

Prise en charge des patients atteints de leucémies aiguës myéloblastiques

Mesures transitoires d'adaptation à l'épidémie de Covid-19

Mathilde Hunault, Christian Recher, Norbert Vey, Claude Gardin, Arnaud Pigneux, Hervé Dombret

20 mars 2020, V2 modifiée le 04/04/2020

La situation de crise sanitaire traversée par le pays dans son ensemble nous conduit à modifier transitoirement nos pratiques médicales dans le triple but :

- de protéger nos patients
- d'épargner des ressources (lits, temps infirmier et médical) pour les redéployer
- de lutter contre la propagation de l'infection en respectant au mieux le confinement

Nous proposons donc les adaptations suivantes dans notre prise en charge des LAM :

1) Diagnostic de l'infection Covid-19

- Outre la PCR, ne pas hésiter à utiliser le scanner pulmonaire haute résolution, comme nous ne faisons souvent pour les pneumopathies des immunodéprimés, si cela est possible.

2) Activités de recherche clinique

- Arrêt des inclusions dans les essais cliniques précoces (ou plus tardifs) testant des nouveaux médicaments dont l'intérêt pour nos patients n'est ni démontré, ni même suspecté
- Pour les patients sous traitement dans un essai clinique et qui semblent en bénéficier, supprimer les analyses de PK, éviter les déplacements (téléconsultation, livraison des médicaments à domicile...) dès que cela est possible

Pour les patients Covid-, nous proposons les adaptations thérapeutiques suivantes :

3) Chimiothérapie de première ligne des LAM du sujet jeune

- Les inclusions dans le protocole BIG-1 sont suspendues
- L'induction standard (3+7) est toujours recommandée si tolérable
- Les consolidations sont à base d'IDAC (1,5g/m²) et non HDAC (3g/m²) pour tous les patients, y compris pour les LAM-CBF, et avec un rythme d'administration de type J1/2/3 plutôt que J1/3/5
- Il est possible de décaler la 3^{ème} cure de consolidation IDAC de 2 à 3 semaines, voire de la supprimer si les deux premières cures ont été mal tolérées (cytopénies prolongées, sepsis...)
- L'utilisation de G-CSF est recommandée après chaque cure
- Le recours au Mylotarg doit être discuté avec soin, voire évité, du fait de la myélosuppression accrue

4) Indications d'allogreffe

- Les indications d'allogreffe en RC1 restent les mêmes. Eviter toutes indications "limite" (maladie suffisamment chronique, patients blastiques...)

5) Chimiothérapie de première ligne des LAM du sujet âgé fit

- En cas de cytogénétique (ou génomique) adverse, ne traiter intensivement que les patients pour lesquels une allogreffe en RC1 a de réelles chances d'être réalisée
- Le recours à la lomustine doit aussi être discuté (LAM de haut risque avec possibilité d'allogreffe)
- Si vous choisissez les 2 cures de consolidation IDAC, utiliser le schéma J1/2/3 avec du G-CSF
- Si vous choisissez les 6 cures de consolidation 1+5, essayer de protéger les allées venues de vos patients
- Le recours au Vyxeos (toujours dans son AMM) doit aussi être discuté avec soin du fait de la myélosuppression accrue (patients avec possibilité d'allogreffe) ;

6) **LAM unfit pour une chimiothérapie intensive**

- Utiliser azacitidine ou faibles doses de cytarabine en monothérapie
- Pas d'ajout de venetoclax hors AMM du fait de sa myélosuppression et du manque de preuve de son efficacité sur la survie
- Privilégier le best supportive care en cas de cytogénétique (ou génomique) défavorable

7) **Prise en charge des rechutes**

- Pas d'indication à la chimiothérapie intensive pour les durées de RC1 <12 mois (LAM-CBF exclues)
- Pas d'indication à l'azacitidine en rechute
- privilégier les traitements ciblés quand il y en a

8) **Soins de support**

- Recours à l'antibiothérapie anti-bactérienne prophylactique systématique chez les patients neutropéniques
- Strict respect des seuils transfusionnels, en respectant vos pratiques et en évitant l'inflation (consommatrice de produits sanguins et d'allées venus)