



Radiothérapie de la sphère ORL en période de pandémie COVID-19,

Proposition d'adaptations pratiques validées par le bureau du GORTEC au 28/3/2020

J Thariat, A Coutte, Y Pointreau, J Bourhis

Préambule

Compte-tenu du caractère inédit de la situation, et de l'absence de littérature spécifique, ces propositions sont essentiellement constituées d'avis d'expert. Ces propositions sont donc non-opposables, peuvent être discutées et adaptées localement, en fonction notamment de l'évolution de la situation sanitaire. Elles doivent faire l'objet d'une décision collégiale et d'une décision partagée avec le patient.

Introduction

Dans le contexte sanitaire actuel lié au COVID-19, on peut recommander de mettre en place un poste avancé permettant le cas échéant de « filtrer » les patients à l'entrée du service de radiothérapie (poser les questions, fièvre / toux aux patients et adapter la suite de leur prise en charge). Aucun accompagnant ne devrait être autorisé.

La prise en charge des patients atteints de cancers ORL ou des voies aérodigestives supérieures (VADS) est typiquement ambulatoire sans hospitalisation en dehors de cas particuliers ou d'un traitement systémique concomitant.

Dans le contexte COVID-19, cette prise en charge devra tenir compte des éléments suivants : l'examen ORL comporte des risques à bien considérer et pour la radiothérapie favoriser au maximum une réduction des allées /venues des patients avec si possible une réduction du nombre de fractions et limiter les consultations de surveillance et les déplacements de patients uniquement pour les soins indispensables.

L'examen d'un patient avec un cancer de la sphère ORL comporte un risque très élevé de souillure des matériaux / supports / contentions et de contamination du médecin lui-même par les gouttelettes émises par le patient.

Il y a nécessité, lors de cet examen, du port d'un masque protecteur ffp2, de gants, lunettes et d'une tunique adaptée. Les protections étant fonction de leurs disponibilités. Si le médecin oncologue radiothérapeute n'est pas équipé pour réaliser cet examen, sauf urgence, il faut s'en abstenir et référer le patient à un collègue ORL qui serait équipé (masque ffp2 etc ...).

Les propositions ci-dessous permettent, si besoin, d'adapter ou d'orienter la prise en charge des patients atteints de cancers ORL et des VADS jusqu'à la fin de la période de confinement national. Elles sont indicatives et évolutives, à adapter aux conditions sanitaires des établissements au temps T.

I) Patients

A) Nouveaux patients / primo-traitements au stade locorégional

En prise en charge à intention curative, ces pathologies relèvent d'une prise charge semi urgente.

- Préparation de la radiothérapie

Pour limiter le flux de patients et l'exposition au risque, les adaptations suivantes sont proposées :

1. Consultation de radiothérapie, si possible suivie du scanner de radiothérapie.
2. Consultation d'annonce : à intégrer dans la consultation de radiothérapie, complément éventuel par téléconsultation.
3. Soins dentaires : soins urgents uniquement, et uniquement pour des dents incluses dans les niveaux de doses élevés, report de la confection des gouttières de fluoruration.
4. Nutrition entérale : limiter si possible les indications de gastrostomie radiologique ou endoscopique si une pose de sonde nasogastrique reste possible.
5. Prescription diététique : de préférence en téléconsultation sur éléments du dossier médical ou au moment du scanner dosimétrique.
6. Imagerie de planification de radiothérapie : scanner de planification selon les recommandations habituelles.
7. Bilan d'extension : si un scanner ORL est fait au diagnostic, il est suggéré de limiter le bilan d'extension à un scanner thoracique associé.

- Patients < 70 ans, non opérés / tumeur en place

Le délai théorique de mise en traitement ≤ 4 semaines depuis le diagnostic doit autant que possible être respecté et la RCMi est la référence. Cependant, il est préférable de suspendre les transferts inter-établissements pour recours technique (RCMi ou radiothérapie stéréotaxique, cf paragraphe ci-dessous situations particulières) jusqu'à la levée du confinement. La chimiothérapie concomitante pour les formes localement avancées doit être proposée selon les indications habituelles.

L'imagerie de repositionnement en salle de traitement est inchangée, et l'imagerie de re-planification doit être limitée aux modifications anatomiques vraiment significatives (perte de poids considérée significative, flottement dans le masque, modification tumorale clinique).

- Optimisations du fractionnement : réduction du nombre de fractions

Délivrer la radiothérapie en boost intégré (SIB) 69,96 Gy / 54,45 Gy en 2,12 Gy / fraction sur le volume à 69,96 Gy (utilisé en soins courants dans de nombreux centres et dans les essais multicentriques du GORTEC [Schéma de l'essai REACH adapté de Lee et al. Int J Radiat Oncol Biol Phys 2003) ou avec un autre schéma en en SIB (Stades T2N0 – T3N0 – T2N1) : 69 Gy (30 fractions de 2,3 Gy) dans les volumes thérapeutiques

et une dose prophylactique cervicale de 55,5 Gy (30 fractions de 1,85 Gy) [Leclerc et al. Radioth Oncol 2013].

Larynx de stade précoce T1N0 : considérer des schémas hypofractionnés publiés tels que 50 à 52,5 Gy en 16 fractions de 3,12 à 3,28 Gy [Gowda et al. Radiother Oncol 2003] pour les T1

- **Patients < 70 ans, en adjuvant après chirurgie**

Un délai de 6 à 8 semaines entre chirurgie et RT doit autant que possible être respecté.

Les schémas de référence sont maintenus : en cas de R1 et/ou rupture extra-capsulaire : 66 Gy/54 Gy en fractionnement classique, sinon 60 Gy ou 50 Gy selon les facteurs histo-pronostiques. La chimiothérapie concomitante doit être proposée pour les formes à haut risque selon les indications habituelles ([Bernier et al. Head Neck 2005 ; Cooper et al. Int J Radiat Oncol Biol Phys 2012]).

- **Populations fragiles ou particulières**

- RT pour les patients ≥ 70 ans ou patients plus jeunes « unfit » (\geq PS 2 et/ou avec des comorbidités significatives (les plus à risque vis-à-vis du COVID-19) : favoriser des schémas hypofractionnés.

- a. Tumeur en place 30 Gy en 10 séances + 10-12 jours de repos + 25 Gy en 10 séances ou 24 Gy en 8 séances.
- b. Adjuvant 17 x 3 Gy sur la zone à haut risque et SIB 17 x 2.5 Gy sur la zone élective à plus faible risque ou tout autre programme hypofractionné selon les habitudes institutionnelles.

- Tumeurs HPV+ : la désescalade est non validée, les schémas ci-dessus sont appliqués.

- **Situations particulières pour un patient atteint de COVID-19**

- Si un patient s'avère positif pour le Covid-19, la possibilité de terminer la radiothérapie sera évaluée selon la situation clinique du patient. Il faut intégrer que les schémas en split course non programmés sont délétères

A) Premier cas de figure : si la radiothérapie se situe au tout début du traitement (1 à 2 semaines, 10 Gy au total), on favorisera son interruption pour la reprendre à doses pleines ultérieurement.

B) Second cas de figure : la radiothérapie est débutée depuis plus de 2 semaines :

- Soit le patient est (très) symptomatique en raison du COVID-19 : hospitalisation et interruption de la radiothérapie (reprise ultérieure selon l'état clinique).

- Soit le patient est pauci-symptomatique en lien avec le COVID-19 : évaluer au cas par cas :

- a) soit interruption temporaire 10-12 jours et reprise en calculant un équivalent de dose pour la radiothérapie qui tienne compte de l'interruption. En général, 2 Gy complémentaires peuvent être ajoutés pour une semaine d'interruption.

- b) soit poursuite de la radiothérapie et positionner les séances de ce patient à la fin du programme quotidien avec précautions pour le personnel (masque pour le patient et les soignants, désinfection des mains du patient et des soignants ...) et désinfection de surface après le passage du patient.

B) Soins de support

Il faut privilégier les traitements médicamenteux et faciliter les téléconsultations.

Le laser de basse énergie et autres préventifs invasifs ou endo-buccaux sont proscrits. Les soins par laser de basse énergie curatif sont à éviter en optimisant les traitements médicamenteux.

C) Ré-irradiation

Ré-irradiation à visée curative :

- a. Compte tenu des essais de ré-irradiation hypofractionnée en SBRT, et de séries récentes de ré-irradiation sur de larges volumes tumeur en place, une ré-irradiation à 35 Gy en 5 fractions ou 36 Gy en 6 fractions peuvent être proposés en alternative à une irradiation > 60 Gy en 30 fractions en RCMI. Le traitement concomitant peut le cas échéant être omis.
- b. En adjuvant, la place de la radiothérapie est très limitée. Le traitement de référence est une irradiation en fractionnement classique en 60 Gy en 30 fractions en cas de résection R1 ou de rupture extra-capsulaire ET sur un petit volume. Le traitement concomitant peut le cas échéant être omis. Une alternative par SBRT peut être discutée au cas par cas.

Toute ré-irradiation à visée palliative est à éviter.

D) Stade métastatique

1. Symptomatique urgent :
 - a. Compression médullaire ou métastases cérébrales symptomatiques ne relevant pas d'une radiothérapie stéréotaxique : 20 Gy en 4 ou 5 fractions.
 - b. Métastase très algique réfractaire aux antalgiques de palier 3 : 8 à 9 Gy en 1 seule fraction et le cas échéant ré-évaluer 10 jours après.
2. Symptomatique : privilégier les traitements antalgiques médicamenteux.
3. Oligo-métastatique faisant discuter une SBRT : à évaluer au cas par cas en utilisant le schéma le moins contraignant et le plus court.

E) Suivi des patients en cours de radiothérapie ou déjà traités

1. Suivi pendant la radiothérapie : limiter au maximum l'examen face à face (VADS/fosses nasales) / rester à 1m sauf si le patient décrit une toxicité sévère (cf. précautions et remarque initiale ci-dessus).
2. Patient déjà traité en cours de suivi :
Favoriser le suivi à distance :
 - a. 3 mois après RT : téléconsultation et selon situation initiale et réponse / suivi en cours de RT : consultation ou report de 2 mois...
 - b. 3 à 12 mois suivant la RT : téléconsultation et selon situation initiale et réponse / suivi en cours de RT : consultation ou report de 2 mois...
 - c. Après 12 mois : téléconsultation et si RAS, report de 2-3 mois.

F) Essais cliniques

- 1 Inclusions :

Si les essais concernés restent ouverts aux inclusions durant cette période, la décision revient à l'investigateur / au centre d'inclure ou non des nouveaux patients, selon les contraintes liées aux patients, à la restriction de personnel et/ou à l'institution.

- 2 Patient en cours de traitement dans un essai :

Il est souhaitable de ne pas « sortir » ces patients des essais et d'assurer une continuité thérapeutique adaptée aux moyens disponibles. En cas de déviation(s) en lien avec le Covid-19, le relevé des déviations tiendra compte du contexte COVID et comme demandé par l'ANSM, les déviations en rapport avec le COVID-19 seront consignées.

- 3 Patients en suivi post-thérapeutique :

Les alternatives choisies par le centre (téléconsultation, etc...), seront prises en compte et le non-respect des fenêtres protocolaires sera pris en compte en fonction du contexte sanitaire COVID.

II) Personnels soignants médicaux et paramédicaux

(dont manipulateurs en électroradiologie médicale, ou “manips de radiothérapie” (MERM))

Les soignants amenés à prendre en charge des patients ORL ont été particulièrement atteints comparativement à d'autres pathologies cancéreuses (cf. le [guide pratique de la SFORL](#)).

Pour les patients COVID-19+, voir le guide pratique de la SFORL, masque ffp2 pour toute consultation clinique face à face < 1 m et autres précautions (masques chirurgicaux, gants, désinfection des mains et des surfaces ...).



GORTEC