

Recommandations pour la priorisation des patients en contexte de pandémie COVID-19 – Volet Oncologie thoracique (cancer du poumon et autres tumeurs rares orphelines)

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 bénéfique 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 cancerologie 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 cancerologie 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.

Recommandations spécifiques à l'oncologie thoracique

Niveaux 1-2 – Mesures à considérer ou à mettre en place pour toute la durée de la pandémie

Considérations générales :

- Maintenir un accès prioritaire aux plateformes diagnostiques et de stadification (incluant les chirurgies d'un jour telles la médiastinoscopie ou la thoracoscopie).
- Discuter du niveau de soins et des alternatives thérapeutiques avec le patient et s'assurer de la documentation au dossier médical selon les procédures applicables dans les établissements.
- Faire les marqueurs pertinents (ALK, EGFR, ROS, PDL-1) pour tous les cancers du poumon non à petites cellules, peu importe le stade, considérant la situation rapidement évolutive de la pandémie et son impact sur les ressources de traitements disponibles.
- Maintenir, voire augmenter les discussions au Comité du diagnostic et du traitement du cancer (CDTC).
- Diminuer les examens de suivi et ne pas réaliser de dépistage.

Traitements à prioriser :

- Chirurgie pour cancer du poumon non à petites cellules pour les stades I à III.
- Chirurgie pour carcinoïde avec des symptômes ou avec maladie N1-2.
- Chirurgie pour tumeur médiastinale maligne et/ou symptomatique et/ou à risque de progression.
- Chirurgie pour tumeur maligne de la cage thoracique.
- Radiothérapie stéréotaxique (SBRT) pour cancer du poumon non à petites cellules de stade précoce à visée curative.
- Chimio-radiothérapie pour stade III et cancer à petites cellules limité.
- Traitements systémiques pour patients de stades IV avec bon statut de performance (ECOG 0 ou 1).
- Traitements adjuvants pour les stades IIB-IIIB ou néoadjuvants pour stade III chez les excellents candidats à la chirurgie.

Le délai visé devrait être de moins de 28 jours.

Traitements pouvant être reportés :

- Chirurgie pour oligométastase.
- Chirurgie pour tumeur carcinoïde cT1N0.
- Chirurgie pour thymome de stades I-II.
- Chirurgie de pleurectomie/décortication pour maladies pleurales malignes.
- Traitements adjuvants pour les cancers de stades IB et IIA à reporter ou annuler selon le risque du patient dans le contexte de la pandémie COVID-19.
- Chirurgie pour opacité en verre dépoli (GGO) pure ou avec composante solide < 1 cm.
- Chirurgie pour lésions déjà suivies qui évoluent lentement (temps de doublement > 200 jours).

Une imagerie de contrôle devrait être réalisée dans 2 à 4 mois et ceux-ci devraient être repriorisés au besoin selon l'évolution.

Alternatives thérapeutiques à considérer (en tenant compte de la disponibilité des ressources) :

- Radiothérapie stéréotaxique pour cancer du poumon non à petites cellules de stade I : techniques maximisant l'hypofractionnement en radiothérapie.
- Traitements systémiques avec intervalles prolongés.

Niveau 3 – Mesures à mettre en place en présence d'une propagation importante de la COVID-19 dans l'hôpital et/ou d'une pénurie importante de ressources

Considérations générales :

- Chaque cas devrait être discuté au CDTC afin de déterminer la meilleure approche thérapeutique en tenant compte des risques et des bénéfices pour le patient et de l'utilisation optimale des ressources en pénurie.
- Maintenir un accès prioritaire aux plateformes diagnostiques et de stadification (incluant la chirurgie d'un jour telle que la médiastinoscopie ou la thoracoscopie).
- Une confirmation histologique devrait être obtenue avant de débiter un traitement chirurgical ou de radiothérapie.
- Discuter du niveau de soins et des alternatives thérapeutiques avec le patient et s'assurer de la documentation au dossier médical selon les procédures applicables dans les établissements.
- Prioriser les plans de traitement à visée curative.

- Introduire précocement les soins palliatifs pour les stades avancés si les ressources sont disponibles en favorisant les soins palliatifs à domicile et en supportant les aidants naturels.
- Si l'accès à la chirurgie est compromis ou que les délais appréhendés sont trop importants, permettre l'accès à des alternatives thérapeutiques non standard pour les cancers de stade II et III (ex. : immunothérapie ou thérapies ciblées), sur recommandation du CDTC et en tenant compte de la disponibilité des ressources de même que des risques et des bénéfices des traitements.
- Maximiser la mutualisation des ressources disponibles régionalement et le travail en réseau (ressources humaines, ressources matérielles, plateaux techniques).

Traitements à prioriser :

- Chirurgie thoracique pour cancer du poumon non à petites cellules de stades IA3 à III, seulement si prouvé par biopsie ou post-traitement néoadjuvant (déjà débuté).
- Chirurgie pour pathologie maligne avec phénomène de pneumonie obstructive ou hémoptysie non-contrôlée par radiologie interventionnelle avec bon pronostic par ailleurs.
- Chirurgie pour tumeur médiastinale symptomatique.
- Chirurgie pour tumeur maligne de la cage thoracique.
- Radiothérapie stéréotaxique (SBRT) si cette alternative est choisie et acceptée par un patient avec cancer de stade IA3 à IIA et candidat à la chirurgie.
- Radiothérapie standard à visée curative chez un patient symptomatique.
- Chimio-radiothérapie pour cancer de stade III et cancer à petites cellules limité.
- Traitements adjuvants pour stades IIB-IIIB chez un patient sans comorbidité après discussion partagée sur le risque de contracter la COVID-19.
- Traitements systémiques pour patients de stades IV avec bon un statut de performance ECOG 0 ou 1.

Le délai visé devrait être de moins de 28 jours mais pourrait être doublé en contexte de niveau 3-4.

Traitements qui devraient être reportés :

Ces traitements s'ajoutent à ceux déjà mentionnés pour les niveaux 1 et 2.

- Chirurgie pour les cancers de stades IA1 et IA2 ;
- Interventions chirurgicales pour maladies pleurales malignes ;
- Traitements néoadjuvants ;

- Traitements adjuvants chez un patient IB-IIA et IIB-IIIB avec autre facteur de risque COVID-19 (exemple : âge, comorbidités) ;
- Chimiothérapie d'entretien en cours à rediscuter ;
- Chimiothérapie pour maladie à évolution plus lente (ex. : documentée par une imagerie antérieure, mésothéliome épithélioïde) ;
- Traitements systémiques chez un patient avec statut de performance altéré ECOG 2 et + ;
- Radiothérapie pour oligoprogression ;
- Traitement pour métastases cérébrales asymptomatiques ;
- Radiothérapie thoracique ou cérébrale prophylactique ;
- Radiothérapie thoracique adjuvante post chirurgie (sauf évaluation au cas par cas des résections R2 peu fréquentes).

Une imagerie de contrôle devrait être réalisée dans 2 à 4 mois et ceux-ci devraient être repriorisés au besoin selon l'évolution.

Alternatives thérapeutiques recommandées (en tenant compte de la disponibilité des ressources) :

- Radiothérapie stéréotaxique ou radiothérapie hypofractionnée définitive pour les cancers de stade I à IIA incluant des patients opérables.
- Traitements systémiques pour des lésions localisées de stade II afin de retarder une chirurgie ou si la radiothérapie n'est pas envisagée ou disponible.
- Traitements systémiques pour des lésions localisées de stade III si la radiothérapie n'est pas disponible.
- Techniques de radiothérapie maximisant l'hypofractionnement.
- Traitements systémiques oraux et régimes à intervalles prolongés.
- Traitements non chirurgicaux pour les maladies pleurales malignes.

Niveau 4 – Mesures à mettre en place si toutes les ressources de l'hôpital sont redirigées à la prise en charge de la COVID-19

Considérations générales :

- Le réseau devrait envisager une structure avec identification de zones ou d'installations protégées de la COVID-19 pour pallier cette éventualité et faciliter la reprise des activités.
- Maximiser l'utilisation régionale des ressources en tentant de garder un niveau d'activité minimal dans un point de service pour offrir les traitements prioritaires.

- Arrêt des examens d'imagerie de suivi chez un patient qui n'est pas sous traitement actif.

Traitements devant être réalisés dans les plus brefs délais :

- Chirurgie seulement si risque de mort rapide et espoir de guérison raisonnable (exemple : stade localisé avec hémoptysie non contrôlée).
- Traitement de radiothérapie hypofractionnée des cas urgents si aucun traitement médical alternatif n'est disponible ou si réfractaire : compression médullaire, hémoptysie, syndrome de la veine cave supérieure (VCS), métastase cérébrale symptomatique.

Tous les autres traitements nécessitant une hospitalisation ou visites ambulatoires multiples doivent être reportés.

Alternatives thérapeutiques recommandées selon la disponibilité des ressources :

- Traitement qui ne nécessite aucune hospitalisation et faible utilisation de ressources (exemple : thérapie orale ciblée ou non, dose unique de radiothérapie, immunothérapie espacée) chez les patients déjà investigués et diagnostiqués ou si les ressources diagnostiques encore disponibles dans la région.
- Augmenter l'offre de soins palliatifs à domicile.

Document élaboré par :

Membres du comité de gouverne du Réseau québécois de cancérologie pulmonaire :

Dr Normand Blais, hématologue et oncologue, Centre hospitalier de l'Université de Montréal

Dr Jonathan Spicer, chirurgien thoracique, Centre universitaire de santé McGill

Dre Myriam Bouchard, radio-oncologue, Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

Dr Simon Martel, pneumologue, Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec (IUCPQ)

Mme Hélène Lizotte, directrice adjointe à la direction générale, IUCPQ

Mme Mélanie Morneau, directrice de l'offre de soins et de services en cancérologie, Programme québécois de cancérologie (PQC)

Mme Mireille Chinas, conseillère, PQC

Approuvé par : les membres du sous-comité clinique COVID-19 en cancérologie et adopté par le PQC.