

Recommandations pour la priorisation des patients en contexte de pandémie de COVID-19 – Volet Cancers ORL / tête et cou

Recommandations en date du 15 avril 2020

Mise en contexte pour tous les sièges de cancer

Même en sachant que certains cancers ont une évolution plus lente, certains autres sont à traiter rapidement, de façon interdisciplinaire, avec des traitements systémiques intraveineux ou per os (voie orale), une chirurgie et de la radiothérapie.

Le but de ces travaux est de mieux orienter les équipes de soins sur ce qui devra être maintenu, délesté ou adapté dans un contexte où le système ne permettrait qu'un accès limité. Étant conscients que l'accès tant aux traitements systémiques, à la chirurgie qu'à la radiothérapie sera affecté, la concertation et le travail en équipe sont plus que jamais impératifs.

Certains milieux seront plus affectés que d'autres, selon la propagation des cas de COVID-19. L'objectif est de s'assurer que chaque personne puisse bénéficier du traitement le plus adéquat possible malgré la crise. De plus, ces consensus visent à assurer que lorsque la pandémie sera terminée et que les activités reprendront un rythme normal, les priorisations des patients qui attendaient un traitement soient aussi respectées dans un souci d'équité.

Les patients atteints de cancer et âgés de plus de 60 ans et/ou porteurs de multiples comorbidités (ou ECOG > 2) doivent faire l'objet d'une attention particulière pendant cette pandémie et éviter au maximum tout risque de contamination compte tenu de leur risque majoré de complication respiratoire et de décès. **Le bénéfice et le risque des traitements doivent être réévalués dans ce contexte de pandémie.**

Le présent guide a été réalisé par un comité d'experts en contexte d'urgence sanitaire. Il est basé sur la documentation disponible au moment de sa publication et est adapté à la réalité québécoise. Ces recommandations sont des exemples d'alternatives pouvant être considérées dans un contexte de pandémie et elles pourraient ne pas répondre à toutes les situations. Le jugement clinique s'impose.

De plus, si l'indication clinique ne figurait pas dans ce document, les cliniciens continuent la pratique selon les recommandations en vigueur dans leur établissement. Des mises à jour de ces recommandations sont à prévoir selon l'évolution de la situation. La présentation à un comité du diagnostic et du traitement du cancer (CDTC) est fortement encouragée afin de déterminer la meilleure approche thérapeutique en tenant compte des risques et des bénéfices.

Ces recommandations sont modulées en fonction de la priorité clinique et leur application doit tenir compte du niveau d'activités en oncologie lorsqu'appliquable. Une description des niveaux d'activités figure d'ailleurs dans le document : « Plan de délestage et niveaux d'activités en oncologie en situation de pandémie COVID-19 ». Elles sont complémentaires aux diverses directives cliniques émises par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et disponibles aux liens suivants :
www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/
www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/cancerologie/

Considérations générales applicables à tous les sièges de cancer

- Il est de la responsabilité du programme de oncologie de chaque établissement de prévoir du soutien psychosocial pour toutes les personnes qui voient leur traitement et investigation retardés afin de diminuer autant que possible l'anxiété associée.
- Chaque programme de oncologie doit mettre en place une vigie pour les patients traités pendant cette période afin de s'assurer :
 - D'un suivi approprié au cours et à la fin de la pandémie ;
 - Que les délais ne seront pas excessifs ;
 - Qu'il n'y a pas de progression ou d'apparition de nouveaux symptômes durant cette période d'attente ;
 - Que le patient puisse rejoindre facilement un membre de l'équipe s'il y avait changement de son état ;
 - Répertorier les patients pour lesquels une alternative de traitement non conventionnel a été offerte.
- Une discussion du niveau de soins et des alternatives thérapeutiques prenant en considération les risques liés aux traitements et à la pandémie COVID-19 devrait avoir lieu avec chaque patient et documentée au dossier médical selon les procédures applicables dans les établissements.
- En cas de report d'un traitement chirurgical, de traitements systémiques ou de radiothérapie, les patients doivent être réévalués périodiquement afin de s'assurer de l'absence de progression.
- Bien que des alternatives thérapeutiques non standard soient parfois proposées dans les recommandations, celles-ci devraient être réservées à des cas particuliers et uniquement offertes sur recommandation d'un CDTC en tenant compte de la disponibilité des ressources (traitement standard non accessible) de même que des risques et des bénéfices des traitements en contexte de pandémie COVID-19.

Méthodologie pour l'élaboration des recommandations spécifiques aux cancers ORL

Dans un premier temps, une recension sommaire des principales lignes directrices et prises de position par des associations et sociétés savantes en lien avec la priorisation des soins en contexte d'urgence sanitaire a été effectuée par les professionnels de l'INESSS (l'avis sera disponible sur le site de l'INESSS : <https://www.inesss.qc.ca/covid-19.html>). Un comité d'experts québécois spécialisés en cancers ORL a par la suite été formé pour discuter des informations extraites de la littérature et formuler, par consensus, des recommandations en lien avec la priorisation des soins. Le présent document a également été approuvé par les membres du sous-comité clinique COVID-19 en cancérologie et adopté par le Programme québécois de cancérologie.

Considérations générales relatives aux cancers ORL

Les recommandations proposées dans ce document constituent des exemples d'alternatives pouvant être considérées dans un contexte de pandémie et ne remplacent pas le jugement clinique. Chaque cas devrait être évalué dans son contexte et les cas incertains devraient être discutés au Comité du diagnostic et du traitement du cancer (CDTC) afin de déterminer la meilleure approche thérapeutique à préconiser en tenant compte des risques et des bénéfices.

Prise en charge en cas de suspicion

- Privilégier une première rencontre par téléconsultation.
- Les patients susceptibles d'être atteints d'un cancer ORL/tête et cou (priorité B de l'accès priorisé aux services spécialisés) devraient être pris en charge en priorité. En tenant compte du risque de contagion, évaluer la possibilité de tenir une consultation en présentiel.
- Les consultations conjointes avec l'oto-rhino-laryngologiste, l'oncologue médical et le radio-oncologue peuvent encore se faire. Cependant, en règle générale, un seul médecin doit être dans la même pièce que le patient.
- Si une rhino-pharyngo-laryngoscopie sur écran est jugée nécessaire pour éviter une répétition inutile des procédures, plus d'un médecin peut être présent, à condition de respecter les mesures de protection individuelle en vigueur. Alternativement, les consultations avec l'un et l'autre de ces spécialistes devraient avoir lieu le même jour pour limiter les déplacements pour le patient.
- Pour les personnes dont le risque d'être atteint d'un cancer ORL/tête et cou est faible, la consultation devrait être reportée. Le patient devrait être informé des

coordonnées de la personne à contacter pour rapporter tout changement relatif à son état de santé.

- Durant la pandémie, afin d'éviter les délais indus, chaque médecin devrait se doter d'un mécanisme de suivi des patients en investigation et réviser fréquemment l'ensemble des cas afin d'apporter des ajustements relatifs à la priorisation des examens.

Diagnostic / stadification

- Limiter les investigations aux modalités nécessaires à une prise de décision en matière de traitement. Les interventions supplémentaires devraient être limitées aux situations d'absolue nécessité (exemples : évaluation/extraction dentaire, gastrostomie endoscopique percutanée).
- Si possible, organiser les tests d'investigation et les consultations en présentiel de façon à ce que le patient passe le moins de temps possible à l'hôpital.
- La rhino-pharyngo-laryngoscopie, l'endoscopie nasale rigide et la laryngoscopie flexible sont considérées comme des procédures médicales générant des aérosols; l'équipement de protection individuelle approprié doit être utilisé pendant ces procédures.
- L'endoscopie des voies aérodigestives supérieures ne devrait être réalisée que lorsqu'absolument nécessaire. Le personnel ne doit pas utiliser d'atomiseur pour l'anesthésie et la décongestion.
- Pour les patients qui sont testés positifs pour la COVID-19 ou qui ont des symptômes, l'examen devrait se faire dans une pièce à pression négative par le médecin traitant ou un sénior en formation, et avec l'équipement de protection individuel approprié (<https://www.inspq.qc.ca/publications/2960-interventions-aerosols-covid19>).
- Favoriser la photodocumentation lors des examens afin de ne pas avoir à les répéter inutilement.

CDTC

- Les CDTC doivent être maintenus, par téléconférence, avec des outils assurant la confidentialité des échanges.
- Les décisions impliquant le recours à des alternatives thérapeutiques non conventionnelles devraient être discutées/corroborées avec l'équipe d'un centre surspécialisé. À cet effet, favoriser les CDTC communs entre centres.
- Tenir un registre des patients pour qui une alternative thérapeutique non conventionnelle est retenue.

Traitements : éléments généraux

- La décision de procéder au traitement (chirurgie, radiothérapie et/ou traitement systémique) doit prendre en compte le risque pour le patient de contracter la COVID-19 selon le fardeau de la maladie de l'établissement, en particulier pour les personnes les plus à risque de conséquences graves (≥ 70 ans, maladie cardiaque, maladie pulmonaire, diabète).
- La stratégie envisagée en matière de traitement doit être discutée avec le patient (consentement éclairé), de même que la notion de niveau de soins (intensité thérapeutique).
- Pour les patients chez qui une trachéotomie doit être pratiquée, un filtre HME devrait être fourni afin de limiter les aérosols (actuellement non remboursé au Québec).
- Les interventions chirurgicales auprès de patients testés positifs pour la COVID-19 devraient seulement se faire dans les cas d'urgence, dans une salle dédiée. Seul, le personnel essentiel doit participer à l'opération et il doit porter l'équipement de protection individuelle approprié.

Priorisation des traitements

- Priorisation de niveau A - traitement urgent :
 - Cas d'obstruction des voies aérodigestives supérieures ;
 - Cas d'hémorragie.
- Priorisation de niveau B - traitement ne pouvant pas être retardé plus de 4 à 6 semaines*, sous peine d'une diminution significative du pronostic vital ou d'une atteinte fonctionnelle majeure et permanente :
 - Cancers des voies aérodigestives supérieures de stades III-IVA/B (TNM, édition 7 de l'AJCC (American Joint Committee on Cancer)) ;
 - Cancer avec atteinte imminente des voies respiratoires ;
 - Cancer des glandes salivaires de haut grade ou progressif ;
 - Cas nécessitant une chirurgie de sauvetage pour une maladie récidivante/persistante.
- Priorisation de niveau C : traitement pouvant être retardé > 4-6 semaines*, avec suivi :
 - Cancers des voies aérodigestives supérieures de stades T1-T2N0 ;
 - Cancer de la thyroïde bien différencié, sans métastases ;
 - Tumeur des glandes salivaires de bas grade.

*** Dans l'éventualité où les délais devaient se prolonger, les cas visés devraient être présentés à nouveau au CDTC pour une révision du niveau de priorité afin de prévenir toute détérioration du pronostic.**

Autres considérations

- Lorsqu'un traitement est envisagé, il faut s'assurer que les ressources soient disponibles pour compléter toute la trajectoire de traitement (exemple : chimioradiothérapie possible après certaines chirurgies majeures).
- Lorsque les ressources d'un centre ne sont pas disponibles pour entreprendre un traitement, envisager la possibilité de transférer le patient vers un centre de référence possédant les ressources nécessaires.
- En fonction des ressources disponibles, la priorisation pourrait différer de l'approche par niveau de priorisation (exemple : résection de certaines tumeurs de petite taille en chirurgie d'un jour lorsque le nombre de lits est limité).
- Les tumeurs des voies aérodigestives supérieures de stades T3-T4 peuvent nécessiter qu'une trachéotomie soit pratiquée. Or, le risque d'infection au coronavirus dans cette situation est accru. Porter une attention particulière à ces cas pour éviter que la trachéotomie ne doive être pratiquée en urgence, avec moins de préparation.

Alternatives thérapeutiques

- Généralités
 - Les alternatives thérapeutiques pour lesquelles le niveau de données probantes d'efficacité est le plus élevé doivent être offertes en premier, tout en tenant compte des principes visant à limiter la propagation du coronavirus et les complications possibles ;
 - Les patients doivent être informés quant à la nécessité d'avoir recours à une alternative thérapeutique.
- Chirurgie
 - Favoriser les alternatives non chirurgicales à la chirurgie lorsque les résultats oncologiques attendus sont similaires. Envisager la chimioradiothérapie lorsqu'appropriée ;
 - Le recours à la chirurgie robotique (TORS) pour le traitement des cancers de l'oropharynx est déconseillé ;
 - Selon la situation clinique et la disponibilité des ressources, adapter le plan chirurgical pour diminuer la durée d'intervention. Autant que possible :
 - Favoriser la chirurgie d'un jour ;
 - Limiter la durée de séjour hospitalier ;

- Éviter le recours aux soins intensifs postopératoires ;
- Éviter la trachéostomie ;
- Limiter les reconstructions complexes (ne pas reconstruire ou utiliser un lambeau régional).
- Radiothérapie
 - Pour les stades I et II, favoriser la radiothérapie et ne réserver les traitements combinés que pour les situations à haut risque pendant la pandémie ;
 - Favoriser les protocoles qui réduisent la durée de l'ensemble du traitement. La surimpression (boost) intégrée simultanée et l'hypofractionnement sont encouragés.
- Traitements systémiques
 - Chimiothérapie d'induction
 - Envisager pendant la pandémie d'omettre la chimiothérapie d'induction à base de cisplatine en raison de la toxicité hématologique potentielle ;
 - Envisager d'omettre le docetaxel (protocole PF au lieu du TPF) en prenant en considération les risques de la chimiothérapie en période de COVID-19;
 - Envisager des choix de séquence de traitement moins toxique en diminuant le nombre de modalités (exemple : chimioradiothérapie ou chirurgie d'emblée si possible).
 - Chimioradiothérapie
 - Envisager d'omettre la chimiothérapie pour les patients âgés ≥ 70 ans et pour ceux moins âgés présentant des comorbidités comme le diabète et les maladies cardiovasculaires (facteurs de risque en cas d'infection au coronavirus) ;
 - Chez les patients atteints d'un cancer tête et cou de stade III ou IV pour qui un traitement de chimioradiothérapie est indiqué, si la chimiothérapie à base de platine est jugée trop risquée, envisager d'abord de la remplacer par le cétuximab, si cela était approprié (indication reconnue au Québec chez certains cas particuliers; l'indication pourrait être étendue aux sites autres que l'oropharynx si jugé approprié après discussion avec l'équipe d'un centre de référence) :
 - Exceptionnellement, la chimiothérapie pourrait être remplacée par le pembrolizumab après discussion avec l'équipe d'un centre de référence (indication non évaluée par l'INESSS, thérapie expérimentale émergente; intérêt principalement pour les jeunes patients pour qui le cétuximab est jugé non approprié).
 - Traitements systémiques en intention palliative

- Pour certains patients atteints d'une maladie stable et peu symptomatique, envisager de reporter le traitement, en considérant les risques et les bénéfices ;
- Pour les patients atteints d'un carcinome épidermoïde de la tête et du cou de stade métastatique ou localement avancé, sans possibilité de traitement local, le pembrolizumab pourrait exceptionnellement remplacer le traitement à base de sels de platine en première intention de traitement (indication non évaluée par l'INESSS) ;
- L'espacement entre les doses de nivolumab devrait être de 4 semaines, si ce n'est déjà la pratique en place; celui entre les doses de pembrolizumab devrait être de 6 semaines (s'applique seulement si administré en intention palliative).

Suivi après le traitement

- En l'absence de symptômes, privilégier la téléconsultation pour le suivi, autant que possible.
- Accorder la priorité aux patients en phase post-traitement immédiate (4 premières semaines) et envisager des intervalles plus longs entre les suivis dès que possible.
- Limiter les examens de suivi (exemple : imageries), autant que possible.
- En présence de symptômes, la consultation en présentiel est nécessaire, particulièrement pour les patients qui peuvent bénéficier d'un traitement de sauvetage.

Document élaboré par :

Dre Nathalie Audet, oto-rhino-laryngologiste et chirurgienne cervico-faciale, CHU de Québec – Université Laval (CHU de Québec – UL) / Hôpital de l'Enfant-Jésus

Dr Nathaniel Bouganim, oncologue médical, Centre universitaire de santé McGill (CUSM) – Site Glen

M. Frédéric Côté, infirmier pivot en oncologie pour les cancers ORL et cancer de la thyroïde, CIUSSS de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

Dr Mathieu Leclerc, radio-oncologue, CHU de Québec – UL / Hôtel-Dieu de Québec

Dr Luc Monet, oto-rhino-laryngologiste et chirurgien cervico-facial, Polyclinique de l'oreille, Gatineau

Dr Phuc Felix Nguyen-Tan, radio-oncologue, Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)

Dr Denis Soulières, hématologue, oncologue médical, pédiatre, CHUM

Mme Chantale Dumont, conseillère, Programme québécois de cancérologie (PQC)

Mme Sara Vaillancourt, conseillère, PQC

Mme Mélanie Morneau, directrice de l'offre de soins et de services en cancérologie, PQC

Avec la collaboration de :

M. Gino Boily, professionnel scientifique, Unité d'évaluation en cancérologie, INESSS

M. Jim Boulanger, coordonnateur scientifique de l'Unité d'évaluation en cancérologie, INESSS