

Chirurgie oncologique et COVID 19

Préambule

La pandémie de COVID 19 impacte l'activité de chirurgie oncologique, directement et indirectement.

Les patients atteints de cancer sont plus à risque d'infection en général en particulier du fait de l'immunosuppression liée au cancer d'une part et aux traitements, chimiothérapie, chirurgie, d'autre part. Les patients atteints de cancer sont plus à risque d'infection COVID 19 et en cas d'atteinte par le COVID leur pronostic est péjoratif par rapport aux patients atteints de cancer indemnes de COVID 19 (Wenhua Liang et al, Cancer patients in SARS-CoV-2 infections : a nationwide analysis in China. Lancet 2020;21:335-337). Il faut donc à tout prix éviter l'infection COVID pour les patients atteints de cancer.

Les limites des recommandations COVID

Toute recommandation dans le contexte COVID 19 doit permettre de se rapprocher le plus possible de la qualité de la prise en charge chirurgicale habituellement recommandée. Ces propositions de recommandations de bonnes pratiques ne sont pas soutenues par des publications spécifiques.

Les recommandations COVID de la SFCO ont pour objet de :

- fournir aux chirurgiens oncologues un guide de bonnes pratiques dans ce contexte d'épidémie COVID 19.
- protéger les personnels soignants, les patients,
- réduire le flux d'interventions pour libérer le personnel, les lits
- de réduire les risques de besoin de réanimation ou de produits sanguins pour autre chose que l'épidémie de COVID.

Pour chaque situation la proposition de recommandations représente un compromis entre le risque d'opérer, en période de COVID, et le risque oncologique de retarder ou d'annuler la prise en charge chirurgicale. Il faut privilégier dans chaque situation où il existe des options avec et sans chirurgie, l'option limitant au maximum le recours à la chirurgie pour réduire les passages et séjours en milieu hospitalier (exemple : privilégier l'imagerie ganglionnaire à la chirurgie ganglionnaire...).

Pour les situations non curatives, il est essentiel que soit précisée clairement par écrit dans le dossier la notion d'accès à la réanimation validé ou non. Cette précision devra être

envisagée avec l'équipe de réanimation qui pourrait prendre en charge le patient et précisée dans le dossier patient.

Dans le contexte actuel ces recommandations sont à adapter aux réalités locales de la pandémie, aux recommandations des ARS et, bien sûr, ces recommandations sont vouées à être évolutives et seront mises à jour à chaque fois que ce sera pertinent.

Les risques liés au COVID et recommandations générales

La transmission virale se fait essentiellement par les gouttelettes de salive. Ce qui justifie, pour les personnes a priori non infectées, la recommandation d'éloignement d'un mètre entre chaque personne et la recommandation de port de masque.

Le virus peut rester sur des surfaces. On peut donc l'avoir transitoirement sur les mains, les gants et s'infecter en portant les mains à la bouche ou sur le visage. Ceci justifie le lavage des mains régulier. Il faut retirer ses gants sans toucher les surfaces qui ont été au contact avec l'extérieur. Il ne faut pas toucher son masque.

Les patients infectés et en détresse respiratoire restent intubés ventilés en moyenne 2 à 3 semaines. Ce qui est, avec le grand nombre de patients, un des facteurs d'augmentation de l'occupation des lits de réanimation et de dépassement des capacités.

Dans tous les cas les gestes barrières de protection sont fondamentaux.

Il convient donc de rechercher les symptômes (fièvre, toux, myalgies, frissons, expectoration, anosmie) afin de pouvoir identifier les patients qui nécessitent une prise en charge diagnostique et thérapeutique avant d'entrer dans la prise en charge oncologique.

Les risques directs

Patients COVID +

- Décaler la chirurgie, sauf situation d'urgence liée au cancer.
- Privilégier la prise en charge de l'infection par le COVID
- Ré-envisager la prise en charge oncologique une fois l'infection COVID traitée.
- Sanctuariser les services de chirurgie oncologique, les activités de chirurgie oncologique dans les services polyvalents, dans des secteurs COVID négatif.

Patients COVID –

Les patients COVID – sont en fait des patients pour qui on ne connaît pas le statut COVID. Soit les patients sont asymptomatiques et peuvent entrer dans la filière de soins. Soit les patients sont symptomatiques et, en dehors de contexte urgent, retournent au domicile avec tous les conseils de gestes barrière, de repos, d'antipyrétique, pour ne revenir dans la filière de soins que dans les 15 jours afin de limiter les risques qu'ils soient toujours contaminants. Cette remarque évoluera avec l'ouverture éventuelle de l'accès aux tests.

- Diagnostic
 - Limiter au maximum la chirurgie diagnostique
 - Privilégier le recours aux biopsies par endoscopie ou radiologie interventionnelle

- Consultation pré opératoire
 - Limiter la consultation au patient seul sans accompagnant et privilégier la téléconsultation chaque fois que possible afin de limiter la mobilisation des patients
 - Recueillir les directives anticipées avant toute prise en charge
 - Déterminer les comorbidités qui participent aux risques de recours à la réanimation
 - Déterminer les risques de consommation de produits sanguins et leurs dérivés

- RCP
 - Prendre les précautions vis-à-vis de l'infection pendant la RCP, voir privilégier la RCP virtuelle par visioconférence chaque fois que possible
 - Envisager les alternatives à la chirurgie (imagerie, marqueurs)
 - Pour l'évaluation de la résecabilité
 - Pour le bilan d'extension locorégionale
 - Pour le bilan ganglionnaire
 - Envisager la possibilité de traitements d'attente permettant de décaler l'acte chirurgical : discuter l'indication de traitement néoadjuvant permettant soit de retarder la chirurgie soit de l'éviter : exemples
 - Hormonothérapie néoadjuvante en cas de cancer du sein infiltrant avec récepteurs hormonaux fortement positifs
 - Chimiothérapie néoadjuvante des cancers avancés de l'ovaire
 - En cas de co morbidités, de chirurgie complexe, longue, envisager la pertinence de l'indication opératoire dans le contexte COVID avec les anesthésistes- réanimateurs de l'équipe de réanimation qui seraient potentiellement sollicitée afin de valider ou non l'indication. Il faut avoir à l'esprit qu'une éventuelle infection COVID de ce type de patient dans le mois qui suit la chirurgie entraîne une forme sévère dans les 2 tiers des cas.

- Bloc Opératoire
 - Pour toute chirurgie des Voies Aero Digestives Supérieures, il faut envisager les masques SFP2 pour le personnel en salle dès lors qu'il s'agit de patients suspects d'infection pulmonaire mais non testées COVID

- Chirurgie curatrice initiale : exérèse de la tumeur
 - Il faut distinguer deux situations différentes :
 - Retarder la chirurgie curatrice entraîne un risque de perte de chance de guérison : La chirurgie curatrice doit être maintenue
 - Retarder de quelques semaines (4 à 6 semaines) la chirurgie curatrice n'entraîne pas de perte de chance : retarder la chirurgie curatrice
 - Toutes ces décisions doivent être validées en RCP
 - Le risque de transfert en réanimation doit être évalué et le cas échéant validé avec l'équipe de réanimation sensée prendre en charge le patient en cas de besoin de réanimation

- En cas de projet chirurgical nécessitant un transfert en réanimation, envisager les alternatives en termes de traitement néoadjuvant
 - Les indications de chirurgie d'évaluation doivent être pondérées et mise en balance avec l'imagerie, la radiologie interventionnelle de façon à limiter les passages au bloc opératoire et les hospitalisations (Chirurgie ganglionnaire, coelioscopie d'évaluation péritonéales, biopsies diagnostiques Trans pariétales...).
 - Les indications des traitements combinés, comme la CHIP, ou innovants comme la PIPAC, doivent être remis en question ou reportés
 - En cas de chirurgie par coelioscopie ou robot, il existe un risque d'aérosolisation du virus, il faut donc limiter au maximum toute fuite de gaz et protéger le personnel en salle
 - Utiliser trocarts à ballonnet, pour limiter les fuites
 - des aspirateurs de fumée
 - Eviter toute extériorisation de pneumopéritoine ou pneumothorax (fuites aux changements de trocarts, à l'insertion de nouveaux trocarts, exsufflation). Il ne faut absolument pas créer de fuite de gaz pour améliorer la visibilité mais aspirer.
 - Port de masque type FFP2 pour les chirurgiens, anesthésistes, IADE, IBODE dans la salle
 - On peut envisager de décaler à la fin de la pandémie une prise en charge chirurgicale simple, sans autre alternative thérapeutique chez un patient âgé ou à risque.
- Chirurgie de rattrapage ou palliative
 - Hors contexte urgent, ce type de chirurgie doit être remis en question au prorata de la balance bénéfice risque ou au moins reporté
 - Chirurgie de reconstruction et fonctionnelle
 - En cas de chirurgie de reconstruction primaire, associée au geste curatif dans le même temps opératoire, il faut envisager la possibilité de la maintenir. C'est parfois complètement indispensable, associé au geste
 - En cas de chirurgie de reconstruction secondaire, différée, ce type de chirurgie doit être décalé à la fin de la pandémie
 - Modalités d'hospitalisation
 - Ambulatoire
 - Modalité à privilégier chaque fois que possible en conservant les critères de sécurité de l'ambulatoire comme le fait que le patient ne soit pas seul à domicile au soir de l'intervention
 - Conventionnelle
 - Les Visites sont à interdire
 - USC
 - Pas de visite
 - Les transferts en réanimation doivent avoir été anticipés avant l'intervention (validation de l'indication opératoire) et rediscutés avec

l'équipe de réanimation. Une des caractéristiques de la période de pandémie est justement le très faible accès aux réanimations des zones fortement impactées. Cet aspect doit impérativement être anticipé et envisagé avec les réanimateurs

- Fin de vie
 - Ré examiner la question des visites au cas par cas
- Post-opératoire
 - En cas de suites post opératoires simples privilégier la téléconsultation
 - En cas de visite post-opératoire, la faire sans accompagnant
- Anatomie Pathologique
 - Prévenir les collègues anatomopathologistes en cas de patient COVID suspect ou COVID prouvé si il y a manipulation de pièce fraîche
- Surveillance
 - Privilégier la téléconsultation pour les patients asymptomatique et bilans de suivi (imagerie, marqueurs) non suspects
 - En cas de signes manifestes de récurrence le patient devra être vu et sa prise en charge envisagée
- Recherche clinique
 - Suivi patients inclus
 - Privilégier la téléconsultation
 - Nouvelles inclusions
 - Arrêter les nouvelles inclusions

Les risques liés au COVID

Enfin dans ce contexte particulier il convient de prendre en compte l'angoisse des patients et de leurs proches.

Il faut accompagner ces mesures des explications qui les justifient. Le contexte de pandémie COVID fait apparaître une part importante de communication avec les patients, leur entourage mais aussi bien sûr avec le personnel soignant.

Nécessité de considérer le soutien psychologique des équipes dont l'adaptation du plan de soins des patients peut être déroutante, possibilité d'aborder des questions éthiques que ces parcours aménagés dans ce contexte de pandémie covid 19 génèrent.

Cette importance particulière de l'information doit amener les équipes à mettre en place une stratégie particulière d'accès à l'information : numéro vert, téléconsultation ...

Références

<https://www.ecco-org.eu/Global/News/COVID-19/Resources>

<https://www.who.int/>

<https://www.onco-occitanie.fr/pro/page/covid-19-et-cancer>

Auteurs

- Rédacteurs

Classe JM, Dolivet G, Evrard S, Ferron G, Lécuru F, Leufflen L, Rivoire M

- Relecteurs

Bozec A, Dupré PF, Houvenaeghel G, Labbe D, Lambaudie E, Leblanc E, Narducci