

Recommandations et procédures spécifiques à l'administration de traitements systémiques pour la COVID-19 et la protection des personnes touchées par le cancer et des professionnels

Recommandations en date du 23 mars 2020

*** Ce document sera mis à jour au besoin à mesure que la situation évoluera.***

Les patients atteints de cancer ont un risque beaucoup plus élevé de complications respiratoires sévères et d'infections rapidement évolutives, et plus particulièrement ceux âgés de plus de 60 ans, avec un risque de 4 à 5 fois plus élevé, en lien avec leur diagnostic sous-jacent ainsi que leur exposition aux traitements systémiques immunosuppresseurs. Ils doivent donc être tenus le plus possible à distance du risque d'infection, car leur pronostic vital pourrait être davantage mis en jeu par la COVID-19 que par le cancer à court/moyen terme.

Dans le contexte de pandémie de la COVID-19, en plus des recommandations du gouvernement et des autorités de la santé publique, certaines règles propres à ces patients doivent être appliquées.

Des directives d'ordre général s'appliquant à l'ensemble de la cancérologie peuvent être consultées au lien suivant :

<https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/cancerologie/>

Contexte d'administration de traitements systémiques

Les traitements pour de nombreux cancers nécessitent une chimiothérapie ou des agents ciblés qui peuvent altérer les réponses immunitaires. En outre, certains cancers peuvent conduire à une réduction ou à une production dysfonctionnelle de cellules immunitaires. En conséquence, les patients atteints de cancer ont un risque accru de contracter des maladies transmissibles comme la COVID-19. Ce risque ne doit pas nous empêcher de donner le traitement approprié lorsqu'indiqué, mais une évaluation des bienfaits et des risques doit être faite, partagée avec le patient et la décision de modification de traitement inscrite dans le dossier, le cas échéant.

En complément des recommandations de la santé publique que doivent suivre les centres de cancérologie pour s'assurer que le risque de développer la COVID-19 est aussi faible que possible, voici les recommandations pour ajuster les soins entourant l'administration des traitements systémiques à la situation exceptionnelle causée par la pandémie de la COVID-19.

1) Principes de base

- **Privilégier dès maintenant les alternatives pour éviter les visites à l'hôpital;**
- Le suivi de patients atteints de cancer doit idéalement se faire par contact téléphonique afin d'éviter la fréquentation du milieu hospitalier. Seuls, les patients en traitement actif ou présentant un problème nécessitant une évaluation médicale seront pris en charge au centre d'oncologie;
- 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 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 rediscutés dans ce contexte de pandémie. Ces patients doivent être en isolement de protection à la maison entre leurs traitements;
- En tout temps, exercer un jugement clinique mettant en balance l'efficacité du traitement et la protection du patient et des soignants contre les risques d'infection à la COVID-19;
- Privilégier les médicaments administrés par voie orale lorsque possible (capécitabine, etc.);
- Chimiothérapie adjuvante ou palliative :
 - Si le bénéfice estimé est modeste, évaluer les risques et les bénéfices dans le contexte de risque accru d'infection sérieuse;
 - Reporter un traitement de quelques semaines peut être la solution à privilégier pour éviter les déplacements et les contacts sociaux.
- Immunothérapie :
 - Réévaluer l'initiation ou la poursuite des combinaisons présentant une toxicité importante comme ipilimumab-nivolumab dans le contexte d'une disponibilité limitée des ressources humaines à l'urgence;
 - Considérer l'espacement des traitements de nivolumab et de durvalumab aux 4 semaines et de pembrolizumab aux 6 semaines, selon les données publiées.

- Évaluer la possibilité d'adapter les protocoles afin de différer les traitements :
 - Privilégier les traitements courts;
 - Privilégier des protocoles dont la fréquence d'administration est prolongée (exemple : nivolumab aux 4 semaines plutôt qu'aux 2 semaines, docetaxel versus paclitaxel).
- Maintenir les rendez-vous en deux temps pour l'administration de la chimiothérapie dans la mesure du possible, lorsque les ressources sont disponibles. Les prélèvements sanguins nécessaires avant un traitement de chimiothérapie ou pour une consultation devraient être obtenus entre 24 et 72 heures avant le traitement selon le cas, et préférablement en favorisant la réalisation des prélèvements dans un centre de prélèvement situé à proximité de l'endroit de résidence du patient (exemple : CLSC) en autant que le résultat soit disponible pour le traitement;
- Seuls, les examens de laboratoire **URGENTS** devraient être effectués à l'hôpital, à moins que l'équipe de cancérologie juge que le maintien des prélèvements dans l'hôpital ou au centre d'oncologie constitue l'option la plus sécuritaire étant donné son organisation locale et la circulation des patients dans ses installations et centres de prélèvements;
- Peu importe les circonstances, le personnel œuvrant auprès de la clientèle en cancérologie ne devrait pas être partagé avec l'urgence ou les unités de soins où séjournent les patients COVID positifs ou soupçonnés de l'être;
- Pour éviter une éventuelle interruption de service, les oncologues seront autorisés à renouveler les ordonnances verbalement ou par SMS, si possible de le faire de façon sécurisée (exemple : Id-texto), aux pharmaciens experts en oncologie. Le patient doit avoir été évalué par un professionnel de la santé autorisé (exemples : infirmière, pharmacien);
- Afin de préserver la sécurité physique et psychosociale des patients :
 - Évaluer l'état du patient (ECOG, ESAS, ODD) avant son traitement/suivi;
 - Infirmières pivots en oncologie : maintenir les évaluations bio-psycho-sociales, la gestion des symptômes et les suivis des patients en privilégiant la pratique téléphonique ou la télésanté;
 - Pharmaciens experts en oncologie : maintenir les rencontres pour l'évaluation, l'histoire médicamenteuse, les conseils au patient ainsi que le suivi de la thérapie médicamenteuse et des symptômes, en privilégiant la télésanté (téléphone ou visioconférence);

- Pour les autres professionnels : privilégier les consultations par télé santé (téléphone ou visioconférence) et éviter les rencontres en présence.
- Transfusion : se référer aux consignes qui seront émises par le Comité consultatif national de médecine transfusionnelle.

2) Priorisation en matière de soins applicable jusqu'à nouvel ordre

Les priorités A, B et C ont préalablement été définies de façon globale dans le document des recommandations générales en oncologie.

Dans le présent document, une répartition des patients recevant des traitements systémiques selon chaque priorité est proposée, basée sur la justice comme principe essentiel en lien avec la pertinence et l'efficacité du traitement utilisé.

Le besoin est basé sur la gravité des symptômes. L'efficacité est surtout en fonction de la notion de curatif ou de contrôle des situations potentiellement mortelles ou instables.

Plus précisément :

La priorité A définit les personnes qui sont jugées critiques (souffrantes instables et/ou dont l'état met immédiatement la vie en danger) et pour lesquelles il existe un traitement efficace. Leur besoin immédiat est le plus grand et nous devons trouver des moyens pour que le traitement soit être initié ou poursuivi dans les meilleurs délais.

Cette priorité comprend les indications suivantes :

- a) Patients en situations curatives :
 - Maladies localisées;
 - Cancers hématologiques comme la leucémie, les lymphomes;
 - Greffes hématopoïétiques (voir document greffes);
 - Certains cancers métastatiques caractérisés par une sensibilité particulière aux traitements (exemples : tumeurs germinales, cancers de la thyroïde, lymphome, etc.);
 - Maladies curables par traitement multimodal (cancer colorectal, cancer du rein oligométastatique, cancer du sein triple négatif ou HER2+ en néo-adjuvant pour les stades 2 et 3, etc.).

- b) Maladie avec présentation sévère sans potentiel curatif mais à haut potentiel de réponse favorable aux traitements (exemples : en crise viscérale, douleur intraitable, complications potentiellement mortelles de la maladie ou obstruction de la veine cave supérieure, obstruction imminente des voies respiratoires);
- c) Patients en situation palliative (non curative) atteints de cancer dont la stratégie thérapeutique améliore de manière significative la survie, en privilégiant les patients avec un bon état général et sans comorbidités significatives;
- d) Situation curative (en adjuvant) qui a un impact sur la survie (exemple : cancer du sein);
- e) Patients atteints de cancer dont la stratégie thérapeutique est palliative en début de prise en charge (1^{re} ligne thérapeutique).

La priorité B détermine les personnes chez qui un délai est considéré comme ne mettant pas leur vie en danger, et dont les services/traitements peuvent être interrompus pendant une vague de pandémie (6 à 8 semaines).

Une évaluation pourrait être faite, cas par cas, pour confirmer que ces patients ne courent pas de risques indus en considérant la balance des risques de retarder ou de suspendre les traitements sur le pronostic et des risques de développer une neutropénie fébrile ou une infection en lien avec le traitement envisagé. Si leur priorité changeait, ils seraient transférés en priorité A.

- a) Les autres patients atteints de cancers dont la stratégie thérapeutique est palliative, mais qui ne sont pas inclus dans la priorité A.

La priorité C détermine les personnes pour qui les services/traitements pourraient être interrompus pendant toute la durée de la pandémie (vagues multiples de 6 à 8 semaines). Ces patients font, pour la plupart, l'objet d'un suivi ou d'un dépistage de routine et pourraient raisonnablement attendre la fin de la pandémie.

La conduite à suivre pour cette priorité est de reporter les rendez-vous de consultation et de traitement. Un accès à une infirmière pivot doit être fourni à ces patients afin qu'ils puissent appeler si un changement de leur condition survient sans avoir à se présenter à l'urgence.

3) Clientèle

L'accès aux services ambulatoires des centres de cancérologie est à éviter pour :

- Tout patient ayant voyagé dans les 14 derniers jours, qu'il soit en traitement ou non;
- Tout patient, qu'il soit en traitement ou non, qui a été en contact avec une personne ayant voyagé dans les 14 derniers jours;
- Tout patient, qu'il soit en traitement ou non, en suspicion, en attente d'un résultat de dépistage ou confirmé comme infecté par la COVID-19;
- Toute personne ayant des symptômes d'allure grippale, incluant la fièvre;
- Les accompagnateurs sauf si nécessité absolue pour troubles cognitifs ou locomoteurs. L'utilisation du téléphone pour les interprètes sera privilégiée.

Un triage en amont doit être effectué afin d'éviter de tels contacts. Il faut se référer aux directives du Service de la prévention et contrôle des infections de votre établissement pour identifier le fonctionnement applicable.

a) Nouveaux patients adultes

- Suivre les recommandations générales;
- Procéder à la détection de la détresse et ESAS, et adapter les interventions selon les besoins spécifiques de la personne et de ses proches;
- Demander aux patients d'écouter des sessions d'information en ligne avant de débiter le traitement en oncologie ou de lire la documentation écrite avec enseignement individualisé.

b) Patients adultes déjà sous traitement

- Pour tous les cas, évaluer la possibilité de modifier le protocole de traitement pour respecter les principes de base énoncés dans ce document;
- Un patient qui aurait voyagé (Canada ou ailleurs dans le monde) entre 2 cycles de traitement doit obligatoirement rester en isolement (demeurer à la maison) pendant 14 jours dès son retour de voyage. Si, après les 14 jours, le patient est toujours asymptomatique, une reprise des traitements sera possible sur décision médicale;
- Un patient à risque de neutropénie fébrile n'ayant pas voyagé dans les 14 derniers jours, et présentant des symptômes d'allure grippale doit être placé en isolement dès son arrivée pour être évalué, dans le centre de cancérologie ou ailleurs, selon les pratiques locales.

c) Clientèle hospitalisée

- Comme cette clientèle représente majoritairement des patients dont la condition est précaire, il est recommandé de poursuivre les traitements;
- Si applicable, évaluer la possibilité de modifier le protocole de traitement pour respecter les principes de base énoncés dans ce document.

d) Clientèle de plus de 60 ans

- L'évaluation des patients de plus de 60 ans en cancérologie doit se faire, cas par cas, en évaluant la balance des risques de retarder ou de suspendre les traitements sur le pronostic et des risques de développer une neutropénie fébrile ou une infection, sachant que cette clientèle est plus à risque de complications si elle contractait la COVID-19;
- La prudence devrait être de mise et la consigne d'isolement (demeurer à la maison) respectée si le fait de retarder ou de suspendre le traitement ne met pas en danger le patient;
- Chaque médecin devrait analyser sa liste de patients de plus de 60 ans afin de déterminer la meilleure conduite à envisager pour chacun.

e) Clientèle avec importantes comorbidités ou ECOG>2

- Porter une attention particulière à cette clientèle et éviter au maximum tout risque de contamination compte tenu de leur risque majoré de complication respiratoire et de décès;
- Chaque médecin devrait analyser sa liste de patients avec d'importantes comorbidités afin de déterminer la meilleure conduite à envisager pour chacun.

f) Clientèle pédiatrique

- La majorité des principes généraux applicables à l'adulte le sont aussi à la clientèle pédiatrique. Des recommandations plus spécifiques à ces patients sont en cours d'élaboration.

4) Situations particulières

- Si certaines régions devenaient plus durement touchées que d'autres, un système de transfert et de réorientation serait nécessaire à mettre en place pour les patients atteints de cancers curables potentiellement mortels ou évoluant rapidement;

- Dans la situation où il y a une grave pénurie de personnel, les cliniques ambulatoires hospitalières et de nombreux services pourraient être suspendus et les patients avisés par téléphone avec un plan alternatif proposé pour les soutenir. Les patients atteints de cancer dans ce contexte de pandémie sont des patients dont les soins vitaux et urgents, devront être assurés prioritairement;
- Le personnel possédant ces compétences ne devrait pas être redéployé pour aider dans les zones de soins actifs. Le personnel des centres de cancérologie sera affecté par la pandémie et les personnes qui possèdent toujours les compétences nécessaires devraient continuer de traiter les patients atteints de cancer.

Document élaboré par :

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

Dre Danielle Charpentier, cogestionnaire médicale programme de cancérologie Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)

Dr Joffre Allard, hémato-oncologue, CISSS du Bas-Saint-Laurent

Mme Annick Dufour, pharmacienne, présidente du Comité de l'évolution de la pratique des soins pharmaceutiques (CEPSP)

Mme Stéphanie Duguay, infirmière, présidente du Comité de l'évolution de la pratique des soins infirmiers (CEPSI)

Mme Anne-Julie Rancourt-Poulin, conseillère en offre de soins et de services en cancérologie, Programme québécois de cancérologie (PQC)

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

Révisé par : Dre Louise Provencher, chirurgienne oncologue, CHU de Québec – Université Laval.

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

Recommandations par siège tumoral pour les patients en traitement et les nouveaux patients

Ces recommandations constituent des exemples d'alternatives pouvant être considérées dans un contexte de pandémie. Chaque cas devrait être discuté au Comité du diagnostic et du traitement du cancer (CDTC) afin de déterminer la meilleure approche thérapeutique en tenant compte des risques et des bénéfiques.

Remarque : si l'indication ne figurait pas dans ce document, continuer votre pratique selon les recommandations en vigueur dans votre établissement. Des mises à jour de ces recommandations sont à prévoir selon l'évolution de la situation.

CANCER DU SEIN

- Si indication de chimiothérapie, privilégier des protocoles avec fréquence d'administration prolongée;
- Limiter les protocoles avec risque d'immunosuppression augmenté (cycle de chimiothérapie à dose dense, régimes combinés comme TAC);
- Pour le traitement adjuvant des patientes avec cancer du sein HER2+, considérer de limiter la durée du trastuzumab à 6 mois ou de le reporter à 4 semaines plutôt que 3;
- Pour les patientes avec cancer du sein HER2+ et de plus de 60 ans et/ou avec comorbidités ainsi que pour toutes les tumeurs de moins de 3 cm N0, privilégier le protocole Paclitaxel hebdomadaire x 12 + trastuzumab;
- En cas de doute sur le bénéfice de la chimiothérapie adjuvante :
 - Limiter la prescription du test Oncotype Dx seulement pour les patientes pour qui un bénéfice important est attendu et en tenant compte que des délais de transport pourraient survenir avec la fermeture des frontières;
 - Privilégier le stade et les caractéristiques pathologiques pour envisager soit hormonothérapie +/- chimiothérapie.

CANCER ANAL

- Privilégier une thérapie par voie orale avant l'administration par voie intraveineuse;
- Privilégier le schéma capécitabine mitomycine avec la radiothérapie au lieu du 5-FU en perfusion continue.

CANCER COLORECTAL

- Stade 2 : envisager la possibilité de ne pas débiter de chimiothérapie adjuvante;
- Stade 3 : donner 3 mois de chimiothérapie adjuvante pour les bas risque de récurrence et privilégier le CAPOX comme protocole de choix.
- Cancer du rectum :
 - Localisé : privilégier le schéma de radiothérapie en 5 fractions de 5 Gy sans chimiothérapie avec une chirurgie 12 semaines après la fin des traitements;
 - Cas particuliers et T4 : privilégier la capécitabine et la radiothérapie;
- Colorectal métastatique (1^{re} et 2^e lignes) potentiellement résectable :
 - Privilégier le CAPOX ou le CAPIRI avec ou sans thérapies ciblées (bevacizumab ou panitumumab);
 - Éviter le FOLFOXIRI.
- Non résectable :
 - Chimiothérapie monothérapie (privilégier capécitabine)
Ou
 - Chimiothérapie CAPOX
Ou
 - Chimiothérapie CAPIRI avec ou sans thérapies ciblées (bevacizumab ou panitumumab).
- Éviter le FOLFOXIRI;
- Si traitement d'entretien : privilégier la capécitabine seule avec ou sans bevacizumab ou panitumumab.

CHOLANGIOMYOCARCINOME

- Bénéfice mineur de la chimiothérapie adjuvante à base de capécitabine. Discuter de ne pas donner de chimiothérapie adjuvante;
- Maladie métastatique : privilégier une seule ligne de traitement, de préférence gemcitabine-cisplatine.

CANCER DU PANCRÉAS

- Maladie métastatique ou localement avancée : privilégier une ligne de traitement avec le FOLFIRINOX ou la combinaison gemcitabine-nab-paclitaxel ou la gemcitabine en monothérapie;
- Maladie stable : privilégier l'entretien après le FOLFIRINOX par FOLFIRI ou CAPIRI ou capécitabine;

- En situation adjuvante : FOLFIRINOX avec facteur de croissance des granulocytes;
- Ne pas initier de chimiothérapie néoadjuvante.

CANCER DU REIN

- Privilégier la combinaison axitinib et pembrolizumab pour limiter les toxicités de la double immunothérapie (programme d'accès disponible);
- Si contre-indication à l'axitinib : dose de nivolumab 3 mg/kg + Ipilimumab 1 mg/kg aux 3 semaines pour 4 cycles, suivi d'un entretien de nivolumab 6mg/kg aux 4 semaines pour les risques intermédiaires et les hauts risques selon le score du IMDC ainsi que les patients de moins de 60 ans avec un bon ECOG.

CANCER PULMONAIRE

- Traitements d'immunothérapie : voir les principes de base énoncés dans ce document;
- Considérer l'etoposide oral plutôt qu'administration par voie intraveineuse;
- Pour les chimiothérapies palliatives : évaluer les risques et les bénéfices dans le contexte de risque accru d'infection sérieuse.

CANCER TÊTE ET COU

- Privilégier une seule ligne de chimiothérapie de préférence en association avec la radiothérapie.

HÉMATOLOGIE

- Maligne (myélome multiple, lymphome, syndrome myélodysplasique, néoplasie myéloproliférative, etc.) :
 - Thérapie par voie orale : maintenir les prélèvements sanguins à l'extérieur de l'hôpital si possible et effectuer les suivis, incluant les suivis postexamen d'imagerie, par télésanté, sauf si l'état du patient ou les résultats des tests nécessitent un rendez-vous en personne.
 - Thérapie par voie intraveineuse : évaluer, cas par cas, la nécessité d'effectuer le suivi en présence versus par télésanté (téléphone ou visioconférence).
- Bénigne :
 - Nouveaux cas : la majorité des prises en charge peuvent être différées ou faites par télésanté (téléphone ou visioconférence) à moins d'indication contraire de l'hématologiste (exemples : cas complexes de thrombose, AIHA, ITP, PTT, etc.);

- Autres cas : maintenir les prélèvements sanguins et effectuer les suivis par télésanté (téléphone ou visioconférence), sauf si l'état du patient ou les résultats des prélèvements étaient critiques et que cela justifiait un rendez-vous en personne;
- Anémie falciforme : effectuer les suivis par télésanté (téléphone ou visioconférence).