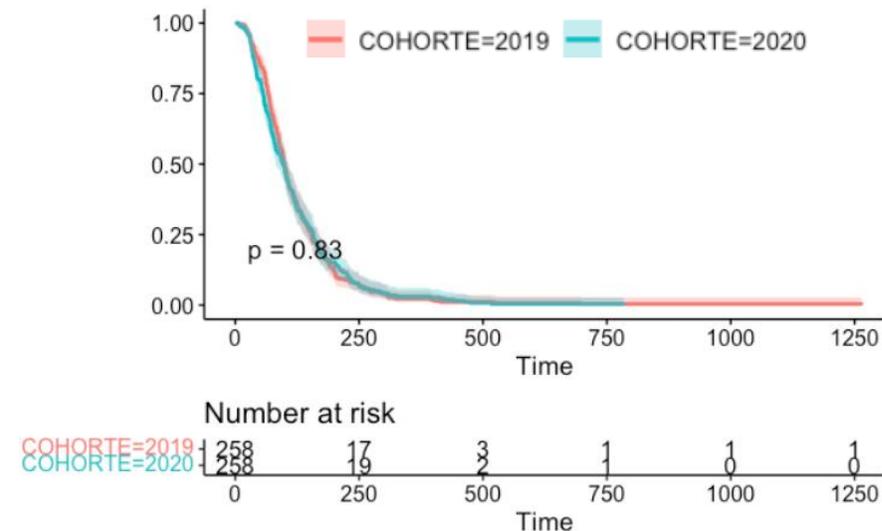
## Délai 7: imagerie- traitement (hors soins palliatifs)

	nombre	Moyenne jours (écart type)	Médiane jours (interquartile)
Cohorte 2019	333	75,3 (81,4)	59 (36-97)
Cohorte 2020	337	61,6 (47,9)	50 (31-80)



## Délai 8 : 1ers symptômes- traitement (hors soins palliatifs et découverte fortuite)

	nombre	Moyenne jours (écart type)	Médiane jours (interquartile)
Cohorte 2019	258	124 (110)	100 (67,2-154)
Cohorte 2020	258	119 (96,5)	97 (56,2-158)



# Autres délais de prise en charge

	nombre	Moyenne jours (écart-type)	Médiane jours (interquartile)	Analyse Kaplan-Meier
<b>Délai 1 1ers symptômes-imagerie</b>				
Cohorte 2019	291	53,9 (69,4)	31 (11-76,5)	P= 0,16
Cohorte 2020	284	61,7 (80,4)	37 (14-85,8)	
<b>Délai 2: imagerie-consultation spécialisée</b>				
Cohorte 2019	378	17 (24,5)	8 (2-21)	P= 0,045
Cohorte 2020	379	14,3 (27,9)	6 (1-16)	
<b>Délai 3: imagerie – diagnostic histologique</b>				
Cohorte 2019	390	38,3 (37,5)	25 (11-53)	P=0,027
Cohorte 2020	386	34,8 (47,3)	20 (10,5-39)	
<b>Délai 4: diagnostic histologique – présentation en RCP</b>				
Cohorte 2019	374	8,7 (34)	7 (2-15)	P=0,73
Cohorte 2020	366	6,5 (36,9)	7 (2-14)	
<b>Délai 5: présentation en RCP- traitement</b>				
Cohorte 2019	344	26,5 (71,9)	17 (7-32,8)	P=0,004
Cohorte 2020	349	20,1 (30,1)	14 (6-27)	



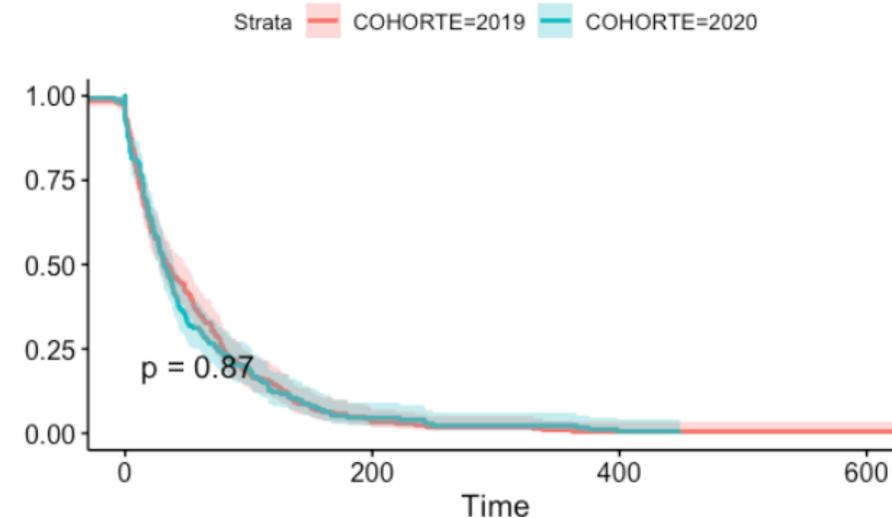
Patients pris en charge plus rapidement en 2020 pour

- L'accès avis spécialisé
- Le diagnostic histologique
- L'accès au traitement

# Âge et délai 1

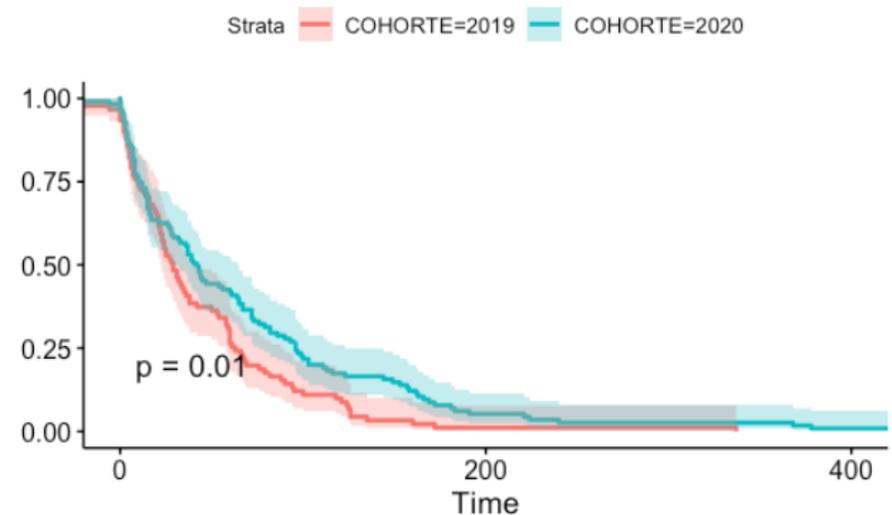
## Délai 1 âge < 70 ans

	Moyenne jours (écart type)	Médiane jours (interquartile)
Cohorte 2019	58,1 (75,3)	34 (11-79)
Cohorte 2020	56,9 (74,4)	31 (14-75)



## Délai 1 âge ≥ 70 ans

	Moyenne jours (écart type)	Médiane jours (interquartile)
Cohorte 2019	44,9 (52,6)	29 (10-62)
Cohorte 2020	65,9 (84)	42 (11-96)



## Étude CBP-COVID: conclusions

- **2 cohortes construites avec très peu de biais de sélection (diversité des centres, pas de sélection selon le PS ...)**
- **Les 2 populations sont très similaires en taille et en caractéristiques cliniques**
- **La comparaison des délais montre que paradoxalement ceux-ci sont raccourcis en période de pandémie, suggérant un effet positif des restrictions intra-hospitalières pour les patients en phase diagnostique ou d'initiation de traitement**
- **À venir: résultats de survie**