

Recommandations et procédures spécifiques à la radio-oncologie dans le contexte COVID-19

Recommandations en date du 29 mars 2020

*** Ce document regroupe toutes les consignes spécifiques à la radio-oncologie et sera mis à jour au besoin à mesure que la situation évoluera.***

Le présent document est complémentaire aux différentes directives diffusées à l'ensemble des établissements (ex. prévention et contrôle des infections) et à celles s'appliquant à la cancérologie, qui peuvent être consultées au lien suivant :

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

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 de radiothérapie. 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.

Contexte d'administration de traitements de radiothérapie

Les traitements pour de nombreux cancers nécessitent une radiothérapie qui peut 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 bénéfices 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 de radiothérapie 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;**
- Les consultations initiales de patients atteints de cancer doivent idéalement se faire par contact téléphonique, afin d'éviter la fréquentation du milieu hospitalier, à moins qu'il en soit jugé autrement par le radio-oncologue ou l'infirmière;
- Les visites de suivi de patients atteints de cancer doivent idéalement être annulées ou se faire par contact téléphonique, afin d'éviter la fréquentation du milieu hospitalier, à moins qu'il en soit jugé autrement par le radio-oncologue ou l'infirmière;
- Tous les patients actuellement en traitements actifs de radio-oncologie ou dont le début des traitements n'est pas reporté devraient avoir une recommandation d'isolement volontaire à la maison (sauf pour conditions médicales);
- 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 de la consultation initiale jusqu'à la fin des 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;
- 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;
- 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 :
 - Privilégier l'hypofractionnement;
 - Étant donné les interruptions de traitement à venir dans le 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;
- 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;

- Il est recommandé de limiter les contacts entre les patients dans les salles d'attente en favorisant une organisation qui permet la distanciation (répartition des clientèles, distancer les chaises, favoriser l'attente hors du service, par exemple dans la voiture, lorsque possible, etc.) et de limiter le temps passé par les patients dans la salle d'attente;
- 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;
 - Pour les autres professionnels : privilégier les consultations par télésanté (téléphone ou visioconférence) et éviter les rencontres en présence.

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.

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;
- 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) Radiothérapie exclusive :
 - a. Tumeurs de la sphère ORL incluant thyroïde;
 - b. Tumeurs gynécologiques;
 - c. Tumeurs pulmonaires;
- b) 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;
- c) Radiothérapie préopératoire, exclusive ou associée à de la chimiothérapie de différents sites (ex. : rectum, sarcome, etc.);
- d) Maladie de Hodgkin;
- e) Lymphome non hodgkinien;
- f) Tumeurs cérébrales (radiothérapie conventionnelle ou stéréotaxique);
- g) Irradiations corporelles totales pour des patients en préparation de greffe de moelle osseuse;
- h) Séminome;
- i) 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 autres professionnels 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 de radio-oncologie 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 ou tout autre symptôme compatible au COVID-19;
- 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.

Pour tout patient qui aurait voyagé dans les 14 derniers jours :

- Si asymptomatique :
 - Consignes générales de dépistage et de quarantaine établies par le MSSS;
 - Reporter les consultations et les débuts de traitement 14 jours après leur retour si toujours asymptomatique à ce moment, sauf priorités 1 et 2 (telles que décrites ci-haut et au formulaire de demande de consultation en radio-oncologie AH-519). Normalement les cas « d'urgence » ne sont pas allés en voyage.

- Si symptomatique :
 - Consigne générale de dépistage et de quarantaine établie par le MSSS;
 - Ne pas voir ou débiter les traitements.

Les patients qui présenteraient des symptômes en lien avec la COVID-19, doivent avoir accès à un test de dépistage et à une analyse rapide afin d'éviter des interruptions de traitements qui pourraient être préjudiciables en cas de résultat négatif au dépistage.

Dans l'attente du test et du résultat, il est recommandé d'interrompre le traitement et de le reprendre uniquement une fois le résultat négatif obtenu, selon les règles en vigueur par suite d'un test négatif de la COVID-19.

a) Nouveaux patients adultes

- Suivre les recommandations générales;
- Lors de l'entretien par téléphone ou par contact vidéo, un historique de base et une revue du dossier médical seront faits. Le but de cet entretien préliminaire est de s'assurer que les investigations médicales sont complètes et de déterminer le traitement possible. En fonction de l'information recueillie lors de ce contact initial, le patient pourrait devoir se présenter ou non à l'hôpital;
- Puisque les patients doivent se déplacer pour leur planification, le radio-oncologue verra le patient à ce moment pour l'évaluation clinique et la décision médicale ainsi que l'ajustement du plan;
- Procéder à la détection de la détresse et à l'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 radio-oncologie ou de lire la documentation écrite avec enseignement individualisé;
- Dans un cas de palliation (une seule fraction prévue) : 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) 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;
- Si testé positif à la COVID-19 : Arrêt des traitements. Des directives plus précises quant à la reprise des traitements et aux ajustements du protocole/prescription viendront prochainement;
- Visites hebdomadaires et de fin de traitement :
 - Le patient est avisé par les technologues que la visite médicale est annulée. Il sera contacté pendant les traitements par téléphone par le radio-oncologue selon évaluation;
 - Appel téléphonique par le radio-oncologue pour la fin de traitement ou pour répondre à ses questions.

c) Clientèle hospitalisée

- 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;
- 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 des complications, 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 du 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) Cas bénin :

- Reporter les consultations et les visites de suivi;
- Reporter le début des traitements;
- Évaluer la possibilité de suspendre les traitements s'ils sont débutés.

g) Tête et cou :

- Il n'est pas recommandé de procéder à la rhinopharyngolaryngoscopie pour les patients avec cancer tête et cou SAUF si absolument nécessaire pour guider la conduite thérapeutique;
- Dans l'exception où l'on juge la RPL nécessaire, il est recommandé d'en discuter avec un chirurgien tête et cou afin de prendre la meilleure décision, dans un souci d'éviter les doubles expositions.

h) Clientèle pédiatrique

- Des recommandations plus spécifiques à ces patients sont en cours d'élaboration.

i) Curiethérapie :

- Le secteur de la curiethérapie devrait demeurer une zone froide exempte de COVID-19, tout comme l'ensemble du secteur de la radio-oncologie;
- S'il était nécessaire d'utiliser les équipements d'anesthésie pour les besoins populationnels en lien avec la pandémie, on suggère déplacer dans un secteur COVID tiède ou chaud, dans un souci de maintenir les clientèles potentiellement COVID-19 éloignées des clientèles de radio-oncologie;
- Les cas nécessitant l'équipe d'anesthésie devraient être priorisés selon le site et la gravité du cas. Se référer au tableau suivant :

Si pas besoin du soutien de l'anesthésie		
	Curiethérapie	Respecter délais usuels
Si besoin du soutien de l'anesthésie		
Priorité 1	Col de l'utérus en place	À maintenir
Priorité 2	Prostate HDR (high dose rate) dont la radiothérapie externe est en cours	Favoriser le maintien des délais usuels
Priorité 3	Prostate HDR dont la radiothérapie externe n'est pas débutée	Ne pas débiter actuellement (en accord avec les directives de chirurgie)
Priorité 4	LDR (Low dose rate)	Reporter (en accord avec les directions de chirurgie)

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. Ce plan de transfert sera élaboré par le Comité national de radio-oncologie en fonction de la capacité et des spécialisations des différents services de radio-oncologie.
- 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.
- Les patients atteints de cancer devraient être inclus dans les plans de traitements continus du système hospitalier, en reconnaissant que certains

- patients atteints de cancer doivent être traités. Cependant, une expertise professionnelle est requise pour le traitement de ces patients.
- 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.
 - Les technologues, les physiciens, les dosimétristes et les radio-oncologues sont essentiels pour une prestation appropriée et sûre des traitements de radiothérapie. Idéalement, 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 à d'autres secteurs, en se limitant aux secteurs considérés « zone froide ». Une partie du personnel de cancérologie pourrait être réaffectée à d'autres tâches pendant la pandémie (ex. : infirmières), mais le personnel spécifique qui possède les compétences nécessaires devrait continuer de traiter les patients en radio-oncologie.
 - Les radio-oncologues sont également essentiels pour la prise en charge ambulatoire des patients atteints de cancer et ils devraient poursuivre leurs activités cliniques, vu que leurs compétences ne sont pas couvertes par d'autres spécialités.
 - De plus, la formation médicale en radio-oncologie (de façon similaire à la spécialité de radiologie) est limitée à quelques mois de médecine générale ou de médecine interne lors de la première année de résidence, ce qui n'est pas une formation adéquate pour pouvoir prendre en charge de façon compétente et même sécuritaire de problèmes médicaux de patients hospitalisés qui ne sont pas en lien avec la radio-oncologie. Compte tenu des enjeux, notamment éthiques, légaux et professionnels, nous n'encourageons donc pas la prise en charge de patients hospitalisés, mais la continuation des traitements de patients atteints de cancer. *(Inspiré du libellé de Cancer care Ontario)*

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

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