



## CANCEROLOGIE ORL ET COVID-19 : ETAT DES LIEUX LE 25 MARS 2020

### [Société Française de Carcinologie Cervico-Faciale](#)

**Groupe de travail : Beatrix Barry (Paris), Alexandre Bozec (Nice), Ingrid Breuskin (Villejuif), Nicolas Fakhry (Marseille), Ludovic de Garbory (Bordeaux), Sylvain Morinière (Tours), Stéphane Temam (Villejuif), Philippe Schultz (Strasbourg), Sébastien Vergez (Toulouse).**

Chers collègues, chers amis,

Dans le contexte épidémique actuel, des conseils spécifiques semblent nécessaires concernant la prise en charge des patients atteints de cancers ORL.

Ces conseils sont valables aussi bien pour les consultations que pour les interventions chirurgicales et sont naturellement susceptibles d'être modifiées au jour le jour en fonction de l'évolution de l'épidémie, des moyens techniques disponibles et des connaissances sur l'infection COVID-19.

La règle est de limiter au maximum le flux de patients afin de réduire les risques de contamination par le virus SARS-Cov-2 aussi bien des patients que du personnel soignant, particulièrement exposé en ORL. Il faut réduire au strict minimum les indications d'endoscopies et fibroscopies ORL, de trachéotomies et des interventions chirurgicales par voie endonasale.

Cela doit bien sûr tenir compte : du degré d'urgence, de la lourdeur de la chirurgie, du risque de contamination de l'équipe soignante (trachéotomie) et de la situation locale (saturation ou non de l'hôpital et des services de réanimation).

L'objectif de de limiter au maximum le risque de perte de chance pour le patient et d'anticiper le flux de patients atteints de cancers à traiter à la fin de l'épidémie.

On peut définir **3 groupes de patients**, en fonction du délai de prise en charge :

- **Groupe A** : urgence vitale (dyspnée, hémorragie)
  - Prise en charge sans délai
  - Si possible: dépistage PCR + TDM thoracique à l'arrivée du patient
  - Sinon, considérer le patient comme potentiellement COVID positif: protection maximale de l'équipe soignante selon la procédure de chaque centre.
  
- **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
  - Si pas de nécessité de trachéotomie
    - Si possible pas de retard à la prise en charge
    - Regrouper les actes en hospitalisation (imagerie, soins dentaires avant RT, PAC...) afin de limiter les allées et venues à l'hôpital
    - 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
  - **Si nécessité de trachéotomie : ATTENTION**
    - Risque important de contamination du personnel soignant
    - Si possible différer chirurgie ou privilégier alternative non chirurgicale.
  
- **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 : 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.

## Consultations

- Surveillance après cancer : différer si possible
  - 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.
  - Différer les examens complémentaires (imagerie)
- Nouveau cas de cancer ou patient symptomatique ou adaptation thérapeutique (évaluation après chimiothérapie d'induction, première évaluation après traitement) : Consultation à maintenir

## Aspects organisationnels

Il est conseillé de contacter les patients avant leur venue à la consultation ou en hospitalisation pour rechercher des signes d'infection COVID-19 et éventuellement les orienter directement vers les circuits spécifiques COVID-19.

- Consultations
  - Limiter les examens fibroscopiques
  - Tout patient vu en consultation avec examen des VADS doit être considéré comme potentiellement COVID positif : les mesures de protection du personnel doivent être mises en place (lunettes de protection, masque FFP2, charlotte avec circuit et temps de désinfection entre chaque malade)
- Hospitalisation / chirurgie
  - Si possible réaliser un dépistage des patients avant de les opérer (PCR +/- TDM thoracique)
  - Si COVID positif : différer chirurgie et transfert vers circuit spécifique COVID
- En cas de report d'une intervention chirurgicale :
  - La prise de décision se fera au cas par cas, par l'équipe prenant en charge le patient, et en concertation avec lui. La validation de la décision de report doit se faire en **RCP** avec un compte rendu écrit adressé à tous les médecins participants aux soins du patient.
  - Le patient doit être appelé par son ORL qui lui expliquera le motif du report, l'informera du délai prévisionnel avant la chirurgie et organisera une surveillance à distance (téléphone ou téléconsultation) permettant,

en cas d'apparition de signes d'évolutivité du cancer, **de réévaluer le délai de prise en charge.**

- Il est recommandé d'établir une liste de patients en attente de prise en charge, par ordre de priorité
- Il est conseillé de créer une ligne téléphonique ou une adresse mail dédiée pour que les patients puissent joindre l'équipe soignante.

## **Bibliographie**

1. *Alerte COVID-19 Endoscopies et fibroscopies ORL, chirurgie endonasale, trachéotomie et soins de trachéotomie. SFORL 21 MARS 2020*
2. *Liang W, Guan W, Chen R, et al. Cancer patients in SARS-CoV-2 infection: a nationwide analysis in China. Lancet Oncol 2020; published online Feb 14. [http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045\(20\)30096-6](http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045(20)30096-6).*
3. *Ueda M et al. Managing Cancer Care During the COVID-19 Pandemic: Agility and Collaboration Toward a Common Goal. J Natl Compr Canc Netw. 2020 Mar 20;1-4. doi: 10.6004/jnccn.2020.7560.*

*Pr. Nicolas Fakhry, Hôpital de la Conception, Marseille*

*Pr. Béatrix Barry, Présidente de la SFCCF*

*Pr. Ludovic de Gabory, Président du REFCOR*

*Pr. Stéphane Teman, Président du GETTEC*

*Pr. Vincent Couloigner, Secrétaire Général de la SFORL*

*Pr. Emmanuel Lescanne, Président du Collège ORL & CCF*

*Dr. Nils MOREL, Président du SNORL*

*Dr. Jean-Michel Klein, Président du CNP ORL*