

# NEWSLETTER PRÉDIRE POUR PRÉVENIR

DÉCEMBRE 2020, NUMÉRO 01

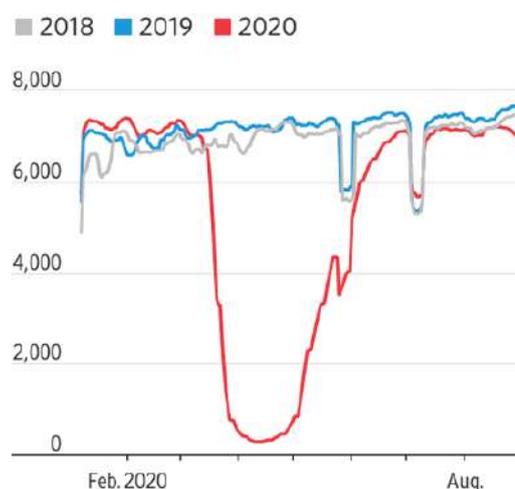


## FOCUS I : L'impact de l'épidémie de COVID-19 sur les cancers et leur prise en charge

La pandémie de Covid-19 a eu un impact considérable sur le dépistage et la prise en charge des cancers dans le monde entier. De nombreux articles ont été publiés en faisant l'état des lieux de la situation mais également des modèles de simulation mathématique ont tenté d'analyser les conséquences de cette épidémie. Avec notamment l'inquiétude des patients au regard de la contamination, certains ont pris la décision de ne pas réaliser ou de prendre du retard sur leurs examens de dépistage, ou de diagnostic. Il a également été observé des interruptions de traitements pour des cancers en cours. Des estimations du service de Biostatistique et d'Épidémiologie de l'Institut Gustave Roussy ont été présentées au congrès virtuel de l'ESMO 2020. La simulation mathématique présentée prévoit une augmentation de la mortalité par cancer entre 2 et 5% d'ici 5 ans.<sup>(1)</sup>

Outre-Atlantique, lors de la première vague de COVID-19, London et al. ont constaté un déclin significatif du nombre de dépistage du cancer du sein avec une chute au mois d'Avril 2020 de près 89,2% (vs 2019). Cette forte diminution laisse entrevoir la possibilité d'une augmentation future du nombre de patients atteints d'un cancer à un stade plus avancé, ainsi qu'une demande accrue d'examen de dépistage due au décalage de la prise de rendez-vous.<sup>(2)</sup>

**Nombre d'examen de mammographie pratiqués par jour chez les femmes assurées par UnitedHealth (USA)**



Source: UnitedHealth

Plusieurs sociétés savantes françaises\* ont publié des recommandations afin de prioriser les examens de dépistage mammographique en fonction du risque de la patientes :

- Le cancer du sein présente, dans la majorité des cas, une croissance tumorale lente et un décalage limité à 2 à 3 mois ne devrait donc pas majorer de façon importante le taux de cancer de stade avancé (stade 2 et +) ni le taux de cancers d'intervalle en population générale.<sup>(3)</sup>
- Le retard à la réalisation des examens d'imagerie de dépistage peut avoir un impact plus grave chez les femmes à très haut risque de cancers du sein en rapport avec une prédisposition génétique. Leur risque de cancer d'intervalle augmente très rapidement, et l'intervalle d'une année est le maximum acceptable en termes de rapport bénéfice-risque.<sup>(3)</sup>
- L'arrêt des activités diagnostiques peut avoir beaucoup plus d'impact, chez des femmes symptomatiques en particulier. Tout doit être fait pour le limiter au maximum avec une reprise très rapide des activités.<sup>(3)</sup>

En fonction du profil de la patiente, une individualisation de la priorisation des examens de dépistage doit être faite si possible.

\* : 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

Le test MammoRisk®, qui évalue le risque de cancer du sein invasif à 5 ans, pourrait offrir une solution en permettant la stratification des patientes et prioriser les examens de dépistage en fonction de leur risque.



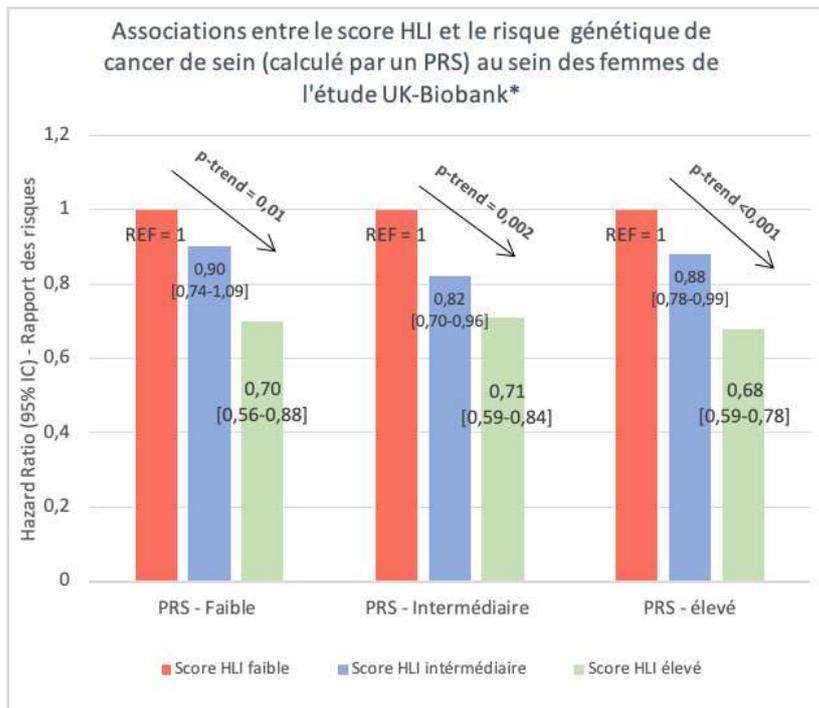
## FOCUS II : Impact du dépistage du cancer du sein à partir de 40 ans<sup>(4)</sup>

Avec un suivi de près de 23 ans, l'étude randomisée et rétrospective UK-Trial, menée par Duffy et al. avait pour objectif d'estimer l'effet du dépistage mammographique pour des femmes à partir de 40 ans sur la mortalité par cancer du sein. Près de 160 000 femmes ont été incluses dans l'étude. Une réduction significative de la mortalité par cancer du sein après 10 ans de suivi a pu être observée, avec 83 décès par cancer du sein dans le groupe d'intervention contre 219 dans le groupe de contrôle ([RR] 0,75 ; 95 % IC [0,58-0,97] ; p=0,029).

Cette étude montre le bénéfice en termes de réduction de la mortalité par cancer du sein autour de l'âge de 40 ans. En revanche, elle n'apporte pas d'information sur les modalités de ce dépistage plus précoce. L'étude MyPeBS, d'envergure internationale, démarrée fin 2019, prévoit d'inclure 85 000 patientes de façon prospective, pour comparer le dépistage standard actuel à un dépistage personnalisé dont le rythme est défini en fonction du risque de chaque patiente. L'objectif de MyPeBS est de répondre à une question fondamentale pour l'évolution des pratiques à l'échelle populationnelle : est-il préférable de personnaliser le dépistage organisé en fonction du risque individuel de chaque femme ?

## FOCUS III : Le risque de cancer du sein n'est pas une fatalité : un mode de vie sain est associé à une diminution du risque de cancer du sein chez les femmes (même celles avec un PRS élevé)<sup>(5)</sup>

Un certain nombre de facteurs liés au mode de vie (l'obésité, la consommation d'alcool, l'activité physique et un régime alimentaire équilibré) ont été associés au risque de cancer du sein. Dans l'étude menée par Rhonda et al., l'objectif est d'étudier si les associations entre un mode de vie globalement sain et le risque de cancer du sein varient selon les catégories de risque génétique (évalué par un PRS).



HLI : Healthy Life Index. De faible à élevé = mode de vie de plus en plus sain (activité physique, alimentation équilibrée, tabac, alcool, ...). Un HLI faible est considéré comme la référence.

\* Les auteurs comparent pour chaque catégorie de PRS (faible à élevée : risque de cancer du sein de plus en plus élevé), l'impact du mode de vie évalué par l'index HLI.

On observe une diminution du risque de cancer du sein avec l'augmentation du HLI, quelque soit la catégorie du PRS. Cette diminution est d'autant plus marquée que le PRS est élevé.

Dans l'ensemble, un mode de vie globalement sain est associé à une réduction de près de 27 % du risque de cancer du sein. Cette réduction du risque lié à un mode de vie globalement sain est particulièrement observée chez les femmes qui présentent un risque génétique élevé (PRS), et de façon plus importante après la ménopause. Ainsi, le fait d'avoir un PRS élevé augmente évidemment le risque de cancer du sein mais les auteurs ont démontré que ce risque n'est pas une fatalité et qu'il pouvait être modulé de façon substantielle en fonction du mode de vie de la patiente.

Ces travaux contribuent à montrer l'intérêt des conseils de prévention dans le cancer du sein.

Des données présentées par une équipe française (Deschasaux et al.) au congrès de San Antonio Breast Cancer Symposium 2020 montrent l'impact positif de l'adhésion aux recommandations du WCRF (World Cancer Research Fund, <https://www.wcrf.org/dietandcancer/cancer-prevention-recommendations>) sur le risque de survenue cancer du sein. Ces résultats viennent conforter l'intérêt des conseils de prévention pour diminuer le risque du cancer du sein.<sup>(6)</sup>

## FOCUS IV : Utilisation de PRS dans d'autres pathologies. La médecine prédictive est en marche<sup>(7)</sup>

Le PRS pourrait être également utilisé pour d'autres pathologies fréquentes.

En 2019, Lambert et al. ont résumé les cas d'utilisation pour lesquels le PRS pourrait avoir une utilité clinique : le cancer du sein, le cancer de la prostate, les coronaropathies, l'obésité mais également le diabète de type 1, le diabète de type 2 et la maladie d'Alzheimer,...

Il a été notamment démontré que le PRS était un facteur de risque indépendant des facteurs de risque traditionnels dans plusieurs de ces pathologies.

## FOCUS V : Cancer du poumon, quid de la mise en place d'un dépistage organisé ?

Récemment, l'étude randomisée NELSON (16 000 participants) montrait que la mortalité due au cancer du poumon était significativement plus faible chez les personnes ayant subi un dépistage par scanner à faible dose que chez celles n'ayant subi aucun dépistage. Chez les hommes, l'incidence du cancer du poumon était à 10 ans de 5,58 cas pour 1000 personnes-années dans le groupe "suivi" et de 4,91 cas pour 1000 personnes-années dans le groupe témoin. Quant à la mortalité par cancer pulmonaire, il y a eu, respectivement, 2,50 décès pour 1000 personnes-années et 3,30 pour 1000 personnes-années. Le rapport cumulé du taux d'incidence (taux d'incidence dans le groupe dépisté par scanner divisé par le taux d'incidence dans le groupe témoin) de la mortalité par cancer du poumon était de 0,76 (IC95% : [0,61-0,94],  $p=0,01$ ).

Dans un éditorial publié suite à l'étude, Duffy et al. assure qu'il n'est plus l'heure de se demander si cette approche est efficace mais de se concentrer sur l'aspect coût-efficacité, la détermination de l'intervalle optimal entre deux scanners, et sur la définition précise de la population ciblée et du risque individuel.<sup>(9)</sup>

Un dépistage du cancer du poumon chez les personnes à risque élevé a déjà été mis en place aux États-Unis et au Canada.



### Sources :

1. Bardet et Al., A microsimulation model to assess the impact of SARS-CoV-2 on cancer outcomes, healthcare organization and economic burden. ESMO 2020 - Mini Oral - session SARS-CoV-2 and cancer. Disponible sur: <https://www.gustaveroussy.fr/fr/esmo-2020-ebvid-19-surmortalite-cancers-premiere-vague-entre-2-5-pour-cent>. Consulté le 01/12/2020
2. London et Al., Effects of the COVID-19 Pandemic on Cancer-Related Patient Encounters. JCO Clinical Cancer Informatics no. 4 (2020) 657-665.
3. Ceugnart et Al., 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. Bull Cancer 2020 Jun;107(6):623-628.
4. Duffy et Al. Effect of mammographic screening from age 40 years on breast cancer mortality (UK Age trial): final results of a randomized, controlled trial. Lancet Oncol. 2020;S1470-2045(20)30398-3.
5. Rhonda et Al., Genetic factors, adherence to healthy lifestyle behavior, and risk of invasive breast cancer among women in the UK Biobank. J Natl Cancer Inst. 2020 Jan 3;djz241.
6. Deschasaux et Al., Adherence to the new WCRF cancer prevention recommendations associates with a decreased cancer risk. European Journal of Public Health, Volume 30 Supplement 5, 2020.
7. Lambert et Al., Towards clinical utility of polygenic risk scores. Human Molecular Genetics, 2019, Vol. 28, No. R2.
8. De Koning et Al., Reduced lung-cancer mortality with volume CT screening in a randomized trial. N Engl J Med 2020 ; 382 : 503-513.
9. Duffy et Al., Mortality reduction with low dose CT screening for lung cancer. N Engl J Med 2020. 382 : 572-573.