



POSITION DE LA GOC POUR LA PRISE EN CHARGE ET LE TRAITEMENT DES FEMMES AVEC UN CANCER GYNÉCOLOGIQUE EN PÉRIODE DE PANDÉMIE

Alexandra Sebastianelli, Marie Plante, Éve-Lyne Langlais, Shannon Salvador, Anna Cameron, Alon Altman, Taymaa May, Janice Kwon, James Bentley

MISE EN CONTEXTE

Dans le contexte actuel de la pandémie de COVID-19, nous vivons actuellement une baisse drastique de l'accès au bloc opératoire imposée par les instances gouvernementales afin de se préparer et faire face à cette crise de santé publique. Conséquemment, des délais dans la prise en charge chirurgicale des femmes avec un cancer gynécologique seront inévitablement rencontrés. Certains de ces délais pourraient être préjudiciables pour les patientes avec un impact négatif sur la survie.

POSITION DE LA GOC

Dans ces circonstances, à l'image des diverses sociétés internationales, nous croyons nécessaire d'établir des **critères de priorisation** des cancers gynécologiques afin de faciliter et de standardiser à l'échelle nationale la sélection des cas et ce en fonction de la situation propre au Canada (1-3). Ces critères doivent être établis en fonction de l'agressivité des pathologies rencontrées de même que des chances de guérison par un geste chirurgical. La disponibilité des ressources et la sécurité des femmes immunosupprimées devra également être prise en considération au moment de la prescription de chimiothérapie ou d'un traitement systémique. Conséquemment, un système de priorisation pour les femmes qui nécessitent un traitement de chimiothérapie devra également être mis en place, et ce, pour la période de pandémie de même que pour la période de rattrapage qui suivra.



PRISE EN CHARGE DES CANCERS GYNÉCOLOGIQUES EN PÉRIODE DE PANDÉMIE DE COVID-19

Dans tous les cas où une décision s'impose de reporter le traitement chirurgical ou systémique, l'avis concerté d'un comité interdisciplinaire est souhaitable. Ceci permettra de déterminer l'urgence de procéder à la chirurgie de même que des ressources nécessaires pour les soins précis. Les critères de décision de traitement devraient être basés sur l'agressivité de la maladie ET la possibilité d'un traitement à visée curative et ce sans égard à l'âge de la patiente. Le statut de performance ECOG devrait être pris en considération dans la décision de priorisation. Par ailleurs, le niveau d'intervention souhaité par la patiente, la détermination du niveau de soins de même que le plan de traitement devrait être discuté avec chacune d'elle. Les équipes de gynécologie oncologique devraient continuer de recevoir les nouvelles demandes de consultations. Les visites de téléconsultations devraient être préconisées lorsqu'elles sont appropriées.

Il est essentiel que les soins offerts à la population oncologique soient maintenus afin de ne pas compromettre la santé de ces patientes. Dans ces circonstances, la GOC recommande fortement que soit maintenu **l'accès en radiologie d'intervention pour la biopsie de lésions qui nécessitent un prélèvement histologique pour l'orientation des soins**. L'accès aux soins de radio-oncologie pour les traitements à visée curative doit également être maintenu. Les soins palliatifs doivent demeurer accessibles pour optimiser la gestion de la douleur ou d'autres symptômes des femmes en fin de vie.

En période de pandémie, à des fins d'utilisation appropriée des ressources opératoires, anesthésiques et de soins intensifs, la chimiothérapie intrapéritonéale hyperthermique devrait être omise. Les chirurgies à haut niveau de complexité de même que les situations qui impliquent des femmes avec comorbidités importantes, où le risque d'admission à l'unité des soins intensifs en post-opératoire est important, devraient être réévaluées au profit d'options alternatives.



Dans tous les cas où une décision s'impose de reporter le traitement chirurgical, les femmes doivent être réévaluées périodiquement afin de s'assurer de l'absence de progression.

Ce document fait des suggestions pour le traitement des femmes avec un cancer gynécologique en pandémie de COVID-19. Des soins complémentaires pourraient être requis en période post-pandémique. Les lignes directrices provinciales de même que les ressources disponibles localement doivent être prise en considération au moment de l'application de ces directives cliniques.

INFECTION ACTIVE DE COVID-19 ET CHIRURGIE

Toute chirurgie devrait être reportée minimalement jusqu'à la résorption des symptômes chez la patiente porteuse du COVID-19 à moins d'une urgence vitale. Une imagerie thoracique (4) et un test COVID-19 négatif sont des options possibles, selon les ressources provinciales, pour la décision de procéder à la chirurgie en post-infection. Les risques de complications post-opératoires sont nettement augmentés chez cette clientèle COVID-19 et d'autant plus dans un contexte oncologique(5).

Le risque d'aérosolisation virale du COVID-19 a été soulevé lors des procédures minimalement invasives. La position de l'AAGL peut être consultée à cet égard (6). Cet énoncé encourage l'utilisation d'un système d'évacuation contrôlé et en circuit fermé du pneumopéritoine de type *Ultra Low Particulate Air Filtration*. Ce dernier évite l'exsufflation, et conséquemment l'échappement du gaz dans la salle d'opération, au moment de retrait des spécimens chirurgicaux ou de l'insertion/retrait des instruments chirurgicaux. L'équipement de protection ÉPI devrait être disponible et porté par tout le personnel impliqué dans les soins chirurgicaux de la femme avec infection active de COVID-19.



LES PATIENTES AVEC UN CANCER GYNÉCOLOGIQUE QUI DEVRAIENT ÊTRE PRIORISÉES POUR L'ACCÈS À LA CHIRURGIE SONT LES FEMMES AVEC :

URGENT-Immédiat

- A. Des symptômes importants sans égard au site de malignité primaire avec possibilité de chirurgie
- Saignements hémorragiques avec chute d'hémoglobine, instabilité hémodynamique et réfractaire à la transfusion
 - Symptôme réfractaire qui requiert une attention chirurgicale (p.ex. douleur)
 - Perforation digestive
 - Signes d'occlusion intestinale réfractaire au traitement médical
 - Môle hydatiforme
 - Curetage hystérectomie

URGENT- 1 À 4 SEMAINES selon la recommandation de l'équipe de soins

- B. Ces critères de décision de traitement devraient être basés sur l'agressivité de la maladie ET la possibilité d'un traitement à visée curative et ce sans égard à l'âge de la patiente. Le statut de performance ECOG devrait être pris en considération dans la décision de priorisation. Par le délai de chirurgie, ces conditions sont à risque de détérioration avec impact délétère sur la survie de la patiente. Les femmes avec une maladie métastatique devraient être orientées vers une approche médicale.
- CANCER DE L'OVAIRE
 - Masses suspectes/élévation des marqueurs/ascite;
 - Cytoréduction d'intervalle chez la femme dont le nombre maximal de cycles de chimiothérapie néo-adjuvante jugé adéquat a été reçu;



- Cytoréduction de première intention pour cancer de l’ovaire ayant peu de chance de répondre à la chimiothérapie néo-adjuvante (p.ex. cancer séreux de bas grade, cancer à cellules claires ou mucineux).
- **CANCER DE L’ENDOMÈTRE ET DE L’UTÉRUS**
 - Cancer endométrial de haut grade (FIGO grade 3/grade 2 p53 muté, séreux /carcinosarcome/indifférencié/ cancer à cellules claires);
 - Sarcome utérin suspecté ou confirmé.
- **CANCER DU COL DE L’UTÉRUS**
 - Non micro-invasif (FIGO 2019 IB1, IB2);
 - FIGO IB3 ou plus devrait être évalué pour traitement par chimio-radiothérapie concomitant.
- **CANCER DE LA VULVE**
 - Tumeur de gros volume (stade IB ou plus);
 - En présence d’une tumeur en contact avec les sphincters, une chimio-radiothérapie concomitante devrait être favorisée.

SEMI-URGENT

C. Bien qu’une chirurgie soit préférable dans les 28 jours comme le stipule les normes d’accès à la chirurgie oncologique, les patientes suivantes seront reportées après évaluation au cas par cas :

- **TUMEUR OVARIENNE**
 - Masse ovarienne avec marqueurs tumoraux normaux.



- CANCER DE L'OVAIRE
 - Cancer ovarien avancé avec possibilité d'amorcer une chimiothérapie néo-adjuvante ou administrer un/des cycles supplémentaires de chimiothérapie.

- CANCER DE L'ENDOMÈTRE
 - **EIN/hyperplasie atypique and cancer de l'endomètre de bas grade**
 - Dans ces deux situations, en l'absence de contre-indication, un traitement hormonal progestatif pourrait être offert dans l'attente de la chirurgie;
 - Après 12 semaines de traitement progestatif, si la biopsie de l'endomètre demeure positive (évidence de malignité), la chirurgie devrait alors être considérée urgente.

- CANCER DU COL DE L'UTÉRUS
 - Les cancers du col de stade IA1 et IA2 pourront être observés et un LEEP sous anesthésie locale pourrait être offert de concert avec une imagerie de stade ganglionnaire.

- CANCER DE LA VULVE
 - Les tumeurs de stade IA pourraient être adressées par exérèse chirurgicale élargie sous anesthésie locale dans des cas sélectionnés.

CONSIDÉRATION POUR LA THÉRAPIE SYSTÉMIQUE

Toute femme avec un diagnostic d'infection active de COVID-19 ne devrait pas recevoir de traitement de chimiothérapie, d'immunothérapie ou de thérapie ciblée, qu'elle soit orale ou intraveineuse. La durée du report devrait être en fonction de l'évolution clinique et les consignes établies par la PCI. Le risque de complications sévères ou de mortalité, même en



présence de symptômes légers de l'infection de COVID-19 pour cette population déjà immunodéprimée, est grandement augmenté (5). Ces patientes devraient également pratiquer l'auto-isolément afin de ne pas propager l'infection. Au moment de la prescription de chimiothérapie, les agents minimisant les risques d'immunosuppression de même que les régimes qui requièrent moins de visites médicales (incluant les thérapies orales) devraient être favorisés lorsque possible. Les femmes porteuses d'une néoplasie gynécologique et qui sont sous thérapie de maintenance intra-veineuse devraient bénéficier d'une discussion avec leur équipe de soin des avantages et risques par rapport au maintien du traitement durant la pandémie de COVID-19. Les inhibiteurs de PARP sont également immunosuppresseurs et peuvent générer de l'anémie à risque de transfusion. Retarder leur initiation en période de pandémie devrait être considéré et évalué au cas par cas selon la récupération hématologique post-chimiothérapie. Les femmes déjà en thérapie de maintenance avec un inhibiteur de PARP peuvent poursuivre leur traitement tout en étant bien informées des risques de complications sévères si elles s'infectent au virus COVID-19.

PRIORISATION DE CATÉGORIE DES THERAPIES SYSTÉMIQUES

URGENT-Immédiat

- A. Les patientes suivantes avec un nouveau diagnostic de malignité ou un fardeau tumoral élevé sont celles qui bénéficient d'une prise en charge urgente afin de maximiser la survie globale et la survie sans récurrence :
- Néoplasie gestationnelle trophoblastique ;
 - Tumeur germinale ;
 - Patiente qui requière une chimiothérapie à visée curative ;
 - Chimiothérapie néo-adjuvante pour cancer ovarien ;
 - Chimiothérapie de sensibilisation per-radiothérapie pour cancer du col, du vagin ou de la vulve avancé.



SEMI-URGENT- DÉBUTER DANS UN DÉLAI MAXIMAL DE 1-3 MOIS

B. Les femmes avec les conditions suivantes devraient bénéficier d'une administration de chimiothérapie dans un délai de 1 à 3 mois afin de maximiser leur survie et/ou la gestion de leurs symptômes :

- Diagnostic d'une récurrence de malignité après traitement initial qui nécessite un traitement pour gestion des symptômes ;
- Nouveau diagnostic de malignité qui requiert un traitement adjuvant à visée curative ;
- Récurrence de cancer ovarien sensible aux sels de platine.

CONCLUSION

La GOC demeurera vigilante et poursuivra son travail de collaboration avec les différentes instances de santé afin d'offrir les ressources d'informations optimales à ses membres de même qu'à la population. Les présentes recommandations sont applicables uniquement à la période de pandémie de COVID-19. La situation est sujette à une modification régulière et ces lignes directrices seront jugées caduques au moment du retour à un accès aux soins oncologiques usuels et à la suite du rattrapage du retard engendré par la pandémie.



RÉFÉRENCES

1. Ramirez PT, Chiva L, Eriksson AGZ, Frumovitz M, Fagotti A, Gonzalez Martin A, et al. COVID-19 Global Pandemic: Options for Management of Gynecologic Cancers. *Int J Gynecol Cancer*. 2020.
2. SGO. March 23, 2020: Gynecologic Oncology Considerations during the COVID-19 Pandemic 2020 [Available from: <https://www.sgo.org/clinical-practice/management/covid-19-resources-for-health-care-practitioners/gyn-onc-considerations-during-covid-19/>].
3. CNGOF GFpl. Recommandations pour la prise en charge chirurgicale des cancers gynécologiques en période de pandémie COVID-19 2020 [Available from: <https://www.scgp-asso.fr/actualites/recommandations-pour-la-prise-en-charge-chirurgicale-des-cancers-gynecologiques-en-periode-de-pandemie-covid-19/>].
4. Salehi S, Abedi A, Balakrishnan S, Gholamrezanezhad A. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): A Systematic Review of Imaging Findings in 919 Patients. *AJR Am J Roentgenol*. 2020:1-7.
5. Liang W, Guan W, Chen R, Wang W, Li J, Xu K, et al. Cancer patients in SARS-CoV-2 infection: a nationwide analysis in China. *Lancet Oncol*. 2020;21(3):335-7.
6. AAGL A, IGCS, SGO, SGS, Canadian Society for the Advancement of Gynecologic Excellence. COVID-19: Joint Statement on Minimally Invasive Gynecologic Surgery 2020 [Available from: <https://www.aagl.org/news/covid-19-joint-statement-on-minimally-invasive-gynecologic-surgery/>].
7. Moore K, Colombo N, Scambia G, Kim BG, Oaknin A, Friedlander M, et al. Maintenance Olaparib in Patients with Newly Diagnosed Advanced Ovarian Cancer. *N Engl J Med*. 2018;379(26):2495-505.
8. Mirza MR, Monk BJ, Herrstedt J, Oza AM, Mahner S, Redondo A, et al. Niraparib Maintenance Therapy in Platinum-Sensitive, Recurrent Ovarian Cancer. *N Engl J Med*. 2016;375(22):2154-64.