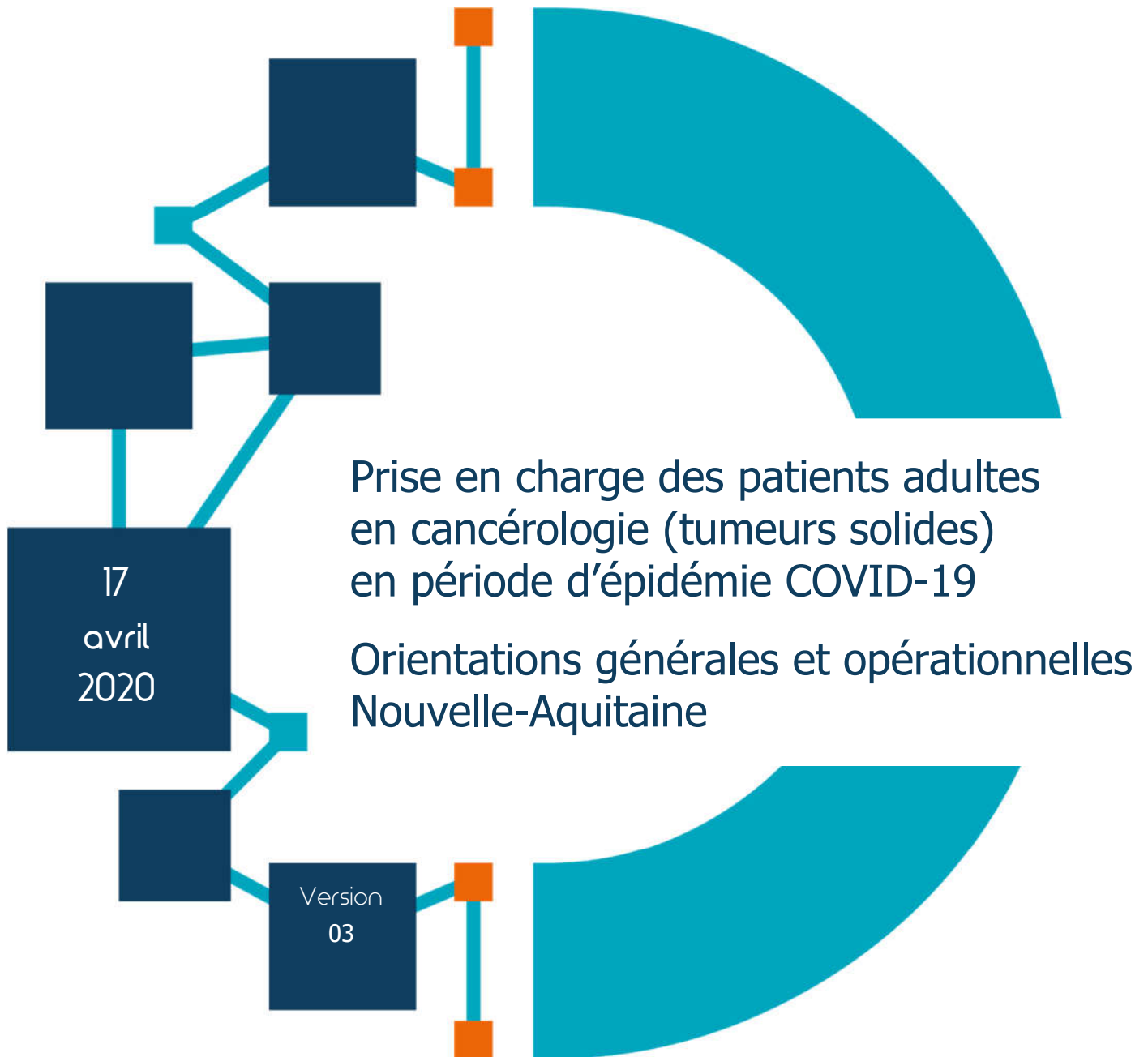




NOUVELLE-AQUITAINE

Réseau Régional de Cancérologie



Contributeurs et relecteurs :

CHU de Bordeaux	Dr Hugues Begueret, Dr Thibaud Haaser, Pr Jacques Jougon, Pr Christophe Laurent, Pr Alain Ravaud, Dr Renaud Trouette
CHU de Limoges	Dr Elise Deluche, Pr Pierre Clavère
CHU de Poitiers	Dr Antoine Berger, Dr Eric Frouin, Pr Nicolas Isambert, Dr Caroline Plazanet, Pr Jean-Marc Tourani
Institut Bergonié	Pr François-Xavier Mahon, Dr Adeline Petit et autres contributeurs
Réseau Onco-Nouvelle-Aquitaine	Pr Emmanuel Bussières, Dr Laurence Digue, Dr Claire Morin-Porchet
ARS Nouvelle-Aquitaine	Dr Martine Vivier-Darrigol, Mme France Bereterbide

Les patients atteints de cancers sont à risque de développer des formes sévères de COVID-19. Les enjeux sont donc de protéger les patients ayant un cancer de toute contamination et d'organiser dans les meilleures conditions possibles leur prise en charge ⁽¹⁾.

Les propositions qui suivent sont basées sur les recommandations nationales récemment publiées et validées par des professionnels référents des CHU de Bordeaux, Limoges et Poitiers et de l'Institut Bergonié.

Le phénomène épidémique se décompose en 5 phases (calme avant la tempête, pic, plateau, décroissance et retour à la normale) qui vont impacter les choix thérapeutiques différemment, allant du maintien du traitement de référence à l'adaptation possible des stratégies, voire à leur report⁽²⁾. Pendant la phase 1, qui est encore à ce jour le cas en Nouvelle-Aquitaine, certaines propositions peuvent apparaître prématurées, alors qu'elles s'imposent dans les régions en phase 2 et 3.

Ce contexte amène les professionnels à prendre en considération de nouveaux paramètres dans leurs décisions :

- **Evaluation de la balance bénéfices/risques à l'échelle individuelle, exposée clairement et discutée avec le patient** : prise en compte de la nécessité de limiter les pertes de chances par évolution de la maladie cancéreuse tout en prenant en considération le risque de développer une forme sévère de Covid-19 lié à la mise en place des traitements anticancéreux. L'impératif est de ne pas passer à côté de situations de curabilité ou de survie prolongée par dégradation ou report trop importants des traitements.
- **Discussion systématique des éventuels ajustements thérapeutiques en RCP**
- A l'échelle collective : limitation des contacts et protection optimale de nos patients face au risque de contagiosité
- Diminution possible de l'accès à la réanimation post chirurgicale avec une réflexion sur les indications à prioriser.

Les prises en charge doivent être discutées au cas par cas et reposent sur les recommandations émises par les sociétés savantes et les discussions en RCP.

Les propositions de ce document devront être adaptées en fonction du retentissement de l'épidémie sur l'organisation des structures de soins.

1 Prévention de la contamination

- Informer les patients sur la nécessité de se protéger contre l'infection, de ne pas arrêter les traitements ou annuler les examens d'imagerie sans avis spécialisés et de surveiller l'apparition de tout symptôme évocateur ⁽¹⁾
- Limiter les venues des patients dans les établissements en privilégiant les téléconsultations ⁽¹⁾⁽²⁾⁽³⁾⁽⁴⁾⁽⁵⁾ et en reportant les examens non urgents ⁽⁶⁾
- En cas de consultation ou d'hospitalisation indispensable, organiser un circuit dédié pour ces patients avec port du masque dès l'entrée, port du masque par les soignants lors des soins, et discuter l'interdiction des visites ⁽¹⁾. Il peut être proposé un point téléphonique quotidien avec la personne de confiance pour les patients hospitalisés ⁽⁶⁾
- Contacter les patients 24h/48h avant leur venue prévue en consultation ou hospitalisation, pour s'assurer qu'ils ne présentent pas de symptôme évocateur de COVID-19 ⁽³⁾. Voir questionnaire en annexe.
- Accueillir avant leur entrée dans les services de cancérologie les patients avec prise de la température systématique et interrogatoire, sans leurs accompagnants ⁽⁴⁾
- Selon le traitement, discuter les pauses thérapeutiques en situation non curative peu symptomatique ou métastatique d'évolution lente ⁽³⁾
- Faire une information sur les AINS/corticoïdes pour les patients et les soignants ⁽⁶⁾
- Autant que possible, prendre en charge les patients infectés par le SARS-CoV-2 dans une unité dédiée COVID-19, afin d'éviter le risque de transmission aux autres patients fragiles du service de cancérologie. Si impossibilité, isoler des zones COVID-19 négatives dans les services. Les patients en attente de résultat de PCR sont à considérer comme COVID-19 positifs. Idéalement sanctuarisation d'unités COVID-19 négatives ⁽¹⁾⁽³⁾⁽⁶⁾
- Anticiper les passages en USI, en cas de thérapeutique à risque, en prenant contact avec l'USI en amont (cibler USI COVID -) ⁽⁶⁾
- Porter une attention particulière aux patients de plus de 70 ans (risque de complications respiratoires et de décès majoré) ⁽¹⁾⁽³⁾

Protéger les personnels médicaux et paramédicaux ⁽⁷⁾

- Appliquer les consignes de l'établissement
- Appliquer les consignes barrières
- Porter un masque chirurgical et le changer toutes les 4h (tout personnel médical/paramédical au contact du patient)
- En cas d'examen/soin de patients suspects ou confirmés COVID-19, porter un masque FFP2 de préférence (patient et soignant), une surblouse à usage unique à manches longues, des lunettes de protection, une charlotte, et utiliser une solution hydro-alcoolique (SHA)

2 Organisation des soins

- Sanctuariser certains établissements ou certains services au sein d'établissements pour la poursuite des soins oncologiques
- Discuter au cas par cas le rapport bénéfices/risques de certaines décisions de traitement⁽⁶⁾
- Discuter et tracer les ajustements thérapeutiques en RCP ⁽²⁾, avec un support éthique si possible
- Ne pas interrompre les traitements et ne pas retarder la prise en charge des patients, dans la mesure du possible ⁽⁷⁾
- Privilégier la prise en charge des patients en cours de traitement et celle des nouveaux patients ⁽⁷⁾
- Reporter si possible les consultations et imageries de surveillance et favoriser la téléconsultation ⁽⁷⁾
- Organiser un circuit séparé pour les patients fragiles/immunodéprimés et les patients contacts/COVID+ ⁽⁷⁾
- Le statut en termes d'indication de réanimation doit si possible être précisé dans le dossier médical après discussion avec le patient (ou recueil des directives anticipées).

2.1 Réunions de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) ⁽⁸⁾

- Maintenir la tenue des RCP pour ne pas retarder la prise en charge des patients qui le nécessitent, en veillant à respecter les bonnes pratiques
- Privilégier les réunions dématérialisées (visio ou téléconférence), y compris au sein d'un même établissement (se référer au 3C ou au réseau régional de Cancérologie pour les organisations)
- En cas de réunion présentielle, respecter les consignes sanitaires générales (distanciation sociale et gestes barrières)
- Optimiser le temps médical en RCP en priorisant les dossiers à discuter, cas complexes et recours (enregistrer les fiches RCP des cas standards)
- Limiter le nombre de participants en ciblant les médecins indispensables et en respectant le quorum

2.2 Traitements

Des recommandations nationales par organe, adaptées au Covid-19, sont disponibles sur le site du réseau régional de cancérologie www.onco-nouvelle-aquitaine.fr et le site de l'INCa www.e-cancer.fr. Les recommandations sont des aides pour des décisions qui peuvent justifier des adaptations de stratégie ou de traitement en fonction des établissements.

Il est conseillé de partager les décisions avec les centres de référence de la région, dans des réunions de concertation dédiées (<https://onco-nouvelle-aquitaine.fr/covid-19-informations-pour-les-professionnels-de-sante/informations-rcp-et-covid-19/>).

2.2.1 Chirurgie

- Certaines chirurgies récentes sont un facteur prédictif de complications respiratoires sévères imposant une prise en charge en réanimation ⁽⁴⁾
- Déprogrammer et reporter les interventions carcinologiques non urgentes ⁽³⁾ après avis RCP
- Maintenir autant que possible l'activité des situations pouvant exposer à une perte de chance en tenant compte des contraintes post-chirurgicales sur le choix de certaines techniques, ou envisager d'autres options thérapeutiques d'impact thérapeutique globalement similaire ou la réalisation dans un autre établissement apte à réaliser ce geste.
- Limiter le temps d'hospitalisation ⁽³⁾
- Discuter au cas par cas un traitement alternatif local à efficacité égale et en conformité avec des pratiques professionnelles validées (radiothérapie stéréotaxique...) ⁽²⁾⁽⁴⁾

- Rechercher la solution la plus favorable pour le patient concernant les chirurgies complexes à forte morbi-mortalité (œsogastrique, hépatique ou pancréatique), en fonction de l'évolution de l'épidémie
- En cas de prélèvement chez un patient suspect ou connu Covid-19, informer le laboratoire d'anatomie pathologique (circuit dédié avec précautions de conditionnement et d'acheminement selon les recommandations SFM et SFP) ⁽⁹⁾⁽¹⁰⁾. En dehors des rares indications d'examen extemporané chez ces patients, les pièces opératoires sont idéalement adressées dans le formol tamponné (l'incubation dans le formol pendant 24h à température ambiante diminue significativement le risque infectieux du COVID-19) ⁽¹¹⁾.

2.2.2 Chimiothérapie

- Privilégier la chimiothérapie à visée curative et éviter autant que possible les protocoles hebdomadaires ⁽³⁾
- Privilégier, si cela est possible, les alternatives à l'hospitalisation : favoriser les traitements oraux ou IV à domicile ⁽³⁾. Concernant les traitements en HAD ⁽¹²⁾ :
 - Il n'est pas souhaitable que des équipes, sans expertise acquise avant la crise actuelle, mettent en place une organisation de chimiothérapie à domicile pendant cette phase épidémique. De même, il n'est pas souhaitable que des équipes d'HAD aussi habituées soient-elles à l'administration de chimiothérapies IV, initient de nouveaux protocoles, qui n'auraient pas été maîtrisés auparavant.
 - Il est en revanche possible, pour une équipe HAD expérimentée à pratiquer la chimiothérapie IV à domicile, d'élargir ses prises en charge dès le J1 de la cure afin d'alléger les hôpitaux de jour. La validation clinique de ce J1 est à organiser en accord avec l'oncologue référent.
- Faire une prophylaxie systématique de la neutropénie fébrile par utilisation de G-CSF si risque > 20% et à discuter entre 10 et 20%, voire < 10%, en dehors de ces contre-indications ⁽³⁾
- L'augmentation prévisible de l'utilisation des chimiothérapies orales, hormonothérapies, thérapies ciblées orales et des facteurs de croissance devra être anticipée

- Concernant l'utilisation des inhibiteurs de checkpoints et selon les recommandations du FITC résumées ici ⁽¹³⁾ :
 - Chez les patients avec signes cliniques évocateurs de Covid 19, un test RT-PCR pourra être proposé afin de mettre en place une attitude thérapeutique adaptée.
 - Chez les patients asymptomatiques avec un test RT-PCR négatif, les patients doivent pouvoir continuer leur traitement d'immunothérapie conformément au protocole thérapeutique et selon l'AMM.
 - Au cas par cas pourra être discuté du maintien, report ou espacement des injections. Un arrêt peut être envisagé si réponse complète ou partielle après un an de traitement. Une augmentation des posologies avec un allongement des intervalles des injections pourra être proposée aux patients en maladie stable ou à moins d'un an de traitement afin de limiter leur déplacement.
 - Les combinaisons anti-PD-1 et anti-CTL4 ne doivent pas être modifiées dans leur posologie pour les 4 cycles d'induction.
 - Pour les patients symptomatiques avec un test RT-PCR négatif, une TDM thoracique sans produit de contraste est recommandée, avec un nouveau test de dépistage. Si suspicion Covid 19+, il est recommandé de suspendre les traitements jusqu'à résolution complète.
 - Pour les patients symptomatiques avec un test RT-PCR positif, même recommandation afin d'évaluer l'extension des lésions pulmonaires. Il est recommandé dans ce contexte de suspendre l'immunothérapie jusqu'à négativation de 2 tests successifs et résolution complètes des symptômes associés.

Uniquement en cas de situation anticipée de saturation de l'offre de soins et plus particulièrement des capacités d'accueil en réanimation, et selon la publication du Lancet Oncology, la priorisation pourrait suivre l'ordre décroissant suivant ⁽³⁾ :

- 1) Stratégie thérapeutique curative, en privilégiant les patients ≤ 60 ans et/ou dont l'espérance de vie est supérieure ou égale à 5 ans
- 2) Stratégie thérapeutique palliative, patients d'âge jeune (< 60 ans) et/ou dont l'espérance de vie est supérieure ou égale à 5 ans, en début de prise en charge (1ère ligne thérapeutique)
- 3) Stratégie thérapeutique palliative des autres patients, en réévaluant au cas par cas la balance bénéfiques/risques, et en priorisant ceux dont l'extension du cancer ou les symptômes peuvent compromettre le pronostic vital en cas d'arrêt transitoire du traitement.

2.2.3 Radiothérapie ⁽⁷⁾

En l'absence de mode dégradé par carence de personnel, l'objectif est de conserver le maximum d'indications standards afin de ne pas faire perdre de chance de guérison aux patients et d'éviter un étouffement des services au moment de la levée du confinement.

- Les patients dont les traitements peuvent être reportés sans risque le seront (par exemple, patient atteint de cancer de la prostate sous hormonothérapie)
- Pour les patients à risque selon les critères du HCSP relevant d'une radiothérapie curative ou palliative avec survie prolongée, des ajustements éventuels (report, modification de dose et/ou de fractionnement) pourront être décidés par le médecin référent validés lorsque cela est possible en réunion de concertation de radiothérapie afin de juger au mieux de la balance bénéfiques/risques
- Adapter éventuellement les radiothérapies à visée antalgique (ex : hypo-fractionnement)⁽³⁾
- Organiser un circuit séparé pour les patients Covid-19+ ou suspects, selon les recommandations des patients "BMR", à savoir :
 - Regroupement en fin de journée
 - Limiter le temps passé dans le service (séance, consultation en cours de traitement...)
 - Protection maximale pour les personnels
 - Nettoyage complet de la salle, de la table et des accessoires après chaque séance ou après la consultation selon les modalités décrites plus haut
 - Un seul manipulateur en salle pour la mise en place, le second restant au pupitre.

En mode dégradé (manque de personnel), à titre exceptionnel et transitoire :

- Garder comme objectif la poursuite des traitements et la prise en charge sans délai des patients
- Prioriser les patients traités pour une tumeur en place non opérée ou non opérable par rapport à certaines radiothérapies adjuvantes (par exemple, cancer de la prostate). Chaque cas doit être évalué par le médecin référent du patient et les priorisations doivent être discutées et décidées au sein de chaque service
- Grouper les irradiations complexes sur une plage horaire dédiée, avec la présence de 2 MERM
- Assurer la présence d'un oncologue radiothérapeute et d'un physicien durant toute l'ouverture du plateau technique

- Organiser si besoin une présence par roulement des équipes, selon les possibilités
- Veiller à garantir la sécurité du patient, la qualité des soins et la conformité des traitements prescrits.

2.3 Soins Oncologiques de Support (SOS)

Il n'y a pas de recommandations nationales concernant les SOS en dehors de :

- Limiter les hospitalisations dans les services de cancérologie des patients relevant de soins de support (douleurs, soins palliatifs...) pouvant être pris en charge dans d'autres structures de soins ⁽³⁾
- Privilégier l'organisation de la prise en charge à domicile ou en HAD
- Essayer d'assurer les quatre SOS socles, à savoir la prise en charge de la douleur, psychologique, diététique et sociale, préférentiellement en téléconsultation
- Sur la préservation de la fertilité, l'Agence de Biomédecine indique que le ratio bénéfice/risque recommande de ne pas faire de conservation d'ovocytes et de tissus germinaux (sauf cas très particulier), de même que peut faire renoncer à la conservation des spermatozoïdes ⁽¹⁴⁾. En fonction de l'évolution de l'épidémie et des possibilités d'accueil, les centres de préservation des 3 CHU de Nouvelle-Aquitaine peuvent proposer une prise en charge au cas par cas.
- La SFAP a fait des recommandations concernant les soins palliatifs ⁽¹⁵⁾.

2.4 Accès aux essais cliniques ⁽¹⁶⁾

Dans tous les cas, le promoteur doit évaluer, en lien avec l'investigateur, les risques de changements envisagés pour l'essai, qui doivent être documentés. Les modifications ne seront que transitoires pendant la phase de crise :

- Veiller au respect des bonnes pratiques cliniques
- Un bénéfice net et une situation rare et sans alternative thérapeutique doivent être privilégiés ⁽⁴⁾
- Les visites de suivi par téléconsultation sont recommandées
- Un patient peut changer de lieu de recherche afin de limiter ses déplacements si le promoteur l'autorise
- La non réalisation d'une visite protocolaire ne sera pas considérée comme une sortie d'étude ni déviation majeure si documentée

- La délivrance des traitements expérimentaux oraux pour une durée supérieure à celle prévue par le protocole est autorisée, ainsi que leur délivrance à domicile, sous réserve de l'autorisation du promoteur
- La poursuite ou la suspension des traitements expérimentaux chez un patient Covid-19+ doit être évaluée par l'investigateur en lien avec le promoteur. La déclaration d'infection doit être faite à l'ANSM et CPP

Durant cette période d'épidémie COVID-19, d'autres structures régionales d'appui, d'évaluation et d'expertise telles que l'OMEDIT Nouvelle-Aquitaine www.omedit-nag.fr ou structures de coordination telles que CAPalliatif www.capalliatif.org, se tiennent à la disposition des professionnels de santé si nécessaire.

En complément des présentes propositions, le réseau régional de cancérologie met à la disposition des établissements de Nouvelle-Aquitaine un questionnaire de dépistage des signes du Covid-19, pour tout patient atteint de cancer devant être accueilli dans un service d'oncologie médicale, radiothérapie ou hématologie (<https://onco-nouvelle-aquitaine.fr/wp-content/ACTUALITES/2020/covid-19/questionnaire-patient-24-ou-48h.pdf>), ainsi qu'une plaquette d'information/recommandations destinée aux patients (à venir).

Références

- (1) Recommandations du Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) émises le 14/03/2020 relatives à la prévention et à la prise en charge du COVID-19 chez les patients à risque de formes sévères
<https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=775>
- (2) Chapitre 21 du Thésaurus National de Cancérologie Digestive (TNCD) : prise en charge des cancers digestifs en fonction de la situation épidémique COVID-19. Mis à jour le 23/03/2020
<https://www.snfge.org/content/21-prise-en-charge-des-cancers-digestifs-en-fonction-de-la-situation-epidémique-covid-19>
- (3) Infection à COVID-19 et cancers solides : synthèse des recommandations à l'attention des professionnels de santé. Annexe aux recommandations du HCSP émises le 14/03/2020
<https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=775>
- (4) You B, Ravaud A, Canivet A, et al. The official French guidelines to protect patients with cancer against SARS-CoV-2 infection. Lancet Oncol 2020 Published Online March 25, 2020
[https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(20\)30204-7](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(20)30204-7)
- (5) Propositions de prise en charge des patients dans le contexte de la pandémie COVID-19. Emises le 18/03/2020 par un groupe d'experts Groupe d'Oncologie SPLF et IFCT
<http://splf.fr/wp-content/uploads/2020/03/COVID-FINALE-GOLF2020-03-19.pdf>
- (6) Options thérapeutiques en cancérologie génito-urinaire en période épidémique de COVID19. Emises le 20/03/2020 par des membres du Bureau du Groupe d'Etude des Tumeurs Uro-Génitales (GETUG)
<https://onco-nouvelle-aquitaine.fr/wp-content/ACTUALITES/2020/covid-19/options-therapeutiques-cancero-GU-COVID-19-20-3-2020.pdf>
- (7) Impact de COVID-19 sur l'organisation des soins cancérologiques à l'AP-HP Sorbonne Université. Diffusé le 25/03/2020
<https://www.oncorif.fr/wp-content/uploads/2020/03/COVID-19-APHP.pdf>
- (8) Epidémie de COVID-19 : recommandations à l'usage des professionnels de l'Oncologie Radiothérapie. Emises le 16/03/2020 par la Société Française de Radiothérapie Oncologique (SFRO), le Syndicat National des Radiothérapeutes Oncologues (SNRO) et la Société Française de Physique Médicale (SFPM)
<https://www.sfjro.fr/index.php/2-non-categorise/648-recommandations-covid-19>
- (9) Conseils sur l'organisation des réunions de concertation pluridisciplinaire dans le contexte de l'épidémie au Covid-19. Roduits le 18/03/2020 par l'Institut National du Cancer (INCa) et l'Association de Coordonnateurs de Réseaux de Cancérologie (ACORESCA)
<https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Coronavirus-COVID-19/Conseils-sur-l-organisation-des-reunions-de-concertation-pluridisciplinaire-RCP-en-cancerologie-dans-le-contexte-de-l-epidemie-au-Covid-19>

- (10) Recommandations de la Société Française de Microbiologie (SFM) émises le 02/03/2020 à destination des laboratoires des Etablissements de Santé et des Hôpitaux Militaires ainsi que des Laboratoires de Biologie Médicale
https://www.sfm-microbiologie.org/wp-content/uploads/2020/03/Fiche-COVID19_V3_SFM.pdf
- (11) Conseils de la Société Française de Pathologie (SFP) concernant SARS-CoV2 (COVID-19). Point du 18/03/2020
<http://www.sfpathol.org/media/pdf/sfp-conseils-covid-19-18032020.pdf>
- (12) Iwen PC, Stiles KL, Pentalla MA. Safety considerations in the laboratory testing of specimens suspected or known to contain the Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2). Am J Clin Pathol. 2020 ; XX : 1-4
- (13) Communiqué d'information de la FNEHAD et UNICANCER publié le 23/03/2020 rappelant les principes des prises en charge par les HAD des patients justifiant une chimiothérapie IV durant la crise épidémique du Covid19
<https://onco-nouvelle-aquitaine.fr/wp-content/ACTUALITES/2020/covid-19/prise-en-charge-HAD.pdf>
- (14) Recommandations de la société française d'immunothérapie des cancers (FITC) et Groupe d'Immuno-Oncologie d'Umicancer (GIO) émises le 24/03/2020 concernant le traitement par immunothérapie de patients atteints de cancer dans le contexte d'épidémie de coronavirus SARS-CoV-2.
<https://onco-nouvelle-aquitaine.fr/wp-content/ACTUALITES/2020/covid-19/reco-fitc-gio-immuno-coronavirus-et-cancer.pdf>
- (15) Recommandations de l'Agence de Biomédecine (ABM) mises à jour le 25/03/2020 concernant les activités d'assistance médicale à la procréation durant l'épidémie de SARS-CoV-2
<https://www.agence-biomedecine.fr/Recommandations-mises-a-jour-concernant-les-activites-d-assistance-medecine-a>
- (16) <http://www.sfap.org/actualite/outils-et-ressources-soins-palliatifs-et-covid-19>
- (17) [https://www.anism.sante.fr/Activites/Essais-cliniques/COVID-19-Essais-cliniques-en-cours/\(offset\)/0](https://www.anism.sante.fr/Activites/Essais-cliniques/COVID-19-Essais-cliniques-en-cours/(offset)/0)



www.onco-nouvelle-aquitaine.fr