

4 mai 2020

Réponse  
rapide

COVID-19 : Revue des lignes  
directrices et recommandations  
pour la prise en charge des cancers  
ORL / tête et cou en contexte de  
pandémie

Une production de l'Institut  
national d'excellence en santé  
et en services sociaux (INESSS)

Cette réponse rapide a été préparée par les professionnels scientifiques de la Direction des services de santé de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS).

## RESPONSABILITÉ

L'INESSS assume l'entière responsabilité de la forme et du contenu définitif de ce document au moment de sa publication. Ses conclusions ne reflètent pas forcément les opinions des personnes consultées aux fins de son élaboration. Suivant l'évolution de la situation, cette réponse rapide pourrait être appelée à changer.

### **Dépôt légal**

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2020

Bibliothèque et Archives Canada, 2020

ISBN : 978-2-550-86579-7 (PDF) INESSS

© Gouvernement du Québec, 2020

La reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée à condition que la source soit mentionnée.

Pour citer ce document : Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). COVID-19 : Revue des lignes directrices et recommandations pour la prise en charge des cancers ORL / tête et cou en contexte de pandémie. Québec, Qc : INESSS; 2020. 14 p.

L'Institut remercie les membres de son personnel qui ont contribué à l'élaboration du présent document.

# COVID-19 : Revue des lignes directrices et recommandations pour la prise en charge des cancers ORL / tête et cou en contexte de pandémie

## CONTEXTE

*Le présent document a été rédigé en réponse à une interpellation du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) dans le contexte de l'urgence sanitaire liée à la maladie à coronavirus (COVID-19) au Québec. L'objectif est de réaliser une recension sommaire des recommandations publiées afin d'appuyer les travaux du MSSS visant à se doter de directives provinciales en matière de prise en charge des patients atteints d'un cancer ORL / tête et cou, destinées aux décideurs publics et aux professionnels de la santé et des services sociaux. Vu la nature rapide de cette réponse, les présents travaux ne reposent pas sur un repérage exhaustif des données publiées et une évaluation de la qualité méthodologique des publications avec une méthode systématique. Dans les circonstances d'une telle urgence de santé publique, l'INESSS reste à l'affût de toutes nouvelles publications susceptibles de lui faire modifier cette réponse rapide.*

## PRÉSENTATION DE LA DEMANDE

Dans le présent contexte d'urgence sanitaire, une réorganisation significative des soins destinés aux patients atteints de cancer a été entreprise afin de protéger les patients des risques de contracter la COVID-19 et aussi de permettre une réallocation de certaines ressources à la prise en charge de la COVID-19. Le MSSS a entrepris des travaux dans le but d'orienter les équipes de soins sur ce qui devra être maintenu, délesté ou adapté dans un contexte où le système ne permettrait qu'un accès limité à certains services.

Une recension sommaire des principales lignes directrices et prises de position par des associations, des sociétés savantes et des consensus d'experts en lien avec la priorisation des soins en contexte d'urgence sanitaire a été effectuée. Un comité d'experts québécois spécialisés en cancers ORL / tête et cou a par la suite été formé par le MSSS pour discuter des informations extraites de la littérature et formuler, par consensus, des recommandations en lien avec la priorisation des soins propres au contexte québécois.

Le document présente la revue de la littérature qui a appuyé les travaux du groupe d'experts. Les recommandations finales sont disponibles sur le site du MSSS au lien suivant : [Priorisation des patients](#).

## MÉTHODOLOGIE

### Question d'évaluation

Quels sont les principales lignes directrices et prises de position des associations, des sociétés savantes et des consensus d'experts en lien avec la priorisation des soins pour le traitement du cancer ORL / tête et cou en contexte d'urgence sanitaire?

### Revue de littérature

#### Repérage des publications :

Littérature scientifique :

- La revue de la littérature (langue anglaise et française) a été effectuée en date du 30 mars 2020, dans PubMed avec les mots clés suivants : COVID-19, *coronavirus*, *ear nose throat cancer*, *ENT cancer*, *head and neck cancer*, *prioritization*, *cancer ORL*, cancer de la tête et du cou, priorisation, *guidelines*, guide, recommandations.
- Les listes de références des documents retenues ont été consultées afin de repérer d'autres publications admissibles. Les liens *similar articles* et *cited by* de l'interface PubMed ont été consultés pour chacune des publications scientifiques retenues ainsi que des revues narratives pertinentes.

Littérature grise :

- Une recherche dans google a été faite avec les mots-clés mentionnés (langue française et anglaise).
- Les sites Web des organismes consultés sont présentés à l'[annexe A](#).

#### Sélection des publications :

- Les publications pertinentes (lignes directrices, orientations cliniques, éditoriaux, lettres d'opinion, communications scientifiques ou documents de travail) et spécifiques à la priorisation de cas et à la prise en charge des cancers ORL / tête et cou en contexte de pandémie de COVID-19 ont été retenues.
- Les recommandations d'ordre général quant aux mesures de protection contre le coronavirus n'ont pas été retenues.
- La sélection des publications a été effectuée par un professionnel scientifique en cancérologie selon les critères d'inclusion suivants :
  - Population : patients atteints d'un cancer ORL / tête et cou;
  - Intervention : tri des références pour la prise en charge, procédure diagnostique, chirurgie, radiothérapie, traitement systémique (chimiothérapie, thérapie ciblée, immunothérapie), suivi;

- Contexte : priorisation des soins (maintien, délestage ou adaptation thérapeutique) en contexte d'urgence sanitaire liée à la pandémie de COVID-19.

### **Extraction des données et synthèse :**

- L'extraction des données a été effectuée par un professionnel scientifique en oncologie.
- Les données extraites comprennent, s'il y a lieu (si applicable et selon la disponibilité de l'information) :
  - Caractéristiques de la publication : auteur, date de publication ou de diffusion, source des recommandations, type de publication, juridiction;
  - Recommandations : siège tumoral, situation clinique (stade, grade, symptômes, etc.), intervention, risque de récurrence ou de progression de la maladie, alternative de prise en charge proposée (maintien, délestage ou adaptation thérapeutique), technique, source des données probantes en appui à la décision (p. ex. une étude clinique) et autres particularités.
- Les recommandations ont été extraites telles que publiées, et celles rédigées en anglais ont été traduites en français (traduction libre).
- Les recommandations ont été classées selon différentes étapes relatives à la trajectoire clinique de soins.

### **Validation et assurance qualité**

Le tableau synthèse des lignes directrices et recommandations extraites de la littérature a été présenté et a fait l'objet de discussion au sein du comité d'experts mis en place par le MSSS pour la formulation de leurs recommandations.

Une validation du contenu du document a par la suite été effectuée par la coordination scientifique et la direction des services de santé responsable de sa production. Une validation de la cohérence avec le gabarit de réponse rapide et de la transparence des aspects méthodologiques a été réalisée sous la responsabilité de la Vice-présidence scientifique de l'INESSS par le Bureau – Méthodologie et éthique. Une validation finale de la réponse rapide a été effectuée par la Vice-présidence scientifique de l'INESSS.

## **SOMMAIRE DES RÉSULTATS**

### **Positions des sociétés savantes, associations médicales, consensus ou opinions d'experts**

- Dix publications rapportant les prises de position et les lignes directrices relatives à la priorisation des soins selon le contexte d'urgence sanitaire ainsi que les alternatives thérapeutiques proposées concernant la prise en charge des cancers ORL ont été retenues. L'ensemble des recommandations se trouve dans le tableau suivant.

## Lignes directrices et recommandations par étape de la trajectoire clinique

Étape de la trajectoire clinique	Recommandations	Référence, Type de publication, Date
Tri pour la prise en charge	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Renforcement immédiat du triage des références (à la fois les références d'attente de deux semaines et les références urgentes pour cancer) avec priorisation des cas très susceptibles de représenter une tumeur maligne.</li> <li>• Les patients de plus de 70 ans (et / ou présentant des comorbidités à haut risque, ou frêles) qui remplissent les critères correspondant à un cancer urgent doivent être priorisés de manière à minimiser le temps passé en milieu hospitalier.</li> <li>• Les références moins susceptibles de représenter un cancer de la tête et du cou devraient être retardées / différées, mais un registre doit être conservé pour rappel ultérieur. Envisagez des consultations téléphoniques pour vérifier la gravité lorsque l'urgence de la référence n'est pas claire.</li> <li>• Les cas non cancéreux ou bénins doivent être pris en charge en différé / rejetés.</li> </ul>	[BAHNO, 2020] (Royaume-Uni) Consensus d'experts Publié le 17 mars 2020
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les directives du NHS pour la gestion des références de cancer pendant la pandémie de la COVID-19 recommandent un triage téléphonique pour minimiser les interactions et les rendez-vous avec les services de santé et orienter les patients pour les investigations, le cas échéant.</li> <li>• Un calculateur du risque d'être atteint d'un cancer de la tête et du cou a été produit et validé de manière itérative à l'aide de données provenant de plus de 10 000 patients du Royaume-Uni [Tikka et al., 2020; Tikka et al., 2018; Tikka et al., 2016]. Le calculateur utilise des données démographiques des patients, la consommation de tabac et d'alcool, ainsi que 12 symptômes, qui peuvent tous être recueillis par téléphone, et renvoie une probabilité robuste et personnalisée d'être atteint d'un cancer de la tête et du cou. Le lien du site Web de la version la plus à jour (HaN-RC v.2) est le suivant : <a href="http://www.orlhealth.com/risk-calculator-2.html">http://www.orlhealth.com/risk-calculator-2.html</a>.</li> <li>• Les patients pour qui le risque est faible peuvent voir leur rendez-vous reporté après la résolution des problèmes liés à la pandémie, tandis qu'une consultation en présentiel peut être organisée pour ceux qui présentent un risque élevé.</li> </ul>	[ENTUK, 2020] (Royaume-Uni) Consensus d'experts Publié le 30 mars 2020
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les moyens d'interactions virtuelles avec les patients devraient être utilisés pour évaluer les nouvelles références de cancer afin d'identifier celles qui sont urgentes ou critiques (<i>emergent</i>). Les consultations en présentiel (ambulatoire / clinique) devraient être limitées aux références urgentes ou critiques.</li> </ul>	[CAHNSO, 2020] (Canada) Consensus d'experts Consulté le 5 avril 2020
Diagnostic / stadification	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Faire la meilleure utilisation possible des ressources diagnostiques disponibles. Lorsque cela est nécessaire, limitez les investigations aux modalités nécessaires à une prise de décision en matière de traitement qui soit sûre.</li> <li>• Les conseils / commentaires des professionnels de soutien demeurent essentiels, mais le recours à ceux-ci devrait se limiter aux situations où les besoins sont les plus grands.</li> </ul>	[BAHNO, 2020] (Royaume-Uni) Consensus d'experts Publié le 17 mars 2020

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Limiter les tests de bilan diagnostique pour les cas à faible risque ou pour ceux qui présentent une faible suspicion clinique de malignité.</li> <li>• Les interventions supplémentaires (p. ex. évaluation / extraction dentaire, gastrostomie endoscopique percutanée) devraient être limitées aux situations de besoin absolu.</li> <li>• Si possible, organiser les tests d'investigation pour qu'ils soient faits en une seule visite.</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'endoscopie des voies aérodigestives supérieures doit être considérée comme une procédure médicale générant des aérosols.</li> <li>• L'endoscopie des voies aérodigestives supérieures ne devrait être réalisée que lorsqu'absolument nécessaire. L'équipement de protection individuel approprié doit être porté durant l'endoscopie.</li> <li>• Les procédures diagnostiques, incluant l'imagerie et les biopsies, devraient être limitées aux cas présentant un risque de malignité élevé.</li> </ul>	[CAHNSO, 2020] (Canada) Consensus d'experts Consulté le 5 avril 2020
Comités multidisciplinaires	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Maintenir la fréquence des réunions d'équipes multidisciplinaires (<i>MDT, mutlidisciplinary teams</i>), mais réduire leur durée au minimum.</li> <li>• Obtenir des conseils /commentaires particuliers de professionnels de soutien lorsque les décisions en matière de traitement sont susceptibles d'être influencées.</li> <li>• Des mesures immédiates devraient être prises localement pour planifier la priorisation des plans de traitement du cancer de la tête et du cou, avec une discussion appropriée dans le cadre de réunions d'équipes multidisciplinaires (avec des décisions clairement documentées).</li> <li>• Représentation pour quorum (minimum) : coordonnateur de réunion d'équipes multidisciplinaires, chirurgie tête et cou (selon la diversité des cas, habituellement 1x ORL et 1x chirurgien maxilo-facial et oral), 1x clinicien oncologue, 1x radiologiste (avec intérêt particulier pour le cancer de la tête et du cou) et 1x pathologiste.</li> <li>• Toutes les réunions d'équipes multidisciplinaires devraient accélérer / encourager les mesures visant à faciliter les options d'accès à distance pour les membres pivots de l'équipe.</li> <li>• Envisager de limiter les discussions / élaborations de protocoles pour les scénarios cliniques courants pour lesquels des traitements reconnus existent (par exemple, les cancers précoces de la cavité buccale et du larynx glottique).</li> </ul>	[BAHNO, 2020] (Royaume-Uni) Consensus d'experts Publié le 17 mars 2020
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les réunions de comités multidisciplinaires devraient adopter un format virtuel pour assurer le fonctionnement continu à intervalles normaux et la participation continue de toutes les disciplines critiques.</li> </ul>	[CAHNSO, 2020] (Canada) Consensus d'experts Consulté le 5 avril 2020
Traitements – Appréciation générale du niveau de priorité des cancers ORL / tête et cou	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ne prendre en charge que les cas d'urgence et les cas pressants de catégorie 1, tels que les cancers, les cas d'atteintes touchant les voies respiratoires et les cas d'hémorragie.</li> </ul>	[ASOHNS, 2020] (Australie) Consensus d'experts Publié le 30 mars 2020
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Traitements en oncologie médicale : la plupart des cancers de la tête et du cou, sauf le cancer thyroïdien, sont considérés à risque élevé de progression si les soins sont reportés.</li> </ul>	[Kutikov <i>et al.</i> , 2020]

	<ul style="list-style-type: none"> <li>Traitements en radio-oncologie : les cancers de la tête et du cou sont considérés à risque élevé de progression si les soins sont reportés.</li> </ul>	Publication sous presse, disponible en ligne, section <i>Ideas and Opinions</i> Publié le 27 mars 2020
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Radiothérapie : le cancer épidermoïde de la tête et du cou est cité en exemple dans la catégorie des cancers pour lesquels il n'est pas raisonnable d'un point de vue oncologique de faire une pause de traitement ou d'arrêter le traitement.</li> </ul>	[Simcock <i>et al.</i> , 2020] Publication sous presse, disponible en ligne, consensus d'experts international Publié le 24 mars 2020
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Radiothérapie/curiethérapie : priorité aux patients traités pour une tumeur en place non opérée ou non opérable, notamment un cancer ORL, un cancer du col utérin, un cancer du poumon, par rapport aux patients traités pour un cancer de la prostate, adressés pour une radiothérapie adjuvante.</li> </ul>	[SFRO <i>et al.</i> , 2020] (France) Consensus d'experts Publié le 20 mars 2020
Traitements – éléments généraux	<ul style="list-style-type: none"> <li>La priorisation relative au traitement chirurgical des cancers de la tête et du cou devrait se faire localement afin de s'assurer que les cas à haut risque aient accès au traitement en priorité.</li> <li>Le test de la COVID-19, selon les directives régionales, devrait être réalisé pour tous les patients soumis à une intervention chirurgicale de la tête et du cou qui implique une manipulation de la muqueuse des voies aérodigestives supérieures.</li> <li>Concernant les chirurgies auprès de patients testés négatifs ou de statut inconnu pour la COVID-19 qui requièrent une manipulation de la muqueuse des voies aérodigestives supérieures, l'équipe opératoire devrait être réduite au personnel essentiel. L'équipement de protection individuel approprié doit être porté.</li> <li>Les interventions chirurgicales auprès de patients testés positifs pour la COVID-19 devraient seulement se faire dans les cas d'urgence, dans une salle dédiée. Seul le personnel essentiel doit participer à l'opération, et il doit porter l'équipement de protection individuelle approprié.</li> </ul>	[CAHNSO, 2020] (Canada) Consensus d'experts Consulté le 5 avril 2020
Traitements – Priorisation en fonction de cas spécifiques	<ul style="list-style-type: none"> <li>Des plans locaux de contingence doivent être élaborés immédiatement pour prioriser les traitements chirurgicaux et non chirurgicaux.</li> <li>Exemples chirurgicaux : <ul style="list-style-type: none"> <li>Arrêt de la chirurgie du cancer de la thyroïde.</li> <li>Restriction / arrêt des interventions chirurgicales nécessitant des soins postopératoires en unité des thérapies intensives (<i>ITU, intensive therapy unit</i>) et en « unité de haute dépendance » (<i>HDU, high dependency unit</i>).</li> </ul> </li> <li>Exemples non chirurgicaux : <ul style="list-style-type: none"> <li>Retarder le début de la chimiothérapie palliative chez les individus asymptomatiques.</li> </ul> </li> </ul>	[BAHNO, 2020] (Royaume-Uni) Consensus d'experts Publié le 17 mars 2020

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identification des cas oncologiques urgents pour lesquels on devrait PROCÉDER. Cas pour lesquels un pire résultat est attendu si la chirurgie est retardée de plus de 6 semaines. <ul style="list-style-type: none"> <li>i. Carcinome épidermoïde de la cavité orale, de l'oropharynx, du larynx ou de l'hypopharynx.</li> <li>ii. Cancers avec atteinte imminente des voies respiratoires.</li> <li>iii. Cancer papillaire de la thyroïde avec atteinte imminente des voies respiratoires, croissant rapidement, maladie volumineuse.</li> <li>iv. Cancer salivaire de grade élevé ou progressif.</li> <li>v. Mélanome de stade T3/T4.</li> <li>vi. Carcinome épidermoïde cutané progressant rapidement, avec maladie régionale.</li> <li>vii. Chirurgie de sauvetage pour maladie récurrente / persistante.</li> <li>viii. Tumeur naso-sinusienne de haut grade sans options non chirurgicale de même efficacité.</li> </ul> </li> <li>• Si le traitement non chirurgical est équivalent à une intervention chirurgicale + radiothérapie, un traitement non chirurgical est recommandé (p. ex. maladie p16 [+]).</li> <li>• Identification des cas non urgents qui devraient être DIFFÉRÉS <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Cancer de la thyroïde bien différencié sans métastases ni atteinte imminente des voies respiratoires.</li> <li>b. Patients atteints d'un cancer de la thyroïde bien différencié, traité antérieurement, présentant des taux croissants de thyroglobuline. <ul style="list-style-type: none"> <li>i. Observer ou traiter avec I-131.</li> </ul> </li> <li>c. Tumeur des glandes salivaires de bas grade, y compris les carcinomes bénins et de bas grade.</li> <li>d. La plupart des mélanomes, mélanome <i>in situ</i> (voir les nouvelles directives du NCCN concernant les marges, biopsie du ganglion sentinelle).</li> <li>e. Toutes les maladies bénignes (tumeurs nerveuses, paragangliomes, lipomes, etc.).</li> <li>f. Carcinome épidermoïde cutané sans maladie régionale. <ul style="list-style-type: none"> <li>i. Envisager la procédure en cabinet médical.</li> </ul> </li> <li>g. Carcinome basocellulaire cutané.</li> </ul> </li> </ul>	<p>[Kaiser Permanente Northern California, 2020] (États-Unis) Consensus d'experts Publié le 22 mars 2020</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Groupe A : urgence vitale (dyspnée, hémorragie) : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Prise en charge sans délai.</li> </ul> </li> <li>• Groupe B : cancérologie avec risque de perte de chance à court ou moyen terme (4 semaines) : cancers de la muqueuse des VADS, cancers des glandes salivaires évolutifs, cancers cutanés évolutifs. <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Si pas de nécessité de trachéotomie <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Si possible pas de retard à la prise en charge</li> <li>▪ Regrouper les actes en hospitalisation (imagerie, soins dentaires avant RT, PAC...) afin de limiter les allées et venues à l'hôpital.</li> <li>▪ En cas d'impossibilité de prise en charge du fait de l'épidémie, éventuellement adresser le patient vers un autre centre en capacité d'assurer la chirurgie carcinologique.</li> </ul> </li> <li>○ Si nécessité de trachéotomie</li> </ul> </li> </ul>	<p>[SFCCF, 2020] (France) Consensus d'experts Publié le 25 mars 2020</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Risque important de contamination</li> <li>▪ Si possible, différer chirurgie ou privilégier alternative non chirurgicale.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Groupe C : cancérologie avec faible risque de perte de chance à moyen terme (6-8 semaines) : cancers thyroïdiens bien différenciés, cancers cutanés non évolutifs tels que des basocellulaires, certains cancers peu évolutifs des glandes salivaires ou nodule atypique des glandes salivaires sans critères formels de malignité lors du bilan préopératoire, lésions leucoplasiques des cordes vocales. <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Réévaluer le patient au bout de 6 à 8 semaines et adapter le délai de programmation en cas de progression de la maladie et de l'évolution de l'épidémie COVID-19.</li> </ul> </li> </ul>	
Traitements – Pratiques alternatives	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prioriser la chirurgie d'un jour lorsque cela est possible (p. ex., une excision locale large sans reconstruction).</li> <li>• Envisager de réduire la durée de la chirurgie lorsque cela est possible, p. ex. par l'utilisation de lambeaux locaux / pédiculés plutôt que de lambeaux libres.</li> <li>• Restriction / arrêt de la chimioradiothérapie en faveur de la radiothérapie seule.</li> <li>• Envisager une radiothérapie hypofractionnée pour les patients chez qui cela est approprié.</li> </ul>	[BAHNO, 2020] (Royaume-Uni) Consensus d'experts Publié le 17 mars 2020
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Il devrait être envisagé d'omettre le traitement systémique pour les patients ≥ 70 ans et pour ceux moins âgés présentant des comorbidités, comme le diabète et les maladies cardiovasculaires. <ul style="list-style-type: none"> <li>○ D'une part, la méta-analyse à jour concernant la chimiothérapie pour le traitement du cancer de la tête et du cou (MACH-NC) n'a montré aucun effet de survie liée à l'ajout d'une chimiothérapie chez les patients âgés [Pignon <i>et al.</i>, 2009]. D'autre part, ces comorbidités sont liées à un risque plus élevé de décès en cas d'infection du coronavirus de la COVID-19 [Remuzzi et Remuzzi, 2020].</li> </ul> </li> <li>• Il devrait être envisagé d'omettre la chimiothérapie d'induction à base de cisplatine. <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Un avantage définitif de survie globale attribuable à l'incorporation de la chimiothérapie d'induction par rapport à la (C)RT standard n'a pas été prouvé dans des études randomisées [Blanchard <i>et al.</i>, 2013].</li> </ul> </li> <li>• La réduction du temps du traitement dans son ensemble devrait être envisagée. La (C)RT définitive doit être limitée aux techniques de surimpression intégrée simultanée (SIB) dans le programme standard (5 fractions par semaine) ou accéléré (6 fractions par semaine), afin d'obtenir une réduction d'une semaine par rapport à la technique séquentielle.</li> <li>• Il devrait être envisagé de retarder la RT postopératoire chez les patients atteints d'une tumeur des glandes salivaires jusqu'à 12 semaines après la chirurgie.</li> <li>• Une attention devrait être portée à la possibilité de consultations en psychologie dans le processus de recherche de modalités alternatives.</li> </ul>	[De Felice <i>et al.</i> , 2020] Publication sous presse, disponible en ligne, Lettre à l'éditeur Publié le 24 mars 2020
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Radiothérapie radicale : propositions de réduction du fractionnement. <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Pour patients HPV (+) : 2 Gy / fraction x 30 fractions, 1 fraction / jour (IMRT, contraintes de doses standards, cisplatine en concomitance ; étude NRG HN001; [Yom <i>et al.</i>, 2019]).</li> <li>○ 2 Gy / fraction x 33 fractions, 6 fractions / semaine (seule ou en concomitance avec Nimorazole ; étude DAHANCA; [Lyhne <i>et al.</i>, 2015; Overgaard <i>et al.</i>, 2003])</li> </ul> </li> <li>• Radiothérapie palliative : propositions de réduction du fractionnement. <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 6 Gy / fraction x 5-6 fractions, à 2 fractions/semaine (HYPO trial; [Porceddu <i>et al.</i>, 2007]).</li> <li>○ 6-8 Gy / fraction x 3 fractions, aux jours 0, 7 et 21 (3D/IMRT) ([Nguyen <i>et al.</i>, 2015]).</li> </ul> </li> </ul>	[Simcock <i>et al.</i> , 2020] Publication sous presse, disponible en ligne, consensus d'experts international Publié le 24 mars 2020

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pour les traitements palliatifs, en particulier pour les stratégies systémiques palliatives, des modifications qui réduisent l'utilisation et l'exposition potentielle des patients pendant le traitement peuvent être envisagées. En particulier, la fréquence d'administration du nivolumab en intention palliative peut être changée à un traitement aux 4 semaines. Certains patients atteints d'une maladie stable ou bien contrôlée pourraient choisir de reporter leur traitement en fonction de discussions avec leur équipe soignante.</li> </ul>	[Kaiser Permanente Northern California, 2020] (États-Unis) Consensus d'experts Publié le 22 mars 2020
Visites médicales / suivi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Limiter tous les rendez-vous de suivi.</li> <li>• Tenter immédiatement de limiter les contacts avec les patients en reportant les rendez-vous (6-9 mois) pour ceux qui ont dépassé la période de suivi où le risque de récurrence est le plus élevé (p. ex. 18-24 mois après le traitement).</li> <li>• Accorder la priorité aux patients en phase post-traitement immédiate (4/52) et envisager des intervalles plus longs entre les suivis dès que possible.</li> <li>• Commencer à faire les suivis par téléphone immédiatement, lorsque cela est possible / approprié.</li> </ul>	[BAHNO, 2020] (Royaume-Uni) Consensus d'experts Publié le 17 mars 2020
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le développement d'un programme de suivi en ligne devrait être considéré. Les patients doivent être éduqués à identifier correctement les symptômes et signes susceptibles de représenter une récurrence (douleur locale accrue et difficulté à avaler, perte de poids inexplicée et développement d'une nouvelle bosse dans la région de la tête et du cou).</li> </ul>	[De Felice <i>et al.</i> , 2020] Publication sous presse, disponible en ligne, Lettre à l'éditeur Publié le 24 mars 2020
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Surveillance après cancer : différer si possible <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Il faut s'assurer par téléphone ou téléconsultation que le patient ne présente pas de symptômes évoquant une récurrence, qui, s'ils étaient présents, devraient conduire à un maintien de la consultation.</li> <li>○ Différer les examens complémentaires (imagerie).</li> </ul> </li> <li>• Nouveau cas de cancer ou patient symptomatique ou adaptation thérapeutique (évaluation après chimiothérapie d'induction, première évaluation après traitement) : Consultation à maintenir.</li> </ul>	[SFCCF, 2020] (France) Consensus d'experts Publié le 25 mars 2020
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tout suivi en présentiel non urgent devrait être reporté. Des suivis virtuels devraient être réalisés, lorsqu'appropriés, pour guider la prise en charge et évaluer les besoins.</li> </ul>	[CAHNSO, 2020] (Canada) Consensus d'experts Consulté le 5 avril 2020

3D (radiothérapie) : radiothérapie conformationnelle en 3 dimensions; ASOHS : Australian Society of Otolaryngology Head and Neck Surgery; BAHNO : British Association of Head and Neck Oncologists; CAHNSO : Canadian Association of Head & Neck Surgical Oncology; COVID-19 : maladie infectieuse à coronavirus 2019 (*CoronaVirus Infectious Disease 2019*); CRT : chimioradiothérapie; ENTUK : Ear, Nose and Throat, Head and Neck Society, United Kingdom; Gy : gray; IMRT : radiothérapie avec modulation d'intensité; ORL : otorhinolaryngologiste; PAC : Port-à-Cath (non précisé dans la publication, interprétation de l'INESSS); RT : radiothérapie; SFCCF : Société française de carcinologie cervico-faciale; SFRO : Société Française de Radiothérapie Oncologique; VADS : voies aérodigestives supérieures.

## RÉFÉRENCES

- ASOHNS. ASOHNS GUIDELINES ADDRESSING THE COVID 19 PANDEMIC. 2020.  
Disponible à :  
<http://www.asohns.org.au/CMS/Uploads/ASOHNS%20COVID%20Update%20-%2022%20March%202020.pdf>.
- BAHNO. BAHNO statement on COVID-19 (consulté le 30 mars 2020) [site Web]. 2020.  
Disponible à :  
[https://www.bahno.org.uk/news\\_and\\_events/news/80/bahno\\_statement\\_on\\_covid19/](https://www.bahno.org.uk/news_and_events/news/80/bahno_statement_on_covid19/).
- Blanchard P, Bourhis J, Lacas B, Posner MR, Vermorken JB, Cruz Hernandez JJ, et al. Taxane-cisplatine-fluorouracil as induction chemotherapy in locally advanced head and neck cancers: an individual patient data meta-analysis of the meta-analysis of chemotherapy in head and neck cancer group. *J Clin Oncol* 2013;31(23):2854-60.
- CAHNSO. Canadian Association of Head & Neck Surgical Oncology (CAHNSO) guidelines for management of Head & Neck Cancer during the COVID-19 Pandemic (consulté le 30 mars 2020). 2020. Disponible à :  
<https://www.entcanada.org/wp-content/uploads/CAHNSO-Cancer-Mx-Guidelines-COVID-19-Apr-3-2020-.pdf>.
- De Felice F, Polimeni A, Tombolini V. The impact of Coronavirus (COVID-19) on head and neck cancer patients' care (Pre-proofs). *Radiother Oncol* : 2020.
- ENTUK. Remote triaging of urgent suspected head and neck cancer referrals during Covid-19 pandemic. 2020. Disponible à :  
[https://www.entuk.org/sites/default/files/files/ENTUK\\_2WW\\_Telephone\\_Triage\\_Letter.pdf](https://www.entuk.org/sites/default/files/files/ENTUK_2WW_Telephone_Triage_Letter.pdf).
- Kaiser Permanente Northern California. Cancer Care Guidelines during COVID-19 Epidemic. 2020. Disponible à : [https://www.entcanada.org/wp-content/uploads/NCAL-HN-Oncologic-Surgery-in-COVID-Era\\_v3.pdf](https://www.entcanada.org/wp-content/uploads/NCAL-HN-Oncologic-Surgery-in-COVID-Era_v3.pdf).
- Kutikov A, Weinberg DS, Edelman MJ, Horwitz EM, Uzzo RG, Fisher RI. A War on Two Fronts: Cancer Care in the Time of COVID-19. *Ann Intern Med* 2020;
- Lyhne NM, Primdahl H, Kristensen CA, Andersen E, Johansen J, Andersen LJ, et al. The DAHANCA 6 randomized trial: Effect of 6 vs 5 weekly fractions of radiotherapy in patients with glottic squamous cell carcinoma. *Radiother Oncol* 2015;117(1):91-8.
- Nguyen NT, Doerwald-Munoz L, Zhang H, Kim DH, Sagar S, Wright JR, Hodson DI. 0-7-21 hypofractionated palliative radiotherapy: an effective treatment for advanced head and neck cancers. *Br J Radiol* 2015;88(1049):20140646.
- Overgaard J, Hansen HS, Specht L, Overgaard M, Grau C, Andersen E, et al. Five compared with six fractions per week of conventional radiotherapy of squamous-

- cell carcinoma of head and neck: DAHANCA 6 and 7 randomised controlled trial. *Lancet* 2003;362(9388):933-40.
- Pignon JP, le Maitre A, Maillard E, Bourhis J, Group M-NC. Meta-analysis of chemotherapy in head and neck cancer (MACH-NC): an update on 93 randomised trials and 17,346 patients. *Radiother Oncol* 2009;92(1):4-14.
- Porceddu SV, Rosser B, Burmeister BH, Jones M, Hickey B, Baumann K, et al. Hypofractionated radiotherapy for the palliation of advanced head and neck cancer in patients unsuitable for curative treatment--"Hypo Trial". *Radiother Oncol* 2007;85(3):456-62.
- Remuzzi A et Remuzzi G. COVID-19 and Italy: what next? *Lancet* 2020;395(10231):1225-8.
- SFCCF. CANCEROLOGIE ORL ET COVID-19 : ETAT DES LIEUX LE 25 MARS 2020. 2020. Disponible à : <https://www.sforl.org/wp-content/uploads/2020/03/SFCCF-SFORL-COVID-19-V4.pdf>.
- SFRO, SFPM, SNRO. Epidémie de COVID-19 : Recommandations à l'usage des professionnels de l'Oncologie Radiothérapie (consulté le 30 mars 2020) [site Web]. 2020. Disponible à : <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Coronavirus-COVID-19/Recommandations-a-l-usage-des-professionnels-de-l-Oncologie-Radiotherapie>.
- Simcock R, Thomas TV, Mercy CE, Filippi AR, Katz MA, Pereira IJ, Saeed H. COVID-19: Global Radiation Oncology's Targeted Response for Pandemic Preparedness (Pre-proofs). *Clin Transl Radiat Oncol* : 2020.
- Tikka T, Kavanagh K, Lowit A, Jiafeng P, Burns H, Nixon IJ, et al. Head and neck cancer risk calculator (HaNC-RC)-V.2. Adjustments and addition of symptoms and social history factors. *Clin Otolaryngol* 2020;
- Tikka T, Paleri V, MacKenzie K. External validation of a cancer risk prediction model for suspected head and neck cancer referrals. *Clin Otolaryngol* 2018;43(2):714-7.
- Tikka T, Pracy P, Paleri V. Refining the head and neck cancer referral guidelines: a two-centre analysis of 4715 referrals. *Clin Otolaryngol* 2016;41(1):66-75.
- Yom SS, P. Torres-Saavedra P, Caudell JJ, Waldron JN, Gillison ML, Truong MT, et al. NRG-HN002: A Randomized Phase II Trial for Patients With p16-Positive, Non-Smoking-Associated, Locoregionally Advanced Oropharyngeal Cancer. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2019;105(3):684-5 (LBA10).

## ANNEXE A

### Recherche documentaire

**Tableau A1. Principales sources de repérage de la littérature scientifique et grise**

SOURCE	
Europe	<ul style="list-style-type: none"> <li>European Society for Medical Oncology (ESMO; <a href="https://www.esmo.org/">https://www.esmo.org/</a>)</li> </ul>
Canada	<ul style="list-style-type: none"> <li>Canadian Association of Head &amp; Neck Surgical Oncology (CAHNSO; <a href="https://cahnsso.com/">https://cahnsso.com/</a>)</li> <li>Canadian Society of Otolaryngology (<a href="https://www.entcanada.org/">https://www.entcanada.org/</a>)</li> <li>Cancer Care Ontario (CCO; <a href="https://www.cancercareontario.ca/en">https://www.cancercareontario.ca/en</a>)</li> </ul>
Australie	<ul style="list-style-type: none"> <li>Australian Society of Otolaryngology Head and Neck Surgery (ASOHNS; <a href="http://www.asohns.org.au/">http://www.asohns.org.au/</a>)</li> </ul>
États-Unis	<ul style="list-style-type: none"> <li>American Academy of Otolaryngology - Head and Neck Surgery (<a href="https://www.entnet.org/">https://www.entnet.org/</a>)</li> <li>American College of Surgeons (<a href="https://www.facs.org/">https://www.facs.org/</a>)</li> <li>American Society of Clinical Oncology (ASCO; <a href="https://www.asco.org/">https://www.asco.org/</a>)</li> <li>American Society for Radiation Oncology (ASTRO; <a href="https://www.astro.org/">https://www.astro.org/</a>)</li> <li>National Comprehensive Cancer Network (NCCN; <a href="https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/default.aspx">https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/default.aspx</a>)</li> </ul>
France	<ul style="list-style-type: none"> <li>Institut National du Cancer (INCa; <a href="https://www.e-cancer.fr/">https://www.e-cancer.fr/</a>)</li> <li>Société française de carcinologie cervico-faciale (SFCCF; <a href="http://www.sfccf.org/">http://www.sfccf.org/</a>)</li> <li>Société Française de Radiothérapie Oncologique (SFRO; <a href="http://www.sfro.fr/">http://www.sfro.fr/</a>)</li> </ul>
Royaume-Uni	<ul style="list-style-type: none"> <li>British Association of Head and Neck Oncologists (BAHNO; <a href="https://www.bahno.org.uk/">https://www.bahno.org.uk/</a>)</li> <li>Ear, Nose and Throat, Head and Neck Society, United Kingdom (ENTUK; <a href="https://www.entuk.org/">https://www.entuk.org/</a>)</li> <li>National Health Services (NHS; <a href="https://www.nhs.uk/">https://www.nhs.uk/</a>)</li> <li>National Institute for Health and Care Excellence (NICE; <a href="https://www.nice.org.uk/">https://www.nice.org.uk/</a>)</li> </ul>



### Siège social

2535, boulevard Laurier, 5<sup>e</sup> étage  
Québec (Québec) G1V 4M3  
418 643-1339

### Bureau de Montréal

2021, avenue Union, 12<sup>e</sup> étage, bureau 1200  
Montréal (Québec) H3A 2S9  
514 873-2563  
[inesss.qc.ca](http://inesss.qc.ca)