



Since January 2020 Elsevier has created a COVID-19 resource centre with free information in English and Mandarin on the novel coronavirus COVID-19. The COVID-19 resource centre is hosted on Elsevier Connect, the company's public news and information website.

Elsevier hereby grants permission to make all its COVID-19-related research that is available on the COVID-19 resource centre - including this research content - immediately available in PubMed Central and other publicly funded repositories, such as the WHO COVID database with rights for unrestricted research re-use and analyses in any form or by any means with acknowledgement of the original source. These permissions are granted for free by Elsevier for as long as the COVID-19 resource centre remains active.



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Lettre à la rédaction

Stratégie thérapeutique et place de la chirurgie carcinologique programmée pendant la pandémie de COVID-19 : À propos d'un cas



Care management and elective carcinological surgery place during the COVID-19 pandemic: A case report

1. Introduction

La pandémie mondiale au COVID-19 qui sévit depuis la fin de l'année 2019 pose la question d'une adaptation de nos pratiques médico-chirurgicales selon un triple objectif : poursuivre le traitement des pathologies carcinologiques afin d'éviter une perte de chance aux patientes, limiter le risque de contamination des patientes par le virus SARS-CoV-2 et épargner les ressources hospitalières pour les rediriger vers la lutte contre cette pandémie. Cet article relate le cas d'une patiente atteinte d'un cancer de l'ovaire de stade avancé qui est décédée d'une infection au COVID-19 dans les suites d'une chirurgie de réduction tumorale de clôture, dans le Grand Est. Ce cas remet en cause la place de la chirurgie carcinologique programmée pendant la pandémie de COVID-19.

2. Observation

Mme V., patiente de 73 ans, est atteinte d'un adénocarcinome séreux de haut grade d'origine péritonéale de stade FIGO IVa, avec atteinte prédominante des coupes diaphragmatiques. Dans ses antécédents, on note une obésité morbide (IMC 40 kg/m²), une dyslipidémie et une hypertension artérielle. Une réévaluation scannographique est réalisée après six cures de chimiothérapie néo-adjuvante par carboplatine et paclitaxel, trois semaines avant la chirurgie, et objective une réponse partielle sans atteinte parenchymateuse notamment pulmonaire (Fig. 1). Une chirurgie de cytoréduction tumorale de clôture est décidée après avis de la RCP. À son admission, la patiente est asymptomatique. L'examen clinique est normal. Elle ne rapporte pas de contagie infectieuse COVID-19. L'intervention chirurgicale du lendemain est donc maintenue. Une omentectomie infra-gastrique avec péritonectomie diaphragmatique bilatérale par coelioscopie sont alors réalisées le 24/03/2020, sans difficultés majeures. Le résidu tumoral est jugé nul en fin d'intervention. Deux culots globulaires sont transfusés en post-opératoire en raison d'un saignement per-opératoire estimé à 650 cc, secondaire à la péritonectomie diaphragmatique. À J1, en raison d'une hypoxie, une oxygénothérapie aux lunettes à raison de 2L d'O₂/min est instaurée. Elle présente une fébricule à 38,0 °C et des crépitations bi-basaux de faible intensité à l'auscultation pulmonaire. Le scanner thoracique montre une atteinte modérée de 10 à 25 % du parenchyme pulmonaire à type d'opacité en verre dépoli, en plage, de topographie sous-pleurale, à prédominance inférieure, compatible

avec une infection COVID-19 (Fig. 2). La PCR par frottis nasopharyngé confirme le diagnostic. Le bilan biologique retrouve une pancytopenie (leucopénie à 2000/mm³, lymphopénie à 250/mm³, anémie à 7,8 g/dL et thrombopénie à 61 000/mm³) et une CRP augmentée à 42,9 mg/L. La patiente est transférée dans notre unité COVID-19. Une bi-antibiothérapie par céfotaxime et spiramycine est instaurée à J1 et de l'hydroxychloroquine à J3, conformément au protocole anesthésique en cours dans notre établissement. Les hémocultures sont stériles et l'antigénurie légionnelle est négative. La patiente est de plus en plus oxygène-réquerante (majoration progressive de l'oxygénothérapie jusqu'à 70L d'O₂/min à l'optiflow). Compte tenu de son âge et de ses comorbidités, notamment obésité et pathologie carcinologique ; l'indication d'une prise en charge réanimatoire n'est collégialement pas retenue. La patiente décède d'un arrêt cardio-respiratoire hypoxique le 03/04/2020, soit à J10 de l'intervention chirurgicale et à J9 du diagnostic de COVID-19.

3. Discussion

Ce cas met en lumière la problématique actuelle des stratégies thérapeutiques oncologiques dans le cadre de la pandémie COVID-19. Les prises en charge chirurgicales qui se basaient jusqu'à lors sur l'opérabilité et la résécabilité des lésions tumorales chez une patiente donnée, se voient désormais assujetties d'un risque supplémentaire, le risque infectieux COVID-19. L'évolution fatale de notre patiente motive plusieurs axes de réflexion : Fallait-il maintenir cette intervention alors que l'épidémie faisait rage dans le Grand Est ? Quelles indications chirurgicales peuvent-être différer à l'avenir ? Quel dépistage pré-opératoire pour nos futures patientes ?

Conformément aux recommandations de l'ESGO et du CNGOF [1,2], nous avons validé cette chirurgie de clôture au vu de l'opérabilité de la patiente, de sa bonne réponse clinico-biologique à la chimiothérapie néo-adjuvante, du nombre de cures réalisées, du faible risque de séjour post-opératoire en réanimation, et de l'absence de signes cliniques ou de notion de contact COVID-19, ne bénéficiant pas à l'époque de recommandations concernant le dépistage pré-opératoire systématique du COVID-19. Notre attitude s'est alors basée sur une évaluation scannographique poussée de l'étage sus-mésocolique. Au vu de son atteinte superficielle et de son accessibilité à une résection optimale, confirmée lors de l'exploration laparoscopique, l'intervention a été poursuivie par coelioscopie, afin de réduire la morbidité du geste et la durée du séjour post-opératoire, action légitime au sein d'un centre fortement touché par le COVID-19 [3,4]. Bien évidemment, les voies d'abord mini-invasives ne constituent pas aujourd'hui un standard de prise en charge du cancer de l'ovaire et doivent être réservées à des cas bien sélectionnés et réalisées par des équipes entraînées. La prise en charge opératoire a donc été strictement conforme à la stratégie thérapeutique pré-opératoire curative avec

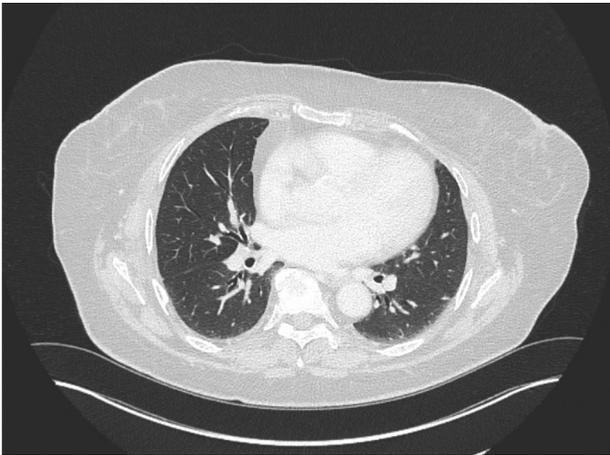


Fig. 1. Scanner thoracique du 12/03/2020, coupe axiale – fenêtre parenchymateuse : parenchyme pulmonaire sain.

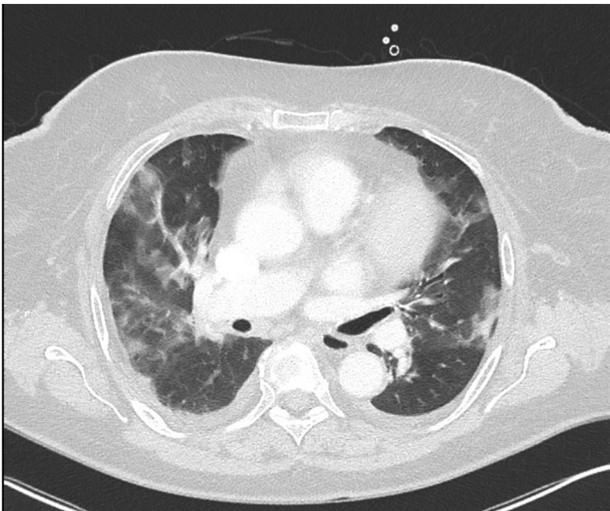


Fig. 2. Scanner thoracique du 25/03/2020, coupe axiale – fenêtre parenchymateuse : atteinte modérée de 10 à 25 % du parenchyme pulmonaire compatible avec une infection COVID-19.

obtention finale d'un résidu tumoral nul. Ce sont l'infection au COVID-19 et l'insuffisance respiratoire qui en a résulté qui ont contraint l'équipe à décider collégialement de ne pas réaliser de prise en charge réanimatoire compte tenu de la crise sanitaire locale et de ses comorbidités. Afin de limiter le risque infectieux, différer l'intervention après épuisement de la vague épidémique aurait pu être une éventualité. Cependant ne pas opérer cette patiente, après six cures de chimiothérapie, serait revenu à lui proposer une abstention thérapeutique d'une durée absolument incertaine, au vu des fluctuations de l'épidémie et donc lui faire courir le risque difficilement estimable d'une progression tumorale.

Le décès de cette patiente n'est pas un cas isolé. Une équipe de Wuhan décrit en effet un taux de mortalité à 15 jours post-opératoires de 20 % dû au COVID-19 dans une série de 34 patients asymptomatiques opérés, toutes chirurgies confondues [5]. Il s'agit d'un taux bien supérieur à ceux estimés habituellement. Le CNGOF fait également état de risque de complications respiratoires sévères liés au COVID-19 quatre à huit fois plus élevés chez les patientes atteintes de cancer et d'une majoration du risque de décès, ce d'autant plus qu'elles auront reçu une chimiothérapie ou

une chirurgie dans les semaines qui précèdent [1]. Et un article de Liang et al. [6] démontre que les patients atteints d'un cancer sont plus susceptibles de développer une infection liée au COVID-19 en raison de l'immunodépression secondaire induite par le cancer, la chimiothérapie et la chirurgie ; et de présenter une forme sévère (39 % contre 8 %), notamment après chirurgie ou chimiothérapie (75 % contre 43 % des patients cancéreux n'ayant pas reçu de traitement récent). Il existe donc un probable impact de la dépression immunitaire post-opératoire et post-anesthésique dans l'apparition de formes sévères de COVID-19. Une chirurgie carcinologique programmée doit de ce fait être différée dès que possible par l'instauration première ou le prolongement d'une chimiothérapie. L'ESGO privilégie ainsi le report systématique des chirurgies d'intervalle [2]. La question est cependant plus difficile en ce qui concerne les chirurgies de clôtures, pour lesquelles le nombre complet de cure de chimiothérapie est déjà atteint. En effet, poursuivre une chimiothérapie sans arguments tangibles, comporte des risques, notamment des risques majorés d'infection, par exposition itérative au virus lors des aller-retours dans le service d'Oncologie et par altération de l'immunité consécutive à la déplétion de la réserve médullaire [2]. Comme le rapporte l'étude de Wang et al. [7] sur 138 patients testés COVID-19 positifs, 41 % des infections sont issues de contamination hospitalière. Il convient donc de reporter chaque intervention dès que possible et en cas d'épuisement des stratégies thérapeutiques alternatives (curatives ou d'attente), de la réaliser avec le plus de sécurité possible.

Afin de mieux estimer le risque infectieux COVID-19, la SFAR [8] a édité des recommandations concernant le dépistage systématique pré-opératoire le 29/04/2020 et l'HCSP a défini des personnes à risque de formes graves de COVID-19, comme les patients de plus de 70 ans, atteints de cancers et obèses [9]. Il est désormais recommandé de rechercher des symptômes compatibles d'infection à SARS-CoV-2 à l'aide d'un questionnaire standardisé au moment de l'admission et 48-72 h avant l'intervention par appel téléphonique. Une PCR par frottis nasopharyngée est réalisée 24 à 48 h avant la chirurgie. En cas de PCR négative chez un patient asymptomatique, l'intervention est maintenue. En cas de PCR positive et/ou de tableau clinique évocateur, l'intervention est reportée d'au moins 14 jours chez les patients immunocompétents et d'au moins 24 jours chez les patients immunodéprimés à compter de la disparition des symptômes. Il faut cependant rester vigilant concernant la fiabilité de la PCR par frottis naso-pharyngé, qui présente une faible sensibilité, avec un taux de faux négatifs estimé à 37 % [10]. En cas de doute ou de facteurs de risque, un scanner thoracique pourra également être réalisé. Les tests sanguins reposant sur la sérologie et la recherche d'anticorps sont actuellement à la phase d'étude et ne peuvent donc pas à ce jour être positionnés dans l'algorithme diagnostique. Même si un dépistage systématique pré-opératoire est légitime, il faut garder à l'esprit que ses modalités sont encore à définir et risquent de se modifier dans le temps selon l'évolution de nos connaissances du virus et des performances des différents tests de dépistage.

4. Conclusion

À l'heure de la pandémie actuelle de COVID-19, plusieurs facteurs entrent en compte dans la balance bénéfice-risque d'une chirurgie carcinologique programmée : les comorbidités de la patiente, le caractère curatif ou non de l'intervention, les alternatives thérapeutiques, les ressources de soins disponibles et son statut COVID-19. Il faut s'interroger sur le bien-fondé de chaque indication chirurgicale et différer chaque intervention qui risque de majorer la morbi-mortalité d'une patiente [1,2]. Pour les

indications opératoires persistantes, des algorithmes décisionnels existent afin d'estimer au mieux le risque infectieux [8]. Reposant notamment sur le dépistage pré-opératoire systématique, ils sont à moduler en fonction des situations sanitaires de chaque établissement et de l'incidence des cas de COVID-19 dans une région donnée. Le bénéfice du report d'une chirurgie est à mettre systématiquement en balance avec la perte de chance qu'il peut générer. Une étude de nos délais de prise en charge avant la pandémie et leur impact sur le pronostic global des patientes permettrait d'estimer ce risque et d'ainsi mieux appréhender quelles indications chirurgicales peuvent être différées.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Remerciements

À l'ensemble des équipes soignantes, notamment aux équipes d'anesthésie-réanimation, ayant pris en charge cette patiente, pour leur professionnalisme et leur humanité.

Références

- [1] Akladios C, Azais H, Ballester M, Bendifallah S, Bolze P-A, Bourdel N, et al. Recommendations for the surgical management of gynecological cancers during the COVID-19 pandemic - FRANCOGYN group for the CNGOF. *J Gynecol Obstet Hum Reprod* 2020;101729. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jogoh.2020.101729>.
- [2] Ramirez PT, Chiva L, Eriksson AGZ, Frumovitz M, Fagotti A, Martin AG, et al. COVID-19 Global Pandemic: Options for Management of Gynecologic Cancers. *Int J Gynecol Cancer* 2020. <http://dx.doi.org/10.1136/ijgc-2020-001419> [ijgc-2020-001419].
- [3] Fagotti A, Gueli Alletti S, Corrado G, Cola E, Vizza E, Vieira M, et al. The INTERNATIONAL MISSION study: minimally invasive surgery in ovarian neoplasms after neoadjuvant chemotherapy. *Int J Gynecol Cancer Off J Int Gynecol Cancer Soc* 2019;29:5–9. <http://dx.doi.org/10.1136/ijgc-2018-000012>.
- [4] Melamed A, Nitecki R, Boruta DM, Del Carmen MG, Clark RM, Growdon WB, et al. Laparoscopy Compared With Laparotomy for Debulking Ovarian Cancer After Neoadjuvant Chemotherapy. *Obstet Gynecol* 2017;129:861–9. <http://dx.doi.org/10.1097/AOG.0000000000001851>.
- [5] Lei S, Jiang F, Su W, Chen C, Chen J, Mei W, et al. Clinical characteristics and outcomes of patients undergoing surgeries during the incubation period of COVID-19 infection. *EclinicalMedicine* 2020;100331. <http://dx.doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100331>.
- [6] 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;21:335–7. [http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045\(20\)30096-6](http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045(20)30096-6).
- [7] Wang D, Hu B, Hu C, Zhu F, Liu X, Zhang J, et al. Clinical Characteristics of 138 Hospitalized Patients With 2019 Novel Coronavirus-Infected Pneumonia in Wuhan, China. *JAMA* 2020. <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2020.1585>.
- [8] admin_sfar. Préconisations pour l'adaptation de l'offre de soins en anesthésie-réanimation dans le contexte de pandémie de COVID-19/Version mai 2020 - La SFAR. Société Fr D'Anesthésie Réanimation 2020. <https://sfar.org/preconisations-pour-ladaptation-de-loffre-de-soins-en-anesthésie-réanimation-dans-le-contexte-de-pandémie-de-covid-19/> (accessed May 6, 2020).
- [9] HCSP.. Avis provisoire Recommandations relatives à la prévention et à la prise en charge du COVID-19 chez les patients à risque de formes sévères. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; 2020.
- [10] Wang W, Xu Y, Gao R, Lu R, Han K, Wu G, et al. Detection of SARS-CoV-2 in Different Types of Clinical Specimens. *JAMA* 2020. <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2020.3786>.

M. Vermel*, L. Lecointre, É. Faller, T. Boisramé, C. Akladios
Service de chirurgie gynécologique, hôpitaux universitaires de
Strasbourg, 1, avenue Molière, 67200 Strasbourg, France

*Auteur correspondant

Adresse e-mail : muriel.vermel@icloud.com (M. Vermel).

Reçu le 26 avril 2020

Disponible sur Internet le 14 mai 2020