



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



COVID-19 : recommandations préliminaires de la SFORL

Consensus français sur la pratique de la chirurgie oncologique ORL pendant la pandémie de COVID-19[☆]



N. Fakhry^{a,*}, P. Schultz^b, S. Morinière^c, I. Breuskin^d, A. Bozec^e, S. Vergez^f, L. de Garbory^g, D. Hartl^d, S. Temam^d, E. Lescanne^c, V. Couloigner^h, B. Barryⁱ, Société française d'ORL et de chirurgie cervico-faciale (SFORL) Société française de carcinologie cervico-faciale (SFCCF)

^a Service d'ORL et chirurgie cervico-faciale, Aix Marseille université, centre hospitalier universitaire (CHU) la Conception, Assistance publique–Hôpitaux de Marseille (AP–HM), 147, boulevard Baille, 13005 Marseille, France

^b Service d'ORL et chirurgie cervico-faciale, CHU, Strasbourg, France

^c Service d'ORL et chirurgie cervico-faciale, CHU, Tours, France

^d Service d'ORL et chirurgie cervico-faciale, institut Gustave Roussy, Villejuif, France

^e Service d'ORL et chirurgie cervico-faciale, centre Antoine-Lacassagne, institut universitaire de la face et du cou, Nice, France

^f Service d'ORL et chirurgie cervico-faciale, CHU de Toulouse/Oncopôle, Toulouse, France

^g Service d'ORL et chirurgie cervico-faciale, CHU, Bordeaux, France

^h Hôpital Necker-Enfants–Malades, université Paris-Descartes, Assistance publique–Hôpitaux de Paris, Paris, France

ⁱ Service d'ORL et chirurgie cervico-faciale, hôpital Xavier Bichat-Claude Bernard, CHU Paris Nord-Val de Seine, Assistance publique–Hôpitaux de Paris, Paris, France

INFORMATION

Mots clés :
 COVID-19
 COVID
 SARS-Cov-2
 Cancer tête et cou
 ORL

RÉSUMÉ

Dans le contexte de la pandémie de COVID-19, des conseils spécifiques semblent nécessaires concernant la prise en charge des patients atteints de cancers ORL. 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. L'objectif est de limiter 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, en tenant 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).

© 2020 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

1. Introduction

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 [1,2].

2. Consensus

2.1. Chirurgie

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 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.

DOI de l'article original : <https://doi.org/10.1016/j.anorl.2020.04.008>.

[☆] Ne pas utiliser pour citation la référence française de cet article mais celle de l'article original paru dans *European Annals of Otorhinolaryngology Head and Neck Diseases* en utilisant le DOI ci-dessus.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : nicolas.fakhry@ap-hm.fr (N. Fakhry).

<https://doi.org/10.1016/j.aforl.2020.04.001>

1879-7261/© 2020 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

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

- Groupe A : urgences vitales (dyspnée, hémorragie)

La prise en charge doit être entreprise sans délai. Dans la mesure du possible, un dépistage comportant une RT-PCR sur écouvillonnage rhinopharyngé et un scanner thoracique sera effectué dans les 24 heures précédant la chirurgie. Si ce dépistage n'a pas pu être réalisé, le patient doit être considéré comme COVID positif, et la protection maximale de l'équipe soignante est nécessaire, en accord avec selon les procédures établies dans chaque centre.

- Groupe B : cancers pour lesquels le report de la chirurgie au-delà d'un mois pourrait avoir un impact pronostique négatif pour le patient

Ce groupe comprend les cancers de la muqueuse des VADS, les cancers des glandes salivaires évolutifs et les cancers cutanés évolutifs.

Si une trachéotomie n'est pas nécessaire, il est souhaitable d'effectuer la prise en charge sans retard, en regroupant les actes et investigations (imagerie, soins dentaires avant radiothérapie. . .) au cours d'une seule hospitalisation afin de limiter les allées et venues du patient entre l'hôpital et son domicile.

En cas d'impossibilité de prise en charge immédiate du fait de l'épidémie et d'éventuelle saturation de sa structure de soins, il est souhaitable d'adresser son patient vers un autre centre en capacité d'assurer la chirurgie carcinologique.

Si une trachéotomie est nécessaire, considérant le risque important de contamination du personnel soignant, il est préférable de différer la chirurgie ou de privilégier une alternative thérapeutique non chirurgicale, si cela est possible.

- Groupe C : cancers dont le report d'au moins 6 à 8 semaines n'a pas d'impact pronostique significatif

Il s'agit par exemple de cancers thyroïdiens bien différenciés, de cancers cutanés non évolutifs tels que des basocellulaires, de certains cancers peu évolutifs des glandes salivaires ou de nodules atypiques des glandes salivaires sans critères formels de malignité lors du bilan préopératoire, de lésions leucoplasiques des cordes vocales.

Dans de tels cas, le patient devrait être réévalué au bout de 6 à 8 semaines et le délai de programmation adapté au rythme de progression de la maladie et à l'évolution de l'épidémie COVID-19.

2.2. Consultations

Les consultations présentes de surveillance après cancer doivent être si possible différées. Il faut s'assurer par téléphone ou téléconsultation que le patient ne présente pas de symptômes évoquant une récurrence. S'ils sont présents, ces signes doivent conduire à un maintien de la consultation.

Les examens complémentaires réalisés dans le cadre du suivi systématique tels que les imageries doivent être différées.

Les nouveaux cas de cancer, les patients symptomatiques ou les adaptations thérapeutiques (évaluation après chimiothérapie

d'induction, première évaluation après traitement) nécessitent le maintien d'une consultation présente.

3. 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.

3.1. Consultations

Les examens fibroscopiques doivent être réduits au strict minimum.

Tout patient vu en consultation avec examen des VADS doit être considéré comme potentiellement COVID positif, et les mesures de protection du personnel appropriées doivent être mises en œuvre : lunettes de protection, masque FFP2, charlotte, gants, circuit et temps de désinfection entre chaque malade. Le matériel à usage unique doit être immédiatement éliminé dans la pièce même de l'examen selon le circuit des DASRI (déchets d'activités de soins à risques infectieux).

3.2. Hospitalisation et chirurgie

Il convient de réaliser si possible un dépistage des patients avant de les opérer (PCR sur écouvillon nasopharyngé ± TDM thoracique). Si le patient est COVID positif, il faut différer sa chirurgie et le transférer vers le circuit spécifique COVID.

3.3. Report de la chirurgie

La prise de décision se fera au cas par cas par l'équipe en charge du patient et en concertation avec lui. En dehors des patients du groupe C, la validation de la décision de report doit se faire idéalement en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) avec un compte rendu écrit adressé à tous les médecins participant aux soins du patient.

Le patient doit être appelé par son ORL qui lui expliquera le motif du report, l'informer 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.

Déclaration de liens d'intérêts

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

Références

- [1] Liang W, Guan W, Chen R, et al. Cancer patients in SARS-CoV-2 infection: a nationwide analysis in China. *Lancet Oncol* 2020;21:335–7.
- [2] 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;18:366–9, <http://dx.doi.org/10.6004/jnccn.2020.7560>.