

Objectifs

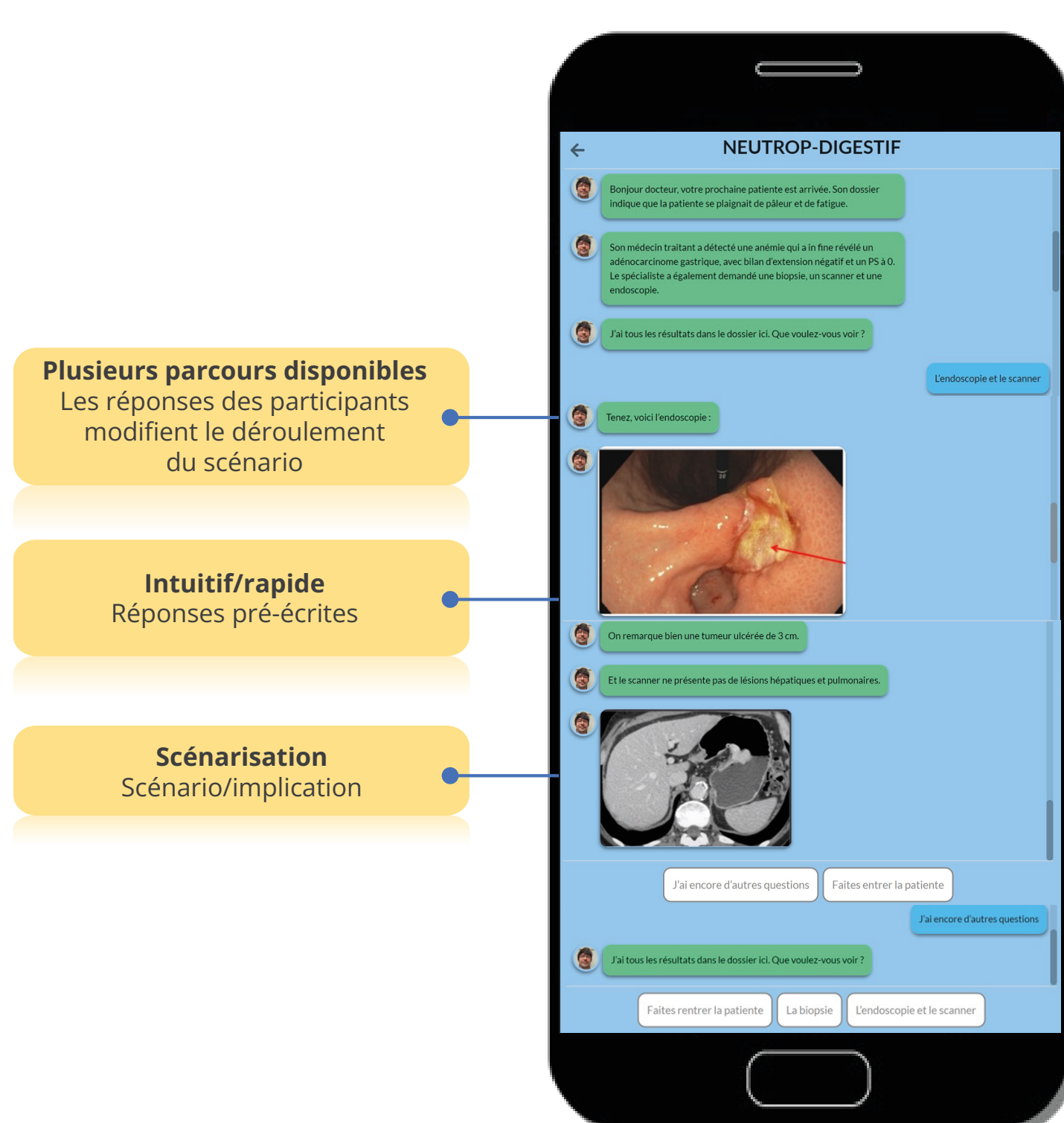
Malgré des avancées majeures en matière de prévention et de traitement, la neutropénie fébrile reste l'une des complications les plus fréquentes et les plus graves de la chimiothérapie anticancéreuse. Cette étude vise à décrire les pratiques de prescriptions des traitements par G-CSF, ainsi qu'à identifier et mesurer les critères liés à la prise de décision pour l'instauration d'un traitement par G-CSF chez les patients atteints de cancer du sein, du poumon, ou digestif, en ambulatoire, au-delà des recommandations standards.

Tableau 1: Caractéristiques des médecins participants par type de cancer

		Sein (N=41)	Poumon (N=29)	Digestif (N=32)	Total (N=102)
Lieu d'exercice du médecin N (%)	N	41	29	32	102
	CH / ESPIC	10 (24.4%)	9 (31%)	11 (34.4%)	30 (29.4%)
	CHU	8 (19.5%)	12 (41.4%)	9 (28.1%)	29 (28.4%)
	CLCC	18 (43.9%)	6 (20.7%)	11 (34.4%)	35 (34.3%)
	Clinique privée	5 (12.2%)	2 (6.9%)	1 (3.1%)	8 (7.8%)
Nombre de patients traités par mois N (%)	N	41	29	32	102
	Moins de 10	4 (9.8%)	4 (13.8%)	20 (62.5%)	28 (27.5%)
	Entre 10 et 50	17 (41.5%)	15 (51.7%)	11 (34.4%)	43 (42.2%)
	Plus de 50	20 (48.8%)	10 (34.5%)	1 (3.1%)	31 (30.4%)
Ancienneté d'exercice du médecin N (%)	N	41	29	32	102
	< 10 ans	24 (66.7%)	15 (53.6%)	17 (60.7%)	56 (60.9%)
	> 10 ans	12 (33.3%)	13 (46.4%)	11 (39.3%)	36 (39.1%)
Sexe du médecin N (%)	N	41	29	32	102
	Femme	22 (61.1%)	11 (39.3%)	17 (60.7%)	50 (54.3%)
	Homme	14 (38.9%)	17 (60.7%)	11 (39.3%)	42 (45.7%)
Spécialité du médecin N (%)	N	41	29	32	102
	Oncologues médicaux	40 (97.6%)	15 (51.7%)	15 (46.9%)	70 (68.6%)
	Gynécologues	1 (2.4%)			1 (1.0%)
	Pneumologues		14 (48.3%)		14 (13.7%)
	Gastroentérologues			17 (53.1%)	17 (16.7%)

Méthodologie

Cette étude non interventionnelle, transversale et multicentrique a nécessité la présentation de cas cliniques à l'aide d'interfaces conversationnelles (chatbot), simulant une discussion avec un ou plusieurs interlocuteurs virtuels par échange vocal ou textuel.



Résultats

Le questionnaire a été rempli par 102 médecins.

Tableau 2: Statistiques descriptives selon le cancer (pour les variables communes aux 3 types de cancer) et globalement

		Sein (N=77)	Poumon (N=57)	Digestif (N=60)	Total (N=194)
Thérapie (paramètre fixe de randomisation) N (%)	N	77	57	60	194
	Adjuvant	41 (53.2%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	41 (21.1%)
	Néoadjuvant	36 (46.8%)	0 (0.0%)	32 (53.3%)	68 (35.1%)
	Métastatique	0 (0.0%)	57 (100.0%)	28 (46.7%)	85 (43.8%)
Risque de neutropénie lié à la chimiothérapie (paramètre de randomisation) N (%)	N	77	57	60	194
	Risque faible/intermédiaire <20	38 (49.4%)	29 (50.9%)	27 (45.0%)	94 (48.5%)
	Risque élevé >20	39 (50.6%)	28 (49.1%)	33 (55.0%)	100 (51.5%)
Accès aux soins (paramètre de randomisation) N (%)	N	77	57	60	194
	Non (difficile)	36 (46.8%)	26 (45.6%)	27 (45.0%)	89 (45.9%)

		Sein (N=77)	Poumon (N=57)	Digestif (N=60)	Total (N=194)
Mise en place d'un traitement par G-CSF ? N (%)	Oui (facile)	41 (53.2%)	31 (54.4%)	33 (55.0%)	105 (54.1%)
	N	77	57	60	194
	Oui	68 (88.3%)	42 (73.7%)	54 (90.0%)	164 (84.5%)
	Non	9 (11.7%)	15 (26.3%)	6 (10.0%)	30 (15.5%)
Quels éléments sont à prendre en compte avant de prescrire un G-CSF pour ce patient ? N (%)	N	68	42	54	164
	Protocole de Chimiothérapie	23 (33.8%)	9 (21.4%)	7 (13.0%)	39 (23.8%)
	Protocole de Chimiothérapie + comorbidités	12 (17.6%)	2 (4.8%)	8 (14.8%)	22 (13.4%)
	Protocole de Chimiothérapie + âge	2 (2.9%)	6 (14.3%)	2 (3.7%)	10 (6.1%)
	Protocole de Chimiothérapie + comorbidités + âge	31 (45.6%)	25 (59.5%)	37 (68.5%)	93 (56.7%)
Quel type de G-CSF ? N (%)	N	77	57	60	194
	Filgrastim short acting	21 (27.3%)	6 (10.5%)	37 (61.7%)	64 (33.0%)
	Lenograstim short acting	2 (2.6%)	0 (0.0%)	1 (1.7%)	3 (1.5%)
	Pegfilgrastim long acting	54 (70.1%)	49 (86.0%)	18 (30.0%)	121 (62.4%)
	Lipefilgrastim long acting	0 (0.0%)	2 (3.5%)	4 (6.7%)	6 (3.1%)
Choix n°1 pour la mise en place de G-CSF N (%)	N	77	57	60	194
	Comorbidités	5 (6.5%)	8 (14.0%)	7 (11.7%)	20 (10.3%)
	Accès aux soins	10 (13.0%)	10 (17.5%)	7 (11.7%)	27 (13.9%)
	Radioactivité du traceur 18-FDG	2 (2.6%)	1 (1.8%)	5 (8.3%)	8 (4.1%)
	Type de chimiothérapie	60 (77.9%)	38 (66.7%)	41 (68.3%)	139 (71.6%)
A quel jour le G-CSF doit être débuté par rapport à la chimiothérapie ? N (%)	N	77	57	60	194
	J0	1 (1.3%)	1 (1.8%)	1 (1.7%)	3 (1.5%)
	J1	50 (64.9%)	30 (52.6%)	16 (26.7%)	96 (49.5%)
	J2	19 (24.7%)	13 (22.8%)	20 (33.3%)	52 (26.8%)
	J3	4 (5.2%)	4 (7.0%)	12 (20.0%)	20 (10.3%)
	J4	3 (3.9%)	9 (15.8%)	11 (18.3%)	23 (11.9%)

La plupart des médecins (84,5 %) ont déclaré avoir prescrit du G-CSF, quel que soit le type de tumeur. Le G-CSF a été prescrit plus fréquemment pour les traitements adjuvants/néoadjuvants que pour les cas métastatiques. Le type de chimiothérapie a été cité comme la première raison de la prescription de G-CSF, l'accès aux soins étant la deuxième. En ce qui concerne le type de chimiothérapie, les médecins ne considèrent pas ce facteur seul, mais combiné aux comorbidités et à l'âge (56,7% des cas).

Tableau 3: Paramètres associés au traitement par G-CSF

		Sein (N=164)	Poumon (N=30)	Digestif (N=60)	Total (N=194)
Thérapie (paramètre fixe de randomisation) N (%)	N	164	30	p=0.003	p=0.003
	Adjuvant/Néoadjuvant	100 (61%)	9 (30.0%)	3.6 (1.6-8.6)	3.8 (1.6-9.1)
	Métastatique	64 (39.0%)	21 (70.0%)	Ref	Ref
Risque de neutropénie lié à la chimiothérapie (paramètre de randomisation) N (%)	N	164	30	p=0.083	p=0.074
	Risque faible/intermédiaire <20	75 (45.7%)	19 (63.3%)	Ref	Ref
	Risque élevé >20	89 (54.3%)	11 (36.7%)	2.1 (0.9-4.6)	2.2 (0.9-5)
Accès aux soins (paramètre de randomisation) N (%)	N	164	30	p=0.28	p=0.32
	Non (difficile)	78 (47.6%)	11 (36.7%)	Ref	Ref
	Oui (facile)	86 (52.4%)	19 (63.3%)	0.6 (0.3-1.4)	0.7 (0.3-1.5)
Type de cancer (paramètre fixe de randomisation) N (%)	N	164	30	p=0.035	NA
	Sein	68 (41.5%)	9 (30.0%)	2.7 (1.1-6.7)	NA
	Poumon	42 (25.6%)	15 (50.0%)	Ref	NA
	Digestif	54 (32.9%)	6 (20.0%)	3.2 (1.1-9.0)	NA

Conclusions

Nos résultats suggèrent que les recommandations de l'AFSOS sont globalement suivies. Dans la plupart des cas, le G-CSF est prescrit à des stades précoces et en intention curative. Cependant, une sensibilisation à ces recommandations doit être poursuivie, dans un contexte où la neutropénie fébrile reste un problème d'actualité et où le risque de mortalité lié aux combinaisons thérapeutiques demeure.

Remerciements

Professionnels de santé participants
Soutien institutionnel de VIATRIS

Veillez contacter Florian Scotté MD PhD à fscotte@gmail.com