

Recommandations en radio-oncologie dans le contexte COVID-19

Octobre 2020.

Les documents en cancérologie sont disponibles au lien suivant :

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

Contexte d'administration de traitements de radiothérapie

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

1) Principes directeurs

- Les centres de cancérologie doivent profiter du fait que les patients de radiothérapie viennent sur place pour leurs traitements pour assurer une proportion de rencontres en présence.
- Tous les patients en attente de commencer des traitements ou qui sont actuellement en traitements actifs de radio-oncologie devraient avoir une recommandation d'observation stricte des consignes de la santé publique en lien avec la distanciation sociale et les regroupements de personnes et d'isolement volontaire à la maison (sauf pour conditions médicales).
- Il est requis de documenter au dossier du patient tous les professionnels qui ont été en contact avec celui-ci, et ce, de façon prospective et régulière.
- En complément des mesures de protection du personnel qui doivent être appliquées en cancérologie afin d'éviter leur affectation dans d'autres secteurs, il est demandé de limiter le plus possible la rotation des technologues en salle de traitement (ex. : attendre que le traitement du patient soit terminé avant de faire la rotation pour une pause ou pour le dîner).
- Évaluer la possibilité d'adapter les protocoles afin de différer les traitements et privilégier l'hypofractionnement, lorsque possible.
- Étant donné les interruptions de traitement possibles en contexte de la pandémie, il est suggéré de se référer aux guides d'interruption des traitements acceptés et disponibles dans chacun des services de radio-oncologie afin de juger des délais médicalement acceptables :
 - Afin de prévoir les compensations de doses à la suite des interruptions de traitement, il est suggéré de se référer au Tableau 3 (p. 315-316) de l'article

publié par Gay *et al.* dans le PRO en septembre-octobre 2019¹ disponible au lien suivant : [www.practicalradonc.org/article/S1879-8500\(19\)30079-7/pdf](http://www.practicalradonc.org/article/S1879-8500(19)30079-7/pdf)

- Équipement de curiethérapie : S'il était nécessaire d'utiliser les équipements d'anesthésie pour les besoins populationnels en lien avec la pandémie, on suggère de les déplacer dans un secteur COVID tiède ou chaud, dans un souci de maintenir les clientèles potentiellement COVID-19 éloignées des clientèles de radio-oncologie.

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

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

Une grille de classification par priorité propre à la radio-oncologie existe depuis 2004. Cette échelle a servi de référence dans l'élaboration de l'échelle de priorité décrite ci-après et des documents faisant allusion à la radio-oncologie, puisque l'ensemble du personnel fonctionne avec celle-ci depuis de nombreuses années (référence : priorités du formulaire de demande de consultation en radio-oncologie AH-519).

Il est à noter que cette liste de diagnostics et de situations cliniques se veut non exhaustive et sert avant tout de cadre de référence pour la priorisation médicale. Le jugement médical doit toujours s'exercer.

La priorité 1 définit les personnes dont la situation est jugée critique (souffrantes instables et/ou dont l'état met immédiatement la vie en danger) et pour lesquelles il existe un traitement efficace.

Le début du traitement devrait être dans les 24 heures suivant la date à laquelle le patient est considéré comme médicalement prêt.

Cette priorité comprend les indications suivantes :

- a) Compressions médullaires;
- b) Syndrome de la veine cave supérieure;
- c) Syndrome hémorragique (vessie, col utérin, bronche, etc.).

La priorité 2 définit les personnes chez qui un délai est considéré comme ne mettant pas leur vie en danger. Le début du traitement devrait normalement se faire dans les 3 jours suivant la date à laquelle le patient est considéré comme médicalement prêt, mais pourrait être prolongé en contexte de pandémie.

Cette priorité comprend les indications suivantes :

- a) Compression bronchique, viscérale, vasculaire;
- b) Métastases osseuses douloureuses;

¹ Gay HA, Santiago R, Gil B, et al. Lessons learned from hurricane Maria in Puerto Rico: Practical measures to mitigate the impact of a catastrophic natural disaster on radiation oncology patients. *Pract Radiat Oncol.* 2019;9(5):305-321

- c) Métastases cérébrales;
- d) Toute autre radiothérapie palliative antalgique;
- e) Tumeur pédiatrique qui requiert un début de traitement rapide.

La priorité 3 définit les personnes pour qui le début du traitement devrait normalement se faire dans les 14 jours suivant la date à laquelle le patient est considéré comme médicalement prêt. Ce délai pourrait toutefois être prolongé en contexte de pandémie.

Cette priorité comprend les indications suivantes :

- a) Tumeurs pédiatriques;
- b) Radiothérapie exclusive :
 - a. Tumeurs de la sphère ORL incluant thyroïde;
 - b. Tumeurs gynécologiques;
 - c. Tumeurs pulmonaires;
- c) Radiothérapie exclusive ou associée à de la chimiothérapie :
 - a. Tumeurs de l'anus;
 - b. Tumeurs de la vessie;
 - c. Tumeur du pancréas;
 - d. Tumeurs de l'œsophage;
 - e. Carcinome pulmonaire à petites cellules.
- d) Radiothérapie préopératoire, exclusive ou associée à de la chimiothérapie de différents sites (ex. : rectum, sarcome, etc.);
- e) Maladie de Hodgkin;
- f) Lymphome non hodgkinien;
- g) Tumeurs cérébrales (radiothérapie conventionnelle ou stéréotaxique);
- h) Irradiations corporelles totales pour des patients en préparation de greffe de moelle osseuse;
- i) Séminome;
- j) Cancer du sein inflammatoire.

La priorité 4 définit les personnes pour qui le début du traitement devrait normalement se faire dans les 28 jours suivant la date à laquelle le patient est considéré comme médicalement prêt. Ce délai pourrait toutefois être prolongé en contexte de pandémie.

Cette priorité comprend les indications suivantes :

- a) Radiothérapie postopératoire : Cancer du sein, de la prostate, de la sphère ORL, du rectum, gynécologique, sarcome, pancréas, etc.;
- b) Cancer du poumon sous chimiothérapie;
- c) Les tumeurs qui nécessitent un traitement systémique (chimiothérapie, immunothérapie) avant le début de la radiothérapie;
- d) Radiothérapie exclusive ou postopératoire des tumeurs de la peau;
- e) Radiothérapie exclusive des tumeurs de la prostate.

Si la capacité de prise en charge et de mise en traitement de nouveaux patients venait à être diminuée, les consultations des patients de priorité 4 devraient être celles reportées dans un premier temps, ou en fonction du jugement clinique. Un accès à une infirmière pivot ou autre professionnel 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

La clientèle de radio-oncologie asymptomatique peut avoir accès à un test de dépistage selon la [classification d'accès au TAAN](#) (priorité M10) et les pratiques de l'établissement.

a) Traitement palliatif en une fraction

- Faire la consultation, la planification et le traitement dans la même journée ou en deux visites est suggéré dans l'optique de minimiser les visites du patient dans l'hôpital.

b) Clientèle hospitalisée asymptomatique et non infectée

- Pour les patients non infectés par la COVID-19 et non en dépistage:
 - Faire un appel téléphonique à l'équipe traitante pour toute consultation afin d'évaluer si la radiothérapie est réellement requise et si d'autres alternatives médicales sont envisageables;
Si un traitement est retenu, considérer réaliser la consultation et la planification dans une même visite au service de radio-oncologie.

c) Clientèle pédiatrique

- Se référer aux recommandations applicables au secteur de l'oncologie pédiatrique disponible au lien suivant : www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/cancerologie/

d) Rhinopharyngolaryngoscopie et clientèle ORL :

- Lorsqu'une rhinopharyngolaryngoscopie est jugée nécessaire, il est recommandé d'en discuter avec un chirurgien tête et cou afin de ne pas répéter l'examen inutilement et d'éviter les doubles expositions et de respecter les directives de l'INSPQ.
- Équipement de protection recommandé : se référer aux directives du Service de la prévention et contrôle des infections de votre établissement.

e) Patient ASYMPTOMATIQUE en attente ou en cours de traitement ayant été en contact avec une personne infectée par la COVID-19 dont le résultat du test n'est pas connu

Idéalement, suspendre les rendez-vous en présence et les traitements le temps de connaître le résultat du test.

Cependant, la planification et la poursuite des traitements peuvent être réalisables en suivant les recommandations suivantes :

- Privilégier les rendez-vous par télésanté pendant cette période critique;
- Équipement de protection recommandé : Se référer aux directives du Service de la prévention et contrôle des infections de votre établissement en fonction de la clientèle à traiter;
- Regroupement de ces traitements en fin de journée;
- Nettoyage complet de la salle, de la table et des accessoires après chaque séance ou après la consultation (incluant le nettoyage des tables et accessoires à la lingette entre chaque patient avec désinfectant; nettoyage des salles d'attente, des bras des fauteuils et des poignées de portes en fin de consultation et en fin de traitement);
- Limiter le temps passé dans le service (séance, consultation en cours de traitements, etc.);
- Dans la mesure du possible, un seul technologue en salle pour la mise en place, le second restant à la console.

f) Patients en traitement COVID-19 positif (incluant les patients hospitalisés)

Pour un patient en cours de traitement de radiothérapie qui serait testé COVID-19 positif, un arrêt de traitement est impératif. La durée de cette pause se veut la plus courte possible pour ne pas causer de préjudice significatif au pronostic oncologique.

Recommandation de l'INSPQ :

Pour la clientèle immunosupprimée, il est suggéré d'attendre 21 jours pour effectuer les tests par PCR, puisque cette clientèle semble demeurer positive au-delà de 14 jours. Vous pouvez effectuer les tests à 14 jours. La reprise des traitements est possible après deux tests négatifs espacés de 24 heures :

- Radiothérapie à visée curative :
Si, après 14 jours, le patient est remis de son infection à la COVID-19, il est possible de procéder aux 2 tests à ce moment pour lever l'isolement et traiter le patient. Advenant le cas qu'un des deux tests revienne positif pour la COVID-19, suivre la recommandation de l'INSPQ et poursuivre l'arrêt jusqu'à 21 jours avant de retester;
- Radiothérapie à visée palliative :
Respecter les 21 jours d'arrêt tel que recommandé par l'INSPQ.

g) Curiethérapie :

- Les cas nécessitant l'équipe d'anesthésie devraient être priorisés selon le site et la gravité du cas. Se référer au tableau des activités en radio-oncologie à la section 6.

4) Expertise spécifique

- Le personnel d'un service de radio-oncologie, possédant une expertise particulière propre à ce secteur, est essentiel pour une prestation appropriée et sûre des traitements de radiothérapie. De ce fait, le personnel possédant ces compétences devrait être utilisé de façon prioritaire dans le secteur de la radio-oncologie. Toutefois, une partie du personnel pourrait être affectée momentanément à d'autres secteurs en besoin, en se limitant aux secteurs considérés « zone froide » si jamais un surplus de personnel était constaté dans le service en lien avec une diminution d'activités importante;
- Les radio-oncologues sont également essentiels pour la prise en charge ambulatoire des patients atteints de cancer et ils devraient poursuivre leurs activités cliniques en radio-oncologie sauf situations exceptionnelles (niveau 4 ou rouge), vu que leurs compétences ne sont pas couvertes par d'autres spécialités.

5) Corridors de services

Principes directeurs :

- Tenir compte des recommandations de la Santé publique pour les déplacements inter régions des patients et des professionnels, en tenant compte que certaines régions n'ont qu'un centre de radio-oncologie et que les traitements pour le cancer font partie des activités essentielles.
- Les centres de radiothérapie doivent informer le Comité national de radio-oncologie (CNRO), via les contacts du Programme québécois de cancérologie (PQC) du MSSS, de tout changement majeur dans leur situation (RH, appareils, etc.).
- Le CNRO et le PQC ont la responsabilité d'évaluer la situation dans les centres et d'organiser les corridors de services, si nécessaire.

Pour les patients :

- Favoriser dépannage entre les centres à proximité (minimiser les déplacements des patients).
- Prendre en compte les corridors déjà établis.
- Préserver les missions et expertises particulières (exemple : pédiatrie).

Pour les professionnels :

- Limiter les déplacements de professionnels d'un centre vers un autre.
- Si requis, considérer les déplacements vers des centres avec équipements comparables (accélérateurs, système d'information, système dosimétrie, etc.).

Centres à expertise particulière :

- Pédiatrie : 3 centres d'expertise seulement (CUSM, CHUM, CHUQ) avec des liens déjà bien établis, entre eux et avec les autres centres.

6) Adaptation des soins et services en fonction du niveau d'activité pour le secteur de la radio-oncologie

Les cogestionnaires des programmes de cancérologie des établissements doivent déterminer le niveau d'activité et de délestage en radio-oncologie en concertation avec les chefs du service de radio-oncologie (médicaux et administratifs), puisqu'ils sont les plus à même de connaître les ressources requises et en place.

Le niveau d'activité en radio-oncologie, même s'il doit aspirer à un fonctionnement complet, doit rester en lien avec le niveau d'activité global de chaque établissement. Cette détermination se fait aussi en fonction du niveau de ressources humaines en place dans les secteurs de la cancérologie.

Niveau d'alerte	Critères modulant le déclenchement
1	≥ 70 % des ressources humaines en place
2	Idem à 1
3	1. Entre 50 et 70 % des ressources humaines en place 2. Accroissement de la transmission dans la communauté
4	1. Entre 30 et 50 % des ressources humaines en place 2. Présence d'une éclosion dans les secteurs visés par la clientèle
Activités essentielles à ne pas délester	1. < 30 % des ressources humaines en place; pénurie étendue à l'ensemble des autres secteurs de l'hôpital 2. Pénurie de matériel de protection dans l'hôpital 3. Pénurie de lits d'hospitalisation et de soins intensifs

Puisque le secteur de la cancérologie (incluant la radio-oncologie) est prioritaire et doit être relativement protégé du délestage par rapport à d'autres secteurs ou clientèles, il est ainsi possible qu'il puisse fonctionner à un niveau d'activité plus élevé que le niveau global de l'hôpital.

Le niveau d'activité au centre de cancérologie devrait toutefois permettre, selon la situation, de passer à un niveau d'activité supérieur ou inférieur dans les meilleurs délais afin de s'ajuster à sa réalité et éviter le report de traitements. Ceci peut se faire en dégageant des marges de manœuvre tout au long du continuum en modifiant parfois le parcours ou les traitements. Le comité de coordination de l'établissement procède à l'ajustement des autres services prioritaires du continuum de soins en cancérologie en fonction des ressources disponibles.

Les niveaux d'activité en cancérologie sont disponibles au lien suivant : www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/cancerologie/

Le niveau des ressources humaines mentionné à ce document est constitué d'un équilibre entre les technologues, médecins, infirmières, physiciens et autres professionnels habituellement dédiés et disponibles pour assurer les activités usuelles du service de radio-oncologie.

Document élaboré par :

Dre Annie Ebacher, radio-oncologue, CIUSSS Estrie-CHUS et présidente du Comité national de radio-oncologie

Dr Tarek Hijal, radio-oncologue, Centre universitaire de santé McGill (CUSM)

Dre Isabelle Germain, radio-oncologue et cogestionnaire médicale du programme de cancérologie du CHU de Québec – Université Laval

Dr Jean Archambault, radio-oncologue, CHU de Québec – Université Laval

Dr Michael Yassa, radio-oncologue, CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal et président de l'Association des radio-oncologues du Québec (AROQ)

Mme Julie Héon, chef du service de radio-oncologie, CISSS de Laval

Mme Line Bouchard, chef du service de radio-oncologie, CISSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean

Mme Marie-Ève Quirion, conseillère, Programme québécois de cancérologie (PQC)

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

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

Niveaux d'adaptation des services en radio-oncologie

Le tableau suivant se veut un cadre de référence pour la priorisation médicale, mais le jugement clinique doit toujours s'exercer.

Niveau 1 – Maintenir 70-90 % de l'activité habituelle en radio-oncologie			
À maintenir	À adapter	À déléster	Autres considérations
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tout 			<ul style="list-style-type: none"> ▪ Favoriser la dosimétrie à distance ▪ Favoriser l'hypofractionnement ▪ Utiliser et adapter les guides d'interruptions de traitements si nécessaire
Niveau 2 – Maintenir 70%-90% de l'activité habituelle en radio-oncologie			
À maintenir	À adapter	À déléster	Autres considérations
<ul style="list-style-type: none"> ▪ P1 à P4 : Poursuivre les traitements en cours et débiter les nouveaux patients ▪ Patients pédiatriques ▪ Curiethérapie 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Maladies bénignes et fonctionnelles ▪ Curiethérapie : Combinaison de RT externe (en cours) et HDR prévue pour cancer de la prostate ▪ Autres curiethérapies sans anesthésie 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Maximiser l'hypofractionnement et les traitements à dose unique ▪ Maximiser l'utilisation et adapter les guides d'interruptions de traitements si nécessaire ▪ P4 : Débiter la réflexion sur une réduction éventuelle des planifications et/ou mises en traitement de nouveaux patients de façon progressive, tout d'abord les cancers du sein, de la prostate et de la peau.
Niveau 3 – Maintenir 50-70 % de l'activité habituelle en radio-oncologie			
À maintenir	À adapter	À déléster	Autres considérations
<ul style="list-style-type: none"> ▪ P1 à P4 : Terminer les traitements en cours ▪ Patients pédiatriques ▪ P1 à P3 : Débiter les nouveaux patients ▪ Curiethérapie : col utérin HDR 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Curiethérapie : Col utérin en place. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ P4 : Débiter réduction des planifications et/ou mises en traitements de nouveaux patients (les RT adjuvantes à cesser avant RT pour tumeurs en place) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ P1 et P2 : Considérer les autres alternatives thérapeutiques ▪ Réévaluation de la priorité des cas en attente
Niveau 4 – Maintenir 30-50 % de l'activité habituelle en radio-oncologie			
À maintenir	À adapter	À déléster	Autres considérations
<ul style="list-style-type: none"> ▪ P1 à P4 : Terminer les traitements en cours ▪ Patients pédiatriques 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ P1 à P3 : Évaluation au cas par cas des nouveaux patients 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ P4 et curiethérapie : Planifications et/ou mises en traitements de nouveaux patients (les RT adjuvantes à cesser avant RT pour tumeurs en place) (évaluation au cas par cas) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Discuter d'un plan de transfert avec le CNRO ▪ Favoriser les patients curatifs sans autre alternative en priorité
Activités essentielles à ne pas déléster– Maintenir 15-30 % de l'activité habituelle en radio-oncologie (hors niveau d'alerte)			
À maintenir	À adapter	À déléster	Autres considérations
<ul style="list-style-type: none"> ▪ P1 si aucun traitement médical alternatif ▪ Patients pédiatriques : Terminer les traitements en cours ou transférer dans un autre centre avec l'expertise 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Transfert des patients sans autre alternative que la radiothérapie dans un autre centre 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La majorité des planifications et/ou mises en traitement 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Application du plan de transfert des patients discuté avec le CNRO

Légende : HDR : « high dose rate », curiethérapie à haut débit de dose; LDR : « low dose rate », curiethérapie à faible débit de dose; RT : radiothérapie.