

Recommandations en cancérologie sur l'administration de traitements systémiques en contexte de pandémie de la COVID-19

Octobre 2020

L'ensemble des documents en cancérologie est disponible au lien suivant :
www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/cancerologie/

Contexte d'administration des traitements systémiques

En complément des recommandations générales en oncologie, voici les recommandations plus spécifiques pour ajuster les soins entourant l'administration des traitements systémiques à la situation exceptionnelle causée par la pandémie et le contexte où le réseau de la santé et des services sociaux doit dorénavant cohabiter avec la COVID-19.

A. Principes directeurs

- Privilégier les médicaments administrés par voie orale lorsque possible (exemple : 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 (exemple : l'ipilimumab-nivolumab dans le contexte d'une disponibilité limitée des ressources humaines à l'urgence);
 - Considérer l'espacement des traitements selon les données publiées (exemples : le nivolumab et le durvalumab aux 4 semaines et le pembrolizumab aux 6 semaines).
- 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 : le nivolumab aux 4 semaines plutôt qu'aux 2 semaines, le paclitaxel aux 3 semaines plutôt qu'hebdomadaire).

- 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 : centre local de services communautaires, *communément appelé CLSC*) pourvu 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 de cancérologie constitue l'option la plus sécuritaire étant donné son organisation locale et la circulation des patients dans ses installations et centres de prélèvements;
- Pour éviter une éventuelle interruption de service, les oncologues seront autorisés à renouveler les ordonnances verbalement ou par messagerie texte, 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);
 - Le service de télécopie infonuagique est fourni par le ministère de la Santé et des Services sociaux en complément aux outils de télésanté, dans le contexte de la pandémie. Il permet d'acheminer un message courriel et ses pièces jointes vers un télécopieur. Il faut donc connaître le numéro de télécopieur du destinataire.
- Afin de préserver la sécurité physique des patients, les pharmaciens experts en oncologie doivent 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).

B. Priorisation applicable pour les traitements systémiques

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.

La priorité A définit les personnes qui sont jugées dans un état critique (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 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, cancer de la thyroïde, lymphome, etc.);
 - Maladies curables par traitement multimodal (cancer colorectal, cancer du rein oligométastatique, cancer du sein triple négatif ou HER2+ en néoadjuvant 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 (première ligne thérapeutique).

La priorité B détermine les personnes chez qui un délai raisonnable (6 à 8 semaines) est considéré comme ne mettant pas leur vie en danger, et dont les services/traitements peuvent être interrompus temporairement dépendamment de la capacité du service.

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. Cette priorité comprend également 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 sur une période prolongée ou à plusieurs reprises. Ces patients font, pour la plupart, l'objet d'un suivi ou d'un dépistage de routine et ils pourraient raisonnablement voir leurs traitements suspendus ou reportés pendant une plus longue période que celle spécifiée dans la priorité B.

La conduite à suivre pour cette priorité est de reporter les rendez-vous de consultation et de traitement tout en assurant un lien par l'intermédiaire de la télésanté, pourvu que le patient bénéficie d'un suivi approprié et que l'évolution de sa condition clinique soit réévaluée périodiquement.

Un accès à une infirmière pivot doit être assuré à ces patients afin qu'ils puissent appeler si un changement de leur condition survient sans avoir à se présenter à l'urgence.