

Recommandations pour la priorisation des patients en contexte de pandémie de COVID-19 – Volet Cancers urologiques

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 urologiques

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 urologiques 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 oncologie et adopté par le Programme québécois de cancérologie.

Considérations générales pour tous les cancers urologiques

Les recommandations proposées dans ce document constituent des exemples de traitements devant être réalisés dans les plus brefs délais ainsi que d'alternatives thérapeutiques pouvant être considérées dans un contexte de pandémie; elles 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.

- Le traitement des patients dont le cancer est symptomatique devrait être priorisé par rapport à ceux dont la maladie est asymptomatique.
- Les interventions chirurgicales devraient être limitées à celles identifiées comme prioritaires dans ce document, en considérant les alternatives thérapeutiques dans la mesure du possible afin de pallier les restrictions d'accès au bloc opératoire et aux services d'anesthésiologie, de préserver le matériel médical et d'assurer la disponibilité des lits d'hospitalisation en contexte de pandémie.
- Les traitements locaux pour les maladies métastatiques devraient être évités. Dans ces situations cliniques, privilégier plutôt des alternatives thérapeutiques systémiques.
- En général, il est souhaitable de retarder ou d'éviter les thérapies avec risque d'immunosuppression augmenté, car le risque de morbidité et de mortalité lié à la COVID-19 pourrait excéder celui découlant des délais de traitement.
- Les patients dont le traitement a été retardé ou suspendu devraient faire l'objet d'une surveillance étroite afin de s'assurer que leur état de santé lié au cancer ne se détériore pas.

Cancer de la prostate

Principes généraux

- Les thérapies anti-androgéniques ne devraient pas être interrompues sans justification. Ces thérapies devraient être préférées à la chimiothérapie.
- Lorsqu'une chimiothérapie est nécessaire, considérer de réduire le nombre de cycles ou d'espacer les cycles de traitement. Considérer d'éviter ou de retarder les traitements nécessitant l'usage de corticostéroïdes et d'interrompre ceux en cours.
- La majorité des prostatectomies peuvent être retardées pour la plupart des indications ou remplacées par une radiothérapie (avec ou sans hormonothérapie, selon la situation clinique) afin de pallier les restrictions d'accès au bloc opératoire et aux services d'anesthésiologie, de préserver le matériel médical et d'assurer la disponibilité des lits d'hospitalisation en contexte de pandémie.
- Lorsqu'une radiothérapie est nécessaire, administrer le traitement selon un schéma hypofractionné ou ultra-hypofractionné si cette approche est sécuritaire pour le patient (avec ou sans hormonothérapie néoadjuvante, selon la situation clinique).
- Tous les traitements de radiothérapie adjuvante post-prostatectomie devraient être retardés. Alternativement, un traitement hormonal pourrait être considéré si la maladie est jugée à haut risque de métastases.
- Les traitements de curiethérapie peuvent être retardés afin de pallier les restrictions d'accès au bloc opératoire et aux services d'anesthésiologie, de préserver le matériel médical et d'assurer la disponibilité des lits d'hospitalisation en contexte de pandémie. Alternativement, la radiothérapie externe (avec ou sans hormonothérapie) pourrait être considérée selon la situation clinique.
- Il est justifié de retarder les traitements chez la plupart des patients âgés de > 70 ans, car le risque de morbidité et de mortalité lié à la COVID-19 pourrait excéder celui découlant des délais de traitement.

Suspicion de cancer

- Réaliser les biopsies sans délai en cas de suspicion de maladie métastatique ou jugée à haut risque de progression métastatique.
- Retarder la biopsie chez les patients avec un taux d'APS < 10 et un toucher rectal normal.

Maladie à faible risque ou de risque intermédiaire favorable

- Tous les traitements peuvent être reportés pour une durée de 3 à 6 mois avec suivi appropriés (niveaux 1 à 4).

- Alternatives thérapeutiques recommandées (en tenant compte de la disponibilité des ressources) :
 - Surveillance active : privilégier cette approche pour la prise en charge des patients ;
 - Radiothérapie : si une radiothérapie est nécessaire, administrer le traitement selon un schéma hypofractionné ou ultra-hypofractionné, si cette approche est sécuritaire pour le patient, sans hormonothérapie néoadjuvante préalable.

Maladie de risque intermédiaire défavorable ou à haut risque

- Prostatectomie radicale : réaliser l'intervention seulement si la maladie est à très haut risque.
- Tous les autres traitements devraient être reportés pour une période de 3 mois dans la mesure du possible.
- Alternatives thérapeutiques recommandées (en tenant compte de la disponibilité des ressources) :
 - Radiothérapie : lorsqu'une radiothérapie est nécessaire, administrer le traitement selon un schéma hypofractionné, si cette approche est sécuritaire pour le patient ;
 - Commencer une hormonothérapie néoadjuvante en attendant le traitement définitif.

Maladie récidivante post-prostatectomie

- Retarder la radiothérapie de rattrapage.
- Si la maladie récidivante est à haut risque, commencer une hormonothérapie en attendant de pouvoir administrer la radiothérapie.

Maladie métastatique

- Débuter le traitement systémique de première intention dès que possible. Préférer la privation androgénique et l'hormonothérapie de nouvelle génération (selon la situation clinique) à la chimiothérapie. Éviter ou limiter les traitements nécessitant l'usage de corticostéroïdes.
- Retarder les traitements systémiques de deuxième intention ou plus dans la mesure du possible.
- Retarder ou omettre les traitements de radiothérapie des formes oligométastatiques.

- Alternatives thérapeutiques à considérer (en tenant compte de la disponibilité des ressources) :
 - Lorsqu'une chimiothérapie est nécessaire, limiter le nombre de cycles et considérer de réduire les doses;
 - Préférer les traitements à base d'apalutamide ou d'enzalutamide;
 - Lorsqu'indiqué et nécessaire, un traitement palliatif de deuxième intention ou plus à base de radium devrait être préféré à la chimiothérapie chez les patients candidats à ces 2 options thérapeutiques.
- Il est souhaitable de rapprocher le suivi des patients ayant un cancer avancé pour éviter au maximum la nécessité de recours aux hospitalisations non programmées et les passages aux services des urgences.

Cancer du rein

Tumeur localisée ou localement avancée

- Néphrectomie radicale : réaliser l'intervention dans un délai maximum de 1 mois en présence d'un thrombus ou d'une tumeur de > 7 cm (cT2 ou plus) ou d'une maladie symptomatique quelle que soit sa taille (exemple : petite tumeur avec hémorragie active). Prioriser les patients présentant un thrombus, puis en fonction de la taille de la lésion et de la présence de symptômes.
- Report d'intervention : privilégier cette approche pour la prise en charge des tumeurs de ≤ 7 cm, avec une surveillance étroite afin de s'assurer de l'absence de progression à > 7 cm.
- Tous les autres traitements devraient être reportés.

Maladie métastatique

- Pour toutes les catégories de pronostic, privilégier les thérapies systémiques plutôt que les autres approches palliatives, en optant préférentiellement pour la thérapie la moins immunosuppressive possible (exemple : la combinaison axitinib et pembrolizumab).
- Néphrectomie cytoréductrice : omettre la néphrectomie cytoréductrice pour le traitement local d'une maladie métastatique. Privilégier plutôt un traitement systémique.
- Alternatives thérapeutiques recommandées (en tenant compte de la disponibilité des ressources) :
 - Chez les patients stables sous traitement systémique, considérer espacer les cycles de traitement d'immunothérapie ou de thérapie ciblée anti-VEGF dans

la mesure du possible, voire suspendre l'immunothérapie (exemple : si elle a déjà été administrée pendant une période prolongée [1 à 2 ans]) :

- Chez les patients plus âgés, considérer la thérapie ciblée anti-VEGF par voie orale seule (sans immunothérapie).

Cancer de la glande surrénale

Lésion surrénalienne ≥ 6 cm (suspicion de carcinome corticosurrénalien)

- Surrénalectomie : Réaliser l'intervention de manière urgente (dans un délai de 1 mois suivant la date de médicalement prêt). Un délai chirurgical pourrait affecter la résecabilité et la survie.
- Tous les autres traitements devraient être reportés.

Lésion surrénalienne < 6 cm (lésion moins suspecte de cancer)

- Surrénalectomie : un report de l'intervention est acceptable, avec un suivi adéquat, sauf exception (exemple : progression rapide du volume de la lésion).

Cancer de la vessie et des voies excrétrices supérieures

Principes généraux

- La prise en charge proposée s'applique tout autant aux cancers urothéliaux qu'aux autres histologies plus rares (variantes histologiques).
- La prise en charge d'une maladie métastatique est la même pour les cancers de la vessie (vésical) et des voies excrétrices supérieures.

Tumeur vésicale sans invasion musculaire (TVNIM)

- Cystoscopie : pour les TVNIM à haut risque ou à risque de récurrence post-BCG, effectuer la surveillance par cystoscopie à 3 mois, et poursuivre les cystoscopies subséquentes à la fréquence habituelle.
- Résection transurétrale de la tumeur de la vessie : réaliser l'intervention dans un délai maximum de 1 mois en cas de suspicion d'une tumeur invasive ou d'une récurrence à la cystoscopie ou à l'imagerie post-BCG.
- Cystectomie radicale : lorsque ce traitement est indiqué pour un TVNIM à haut risque ou récidivant/réfractaire au BCG, réaliser l'intervention dans un délai maximum de 3 mois.
- Tous les autres traitements devraient être reportés.

- Alternatives thérapeutiques recommandées (en tenant compte de la disponibilité des ressources) :
 - Cystoscopie : pour les TVNIM à faible risque ou de risque intermédiaire, effectuer la surveillance par cystoscopie à 3 mois, mais retarder les cystoscopies subséquentes;
 - Instillation intravésicale de BCG ou de chimiothérapie : pour les TVNIM à haut risque, poursuivre le traitement d'induction, mais omettre le traitement d'entretien jusqu'à nouvel ordre. Pour les TVNIM à faible risque ou de risque intermédiaire, omettre les traitements d'induction et d'entretien.

Tumeur vésicale invasive sur le plan musculaire (TVIM)

- Résection transurétrale de la tumeur de la vessie : réaliser l'intervention dans un délai maximum de 1 mois, si une tumeur invasive suspectée à la cystoscopie.
- Cystectomie radicale : privilégier ce traitement et réaliser l'intervention d'emblée (sans traitement néoadjuvant, sauf exception [voir alternatives thérapeutiques]) dans un délai maximum de 2 mois.
- Tous les autres traitements devraient être reportés.
- Alternatives thérapeutiques recommandées (en tenant compte de la disponibilité des ressources) :
 - Traitement systémique : omettre la chimiothérapie néoadjuvante, sauf si la tumeur n'est pas résécable de manière sécuritaire;
 - Thérapie trimodale : pour un patient qui y est candidat et selon le stade de la maladie, considérer ce traitement si l'accès au bloc opératoire est très limité ou que la cystectomie radicale est contre-indiquée. Privilégier la radiothérapie administrée selon un schéma hypofractionné, si cette approche est sécuritaire pour le patient, avec une chimiothérapie concomitante.

Tumeur des voies excrétrices supérieures superficielles

- Urétéroscopie diagnostique : réaliser l'intervention dans un délai maximum de 1 mois dans le cas d'une maladie symptomatique, de haut grade ou en présence d'une obstruction.
- Néphro-urétérectomie totale : réaliser l'intervention d'emblée (sans traitement néoadjuvant) dans un délai maximum de 2 mois dans le cas d'une maladie de haut grade, en priorisant les patients atteints d'une maladie symptomatique.
- Tous les autres traitements devraient être reportés.

Tumeur des voies excrétrices supérieures infiltrant le parenchyme rénal

- Néphro-urétérectomie totale : réaliser l'intervention d'emblée (sans traitement néoadjuvant), dans un délai maximum de 1 mois en priorisant les patients atteints d'une maladie symptomatique.
- Tous les autres traitements devraient être reportés.
- Omettre la chimiothérapie néoadjuvante, dans la mesure du possible. L'équilibre entre les risques et les bénéfices de la chimiothérapie néoadjuvante doit être évalué au cas par cas; privilégier la néphro-urétérectomie totale d'emblée dans ce contexte.

Maladie métastatique (cancer vésical ou des voies excrétrices supérieures)

- Poursuivre la chimiothérapie palliative de première intention ou la débiter dès que possible. Ne pas interrompre le traitement de première intention sans justification.
- Tous les autres traitements devraient être reportés.
- Omettre les traitements palliatifs de deuxième intention ou plus, sauf en deuxième intention lorsque le risque de morbidité et de mortalité lié au cancer excède celui lié à la COVID-19.
- Dans le cas d'une maladie réfractaire aux sels de platine, ne pas commencer de la chimiothérapie sans justification et considérer interrompre ou retarder le traitement chez les patients qui ne répondent pas à la thérapie.

Cancer du testicule

Principes généraux

- La prise en charge proposée s'applique aux tumeurs germinales séminomateuse et non séminomateuses.

Suspicion de cancer et tumeur de stade III ou moins

- Orchidectomie diagnostique ou thérapeutique : réaliser l'intervention dans un délai de 1 semaine (urgence). Un éventuel retard de traitement ne peut être justifié.
- Alternatives thérapeutiques recommandées (en tenant compte de la disponibilité des ressources) :
 - Surveillance active : privilégier un suivi étroit après l'orchidectomie, sans traitement systémique, dans le cas d'une tumeur de stade I ;
 - Lorsqu'un traitement est considéré dans le cas d'une tumeur séminomateuse de stade IIa, privilégier la radiothérapie plutôt qu'un traitement systémique chez les patients candidats aux 2 options ;

- Dans le cas d'une tumeur non séminomateuse de stade IIa, considérer la résection des ganglions rétropéritonéaux plutôt que la chimiothérapie, si l'accès au bloc opératoire est possible ;
- Privilégier la chimiothérapie pour les tumeurs de stade IIb ou plus ;
- Tenter de reporter la chirurgie pour les masses résiduelles, avec un suivi radiologique rapproché. Intervenir en cas de progression.

Maladie métastatique

- Débuter les traitements à visée curative de première et deuxième intention dès que possible, en évitant de dévier des protocoles habituels. Ne pas suspendre le traitement sans justification. Éviter les traitements à base de bléomycine dans la mesure du possible.
- Alternatives thérapeutiques recommandées (en tenant compte de la disponibilité des ressources) :
 - Traitement local : la radiochirurgie pourrait être indiquée dans certaines situations cliniques (exemple : métastases cérébrales).

Cancer du pénis et de l'urètre

Principes généraux

- Tous les traitements de curiethérapie doivent être retardés. Compléter les traitements en cours, mais ne pas en commencer de nouveaux. Cette option de traitement doit être évitée en raison des restrictions d'accès au bloc opératoire et afin de préserver le matériel médical.
- Si un traitement est nécessaire, la curiethérapie peut être remplacée par la radiothérapie externe ou par une hormonothérapie en attendant de pouvoir administrer la curiethérapie ou la radiothérapie.

Tumeur *in situ*

- Traitement conservateur : commencer le traitement de la lésion pénienne dès que possible afin d'éviter une progression. Lorsque toutes les options thérapeutiques sont disponibles, privilégier le traitement topique à domicile plutôt qu'une pénectomie partielle différée. Opter pour la pénectomie partielle si le traitement topique est contre-indiqué.
- Après échec d'un traitement conservateur : proposer de retarder tout traitement subséquent, avec une surveillance stricte.

Tumeur invasive

- Pénectomie partielle : réséquer la tumeur pénienne dès que possible afin d'éviter une progression vers une tumeur nécessitant une pénectomie totale.
- Curage ganglionnaire inguinal : retarder les traitements prophylactiques pour une période d'environ 3 mois avec suivi approprié. Considérer remplacer le curage par une radiothérapie en cas de métastases au niveau des ganglions lymphatiques inguinales.

Maladie métastatique

- Administrer la chimiothérapie au cas par cas, en la retardant dans la mesure du possible.

Document élaboré par :

Dr Jamil Asselah, oncologue médical, Centre universitaire de santé McGill (CUSM)

Dr Armen Aprikian, urologue, chef médical, cogestionnaire médical du programme de cancérologie, CUSM

Dre Cynthia Ménard, radio-oncologue, Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)

Dr Éric Lévesque, hémato-oncologue, Faculté de médecine, CHU de Québec – Université Laval (CHU de Québec – UL)

Dr Éric Vigneault, radio-oncologue, CHU de Québec – UL

Dr Fred Saad, urologue, CHUM

Mme Anne-Julie Rancourt-Poulin, conseillère en accès, Programme québécois de cancérologie (PQC)

Mme Mireille Chinas Ugalde, conseillère, PQC

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

Avec la collaboration de :

Mme Vanessa Dufour, professionnelle scientifique de l'Unité d'évaluation en cancérologie, INESSS

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