

4 mai 2020

**Réponse
rapide**

**COVID-19 : Revue des lignes
directrices et recommandations
pour la prise en charge des cancers
gynécologiques 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 pourraient être appelées à changer.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2020

Bibliothèque et Archives Canada, 2020

ISBN : 978-2-550-86586-5 INESSS (PDF)

© 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 gynécologiques en contexte de pandémie. Québec, Qc : INESSS; 2020. 17 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 gynécologiques 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 patientes atteintes d'un cancer gynécologique, 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 ou sur un processus de consultation élaboré. 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 liée à la COVID-19, a été effectuée. Un comité d'experts québécois spécialisés en cancers gynécologiques 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 réalisée dans le but d'appuyer 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 de cancers gynécologiques en contexte d'urgence sanitaire?

Revue de littérature

Repérage des publications :

Littérature scientifique :

- La revue de la littérature a (langue anglaise et française) été effectuée entre le 27 mars et le 1^{er} avril 2020 dans PubMed avec différentes combinaisons des mots clés suivants (en anglais et en français): COVID-19, *coronavirus*, *gynecologic cancer*, *ovarian cancer*, *uterine cancer*, *cervical cancer*, *vaginal cancer*, *vulvar cancer*, *priority*, *delay*, *guidelines*.
- Les listes de références des documents retenus 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 et à la prise en charge des cancers gynécologiques en contexte de pandémie de COVID-19 ont été retenues.
- Les recommandations en lien avec les mesures de protection contre le coronavirus ainsi que les mesures générales non spécifiques aux cancers gynécologiques n'ont pas été retenues.
- La sélection des publications a été effectuée par une professionnelle scientifique en cancérologie selon les critères d'inclusion suivants :
 - Population : patientes atteintes d'un cancer gynécologique;
 - Intervention : diagnostic, imagerie, chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie, hormonothérapie et suivi clinique;
 - 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 une professionnelle scientifique en cancérologie.

- 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;
 - Recommandations : siège tumoral, situation clinique (stade, grade, cas particuliers, etc.), modalité de traitement, risque de récurrence ou de progression de la maladie, alternative de prise en charge proposée (maintien, délestage ou adaptation), 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 le siège tumoral et la modalité de traitement.

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

- Sept 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 gynécologiques ont été retenues. L'ensemble des recommandations se trouve dans le tableau suivant.

Lignes directrices et recommandations par siège tumoral et modalité clinique

MODALITÉ	RECOMMANDATIONS	Référence, Type de publication, Date
CANCERS GYNÉCOLOGIQUES		
CHIRURGIE	<p>Toute chirurgie devrait être reportée minimalement de 20 jours après la fin des symptômes chez la patiente porteuse du COVID-19 à moins d'une urgence vitale. Les risques de complications post-opératoires sont nettement augmentés chez cette clientèle COVID-19 et d'autant plus dans un contexte oncologique.</p> <p>LES PATIENTES AVEC UN CANCER GYNÉCOLOGIQUE QUI DEVRAIENT ÊTRE PRIORISÉES POUR L'ACCÈS À LA CHIRURGIE SONT LES FEMMES AVEC :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Des symptômes importants sans égard au site de malignité primaire avec possibilité de chirurgie <ul style="list-style-type: none"> ○ Saignements hémorragiques avec chute d'hémoglobine dont la cause est traitable par une chirurgie ○ Symptôme réfractaire qui requiert une attention chirurgicale (p.ex douleur) ○ Signes d'occlusion intestinale • Critères basés sur l'agressivité de la maladie ET la possibilité d'un traitement à visée curative et ce sans égard à l'âge de la patiente. Par le délai de chirurgie, ces conditions sont à risque de détérioration avec impact délétère sur la survie de la patiente. Les femmes avec une maladie métastatique devraient être orientées vers une approche médicale. 	<p>[RGOQ, 2020] (Québec, Canada) Consensus d'experts Publié le 23 mars 2020 (non disponible en ligne)</p>
CHIRURGIE	<p>URGENTES/ CRITIQUES (<i>EMERGENT</i>) : Immédiat</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rupture des viscères • Occlusion à anse fermée ou obstruction colique • Hernie incarcerated avec tumeur gynécologique • Hémorragie vaginale, utérine ou pelvienne • Grossesse molaire • Masse pelvienne avec torsion ou provoquant une obstruction urinaire ou intestinale <p>SEMI-URGENTES (3A/3B) : 1–4 semaines</p> <ul style="list-style-type: none"> • Établissement d'un diagnostic de cancer en cas de suspicion élevée (ex laparoscopie diagnostique, hystérocopie D&C, etc.) • Cancer de l'endomètre de grade 1 lorsque l'hormonothérapie est contre-indiquée ou impossible • Cancers utérins de haut grade, à tous les stades (ex carcinomes et sarcomes) • Cancers du col de l'utérus et de la vulve - chirurgie à intention curative • Tumeurs malignes cervicales et vaginales nécessitant des applicateurs de rayonnement • AIS cervical ou colposcopie inadéquate et possibilité de cancer invasif • Cancer ovarien avancé, en particulier la chirurgie de réduction tumorale d'intervalle • Masses abdominopelviennes possiblement malignes • Cancer gynécologique symptomatique pendant la grossesse nécessitant une intervention chirurgicale 	<p>[SGO, 2020a] (États-Unis) Consensus d'experts Publié le 27 mars 2020</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Patientes atteintes d'une maladie récidivante sans options non chirurgicales • Patientes symptomatiques atteintes d'un cancer primaire ou récidivant inopérable nécessitant des procédures palliatives (ex colostomie de déviation, gastrostomie percutanée endoscopique, mais sans inclure l'exentération) • Anémie modérée à sévère nécessitant des transfusions répétées • Envisager de différer l'exentération pelvienne totale pendant la pandémie de COVID-19 <p>NON-URGENTES (2A/2B) : > 4–12 semaines</p> <ul style="list-style-type: none"> • Chirurgie prophylactique en cas de prédisposition génétique au cancer gynécologique • Kystes / masses ovariennes d'apparence bénigne • Hystérectomie pour maladie bénigne • VAIN / VIN 2-3 • CIN 2-3 • CAH / EIN; Cancer de l'endomètre de grade 1 lorsque l'hormonothérapie n'est pas contre-indiquée • Chirurgie de complétion pour cancer de l'ovaire de stade précoce • Cancer récidivant nécessitant une résection palliative 	
CHIRURGIE	<p>PRIORITÉ A Patientes chez qui un retard de la chirurgie entraînerait un risque immédiat pour la vie ou un membre, ou modifierait considérablement le pronostic.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Masse ovarienne rompue • Saignement vaginal incontrôlé • Douleurs abdominales / pelviennes sévères <p>PRIORITÉ B Patientes pour lesquelles un retard de moins de 4 semaines par rapport à la cible ne devrait pas avoir d'impact significatif sur la survie ou l'issue clinique.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cancer de l'endomètre de stade précoce (grade modéré / élevé) – intention curative • Cancer de l'ovaire sans possibilité de chimiothérapie néoadjuvante (au cas par cas; ex. cancer ovarien séreux de bas grade) • Masses annexielles à croissance rapide ou à risque élevé de malignité • Cancer du col utérin à des fins curatives • Cancer vulvaire à visée curative • Chirurgie cytoréductrice retardée pour cancer de l'ovaire avancé après chimiothérapie néoadjuvante (jusqu'à 5 cycles) • Chirurgie de sauvetage à visée curative • Masse utérine soupçonnée de sarcome <p>PRIORITÉ C Patientes pour lesquelles un délai de 2 mois ne devrait pas affecter l'issue clinique.</p>	<p>[Ontario Health - Cancer Care Ontario, 2020] (Ontario, Canada) Consensus d'experts Publié le 29 mars 2020 (non disponible en ligne)</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Masses annexielles présentant une stabilité dans le temps • Cancer du col utérin de stade 1A1 • Inversion de l'iléostomie due à la dépendance à l'hydratation • Chirurgie de sauvetage - non curative • Maladie pré-invasive • Inversion de l'iléostomie • Cancer endométrioïde de grade 1 : traiter avec progestatif à forte dose jusqu'à 12 semaines comme solution de temporisation <p>CONSIDÉRATIONS SUPPLÉMENTAIRES</p> <p>Les chirurgies cytoréductives devraient généralement être retardées mais devraient être considérées sur une base individuelle; considérer un traitement néoadjuvant en cas de cancer de l'ovaire séreux de haut grade.</p>	
CHIMIOTHÉRAPIE	<p>A1 : Risque imminent de mortalité précoce</p> <ul style="list-style-type: none"> • Néoplasie trophoblastique gestationnelle • Tumeur germinale métastatique <p>A2 : Morbidité élevée potentielle / altération de la qualité de vie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cancer de l'ovaire symptomatique (ascite / épanchements pleuraux) ; première ligne <p>B1 : Traitements curatifs définitifs</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aucun spécifié <p>B2 : Indication adjuvante avec bénéfice substantiel réduit par le délai</p> <ul style="list-style-type: none"> • Chimiothérapie pour les stades précoces (1 et 2 cancers ovariens de haut grade) • Thérapie concomitante pour le col utérin - ganglions lymphatiques pelviens <p>B3 : Indication néo / adjuvante avec un bénéfice de survie modeste / thérapie d'intention curative</p> <ul style="list-style-type: none"> • Traitement concomitant des ganglions lymphatiques cervicaux et para-aortiques • Cancer de l'ovaire pré-chirurgie ; première ligne <p>B4 : Indication palliative avec bénéfice de survie substantiel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cancer ovarien récidivant sensible au platine <p>B5 : Indications palliatives avec contrôle des symptômes majeurs ou survie modeste</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cancer de l'ovaire résistant au platine de première ligne • Chimiothérapie de première ligne pour cancer vulvaire avancé / métastatique • Sarcome récidivant / avancé / métastatique <p>B6 : Palliatif sans bénéfice de survie globale ou de contrôle des symptômes majeurs</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cancer de l'endomètre / du col utérin / vulvaire ; deuxième ligne • Cancer de l'ovaire résistant au platine de deuxième ligne <p>B7 : Alternative présente ou délai sans impact sur l'issue clinique</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aucun spécifié 	

	<p>NOTES :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reporter le traitement du cancer résistant au platine en raison d'un faible bénéfice • Reporter le bevacizumab dans les indications de première ligne vers les traitements utilisés en cas de résistance au platine • Considérer l'utilisation IV plutôt que IP • Retarder les thérapies adjuvantes après la chirurgie jusqu'à 12 semaines 	
RADIOTHÉRAPIE	<ul style="list-style-type: none"> • L'utilisation de l'hypofractionnement pour le traitement des cancers gynécologiques n'est pas recommandée. • Pour les cancers gynécologiques que l'on traite à visée curative, il n'y a pas d'autre alternative de traitement lorsque la radiothérapie est indiquée. • Les traitements adjuvants (post-opératoires), en particulier chez les patientes de 70 ans et plus, peuvent être retardés jusqu'à 12 semaines post-opératoires. • Pour les traitements palliatifs, favoriser l'approche médicale en premier et réserver la radiothérapie pour les cas réfractaires. • La chimiothérapie néo-adjuvante, concomitante ou adjuvante doit être utilisée selon les guides de pratique locaux et selon les recommandations des cliniques des tumeurs locales. 	<p>[Comité national de radio-oncologie, 2020] (Québec, Canada) Consensus d'experts (non disponible en ligne)</p>
CANCER OVARIEN		
MIXTE	<ul style="list-style-type: none"> • En cas de suspicion de maladie précoce : considérer plusieurs facteurs tels que l'âge et les antécédents familiaux de cancer du sein / de l'ovaire, l'examen physique, et l'évaluation radiologique approfondie avec échographie pelvienne (Doppler couleur), IRM, et/ou marqueurs sériques tels que CA125 et HE4, pour évaluer le risque de malignité dans une masse annexielle. • Chez les patientes atteintes d'une maladie de stade avancé : considérer une biopsie tissulaire pour confirmer le diagnostic de la maladie et procéder à une chimiothérapie néoadjuvante jusqu'à la résolution de la crise; considérer la chirurgie à une date ultérieure. • Chez les patientes qui ont déjà commencé une chimiothérapie néoadjuvante : envisager d'étendre le plan de traitement à six cycles plutôt qu'à trois avant de considérer une chirurgie cytoréductrice d'intervalle. Cependant, la décision dans ce contexte dépend fortement de la disponibilité des ressources et de l'accès à la salle d'opération. Des cycles supplémentaires de chimiothérapie peuvent épuiser les réserves de la moelle osseuse et accroître la susceptibilité à l'infection. • Chez les patientes qui ont terminé une chimiothérapie adjuvante à base de platine : envisager de ne pas poursuivre le traitement. Le traitement d'entretien peut nécessiter des visites répétées pour l'évaluation de la toxicité, imposant un fardeau supplémentaire aux patientes, aux familles et aux équipes de soins, avec le risque d'une exposition accrue à l'infection. • Pour les patientes voyageant sur de longues distances pour le traitement : envisager de prendre des dispositions avec des oncologues locaux pour administrer la thérapie afin d'éviter de 	<p>[Ramirez <i>et al.</i>, 2020] (International) Opinion d'experts Publié le 27 mars 2020</p>

	<p>voyager, en particulier par avion, et d'augmenter le risque d'exposition et d'infection. Offrir une évaluation à distance de la toxicité par les télécommunications.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pour les patientes dont la maladie a progressé pendant le traitement de la maladie récidivante : les décisions concernant l'initiation d'une chimiothérapie supplémentaire doivent être basées sur le jugement clinique et le bénéfice potentiel selon la réponse attendue des agents ultérieurs disponibles. 	
CHIRURGIE	<p>Pour les cancers de stade avancé qui peuvent nécessiter le recours à la réanimation postopératoire pour la chirurgie de cytoréduction, il convient de privilégier la chimiothérapie néoadjuvante même si la chirurgie de cytoréduction première pourrait être envisageable. Il est licite de ne pas proposer la chimiothérapie hyperthermique intra-péritonéale (CHIP) aux patientes en période de pandémie COVID-19 et saturation des moyens de réanimation. Pour les cas des patientes qui doivent bénéficier d'une chirurgie d'intervalle après 3 ou 4 cycles de chimiothérapie et qu'il existe des contraintes d'accès au bloc opératoire liée à la crise du COVID-19, il est possible de poursuivre la chimiothérapie et de proposer une chirurgie de clôture après 6 cycles de chimiothérapie. La patiente devra alors bénéficier au décours de la chirurgie de clôture d'au moins deux nouveaux cycles de chimiothérapie (en accord avec les RPC de l'INCa).</p> <p>Pour les cancers de l'ovaire de stade présumé précoce sur pièce d'annexectomie, en cas de saturation des moyens d'anesthésie réanimation, la chirurgie de restadification peut être différée de 1 à 2 mois.</p> <p>En cas de saturation des moyens d'anesthésie-réanimation, pour les images suspectes de cancer de l'ovaire sur masse ovarienne isolée à l'imagerie, il convient de privilégier une stratégie en 2 temps : annexectomie sur la masse suspecte et décision de stadification chirurgicale complète sur analyse histologique définitive et décision de RCP.</p>	<p>[Akladios <i>et al.</i>, 2020] (CNGOF, France) Consensus d'experts Publié le 25 mars 2020</p>
CHIRURGIE	<p>LES PATIENTES QUI DEVRAIENT ÊTRE PRIORISÉES POUR L'ACCÈS À LA CHIRURGIE SONT LES FEMMES AVEC :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Masses suspectes/élévation des marqueurs/ascite • Scopie ou mini laparotomie diagnostique pour biopsie si non accessible par une autre méthode <p>BIEN QU'UNE CHIRURGIE SOIT PRÉFÉRABLE DANS LES 28 JOURS COMME LE STIPULE LES NORMES D'ACCÈS À LA CHIRURGIE ONCOLOGIQUE DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC, LES PATIENTES SUIVANTES SERONT REPORTÉES APRÈS ÉVALUATION AU CAS PAR CAS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tumeur ovarienne : Masse ovarienne avec marqueurs tumoraux normaux • Chirurgie intercalée pour laquelle il y a une possibilité d'administrer un/des cycles supplémentaires de chimiothérapie • Cancer ovarien avancé avec possibilité d'amorcer une chimiothérapie néoadjuvante • En période de pandémie, à des fins d'utilisation appropriée des ressources opératoires, anesthésiques et de soins intensifs, la chimiothérapie intrapéritonéale hyperthermique devrait être omise. 	<p>[RGOQ, 2020] (Québec, Canada) Consensus d'experts Publié le 23 mars 2020 (non disponible en ligne)</p>
CHIMIOTHÉRAPIE	<ul style="list-style-type: none"> • La chimiothérapie néoadjuvante peut être efficace pour retarder la chirurgie et l'hospitalisation des patientes. • Considérer soigneusement les agents de chimiothérapie et la posologie afin de limiter la lymphopénie / neutropénie et éviter l'hospitalisation. 	<p>[SGO, 2020b] (États-Unis) Consensus d'experts</p>

	<ul style="list-style-type: none"> Le traitement d'entretien peut être poursuivi s'il est bien toléré, avec valeurs normales des analyses en laboratoire; peut être surveillé via la télémédecine. L'utilisation de facteurs de croissance doit se poursuivre selon les lignes directrices actuelles et peut être envisagée chez les personnes âgées ou présentant des comorbidités importantes. 	Publié le 23 mars 2020
CANCER ENDOMÉTRIAL		
MIXTE	<ul style="list-style-type: none"> Patientes à faible risque : les patientes atteintes d'une maladie de grade 1 peuvent être considérées pour une prise en charge conservatrice avec des options non chirurgicales, y compris l'hormonothérapie systémique ou les dispositifs intra-utérins. Patientes à haut risque : les patientes présentant une maladie à haut risque (grade 2 ou 3 ou histologie à haut risque) doivent être considérées pour une hystérectomie simple et une salpingo-ovariectomie bilatérale seule ± ganglions sentinelles, si disponibles et réalisables, et/ou une prise en charge postopératoire selon les facteurs de risque utérins. Le risque associé à la chirurgie laparoscopique, concernant le pneumopéritoine dans le contexte de la COVID-19, doit être balancé avec le risque associé à la laparotomie. Maladie avancée : les patientes atteintes d'une maladie avancée doivent être considérées pour une biopsie tissulaire afin de confirmer le diagnostic et poursuivre avec le traitement systémique. 	[Ramirez <i>et al.</i> , 2020] (International) Opinion d'experts Publié le 27 mars 2020
MIXTE	<ul style="list-style-type: none"> Si les patientes présentent un risque élevé de morbidité périopératoire ou si les ressources du système de santé ne permettent pas une intervention chirurgicale en temps opportun, considérer des stratégies de traitement alternatives telles que l'hormonothérapie pour la néoplasie intraépithéliale endométriale (hyperplasie atypique) / l'adénocarcinome endométrial de bas grade. Les patientes nécessitant une chimiothérapie doivent être traitées avec les mêmes considérations que celles mentionnées pour le cancer de l'ovaire. 	[SGO, 2020b] (États-Unis) Consensus d'experts Publié le 23 mars 2020
CHIRURGIE	<p>LES PATIENTES QUI DEVRAIENT ÊTRE PRIORISÉES POUR L'ACCÈS À LA CHIRURGIE SONT LES FEMMES AVEC :</p> <ul style="list-style-type: none"> FIGO grade 3 (séveux de haut grade/carcinosarcome/indifférencié) Sarcome <p>BIEN QU'UNE CHIRURGIE SOIT PRÉFÉRABLE DANS LES 28 JOURS COMME LE STIPULE LES NORMES D'ACCÈS À LA CHIRURGIE ONCOLOGIQUE DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC, LES PATIENTES SUIVANTES SERONT REPORTÉES APRÈS ÉVALUATION AU CAS PAR CAS :</p> <ul style="list-style-type: none"> Dans la majorité des cas, le report de 4 à 8 semaines n'est pas délétère pour les patientes avec une histologie de bas grade et en l'absence d'évidence de maladie localement avancée ou métastatique au niveau ganglionnaire. Dans ces deux situations, en l'absence de contre-indication, un traitement hormonal progestatif pourrait être offert dans l'attente de la chirurgie. <ul style="list-style-type: none"> EIN/FIGO G1 FIGO G2 selon les bio-marqueurs disponibles 	[RGOQ, 2020] (Québec, Canada) Consensus d'experts Publié le 23 mars 2020 (non disponible en ligne)

CHIRURGIE	<p>Le traitement chirurgical reste le traitement de référence pour le cancer de l'endomètre de stade précoce. La voie mini-invasive coelioscopique robot-assistée ou non est la voie d'abord à privilégier. En cas de risque ESMO pré opératoire faible et intermédiaire, privilégier une hystérectomie totale avec annexectomie bilatérale associée à une procédure du ganglion sentinelle. Il est licite d'envisager le report de 1 à 2 mois de la chirurgie dans les cancers de l'endomètre de bas risque (stade FIGO la sur l'IRM et cancer endométrioïde de grade 1-2 sur la biopsie endométriale) s'il n'existe aucun élément de discordance sur le bilan initial, d'autant plus que la patiente serait âgée et/ou avec des comorbidités, sans perte de chance oncologique pour la patiente.</p> <p>Pour les risques élevés relevant d'une stadification par curages pelviens et lombo aortique il convient de tenir compte des comorbidités et du terrain (obésité, traitement anticoagulant, diabète, âge). Dans ce contexte, il semble légitime de privilégier l'algorithme du MSKCC (associant TEP TDM et procédure du GS) afin d'omettre les curages qui augmentent le risque de complications per- et post opératoire et donc le risque d'avoir recours à une prise en charge réanimatoire post opératoire.</p> <p>Pour les cancers de l'endomètre de stades avancés III et IV, le traitement médical premier doit être privilégié.</p>	<p>[Akladios <i>et al.</i>, 2020] (CNGOF, France) Consensus d'experts Publié le 25 mars 2020</p>
RADIOTHÉRAPIE	<p>Radiothérapie externe : 45 Gy en 25 fractions de 1.8 Gy par fraction</p> <p>Curiethérapie selon l'indication:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 12 Gy en 3 fractions à 5mm de la surface avec radiothérapie externe • 21 Gy en 3 fractions à 5mm de la surface si curiethérapie seule <p>Le traitement doit débuter dans les 12 semaines qui suivent la chirurgie</p>	<p>[Comité national de radio-oncologie, 2020] (Québec, Canada) Consensus d'experts (non disponible en ligne)</p>
CANCER DU COL DE L'UTÉRUS		
MIXTE	<ul style="list-style-type: none"> • Maladie pré-invasive : selon l'American Society for Colposcopy and Cervical Pathology (ASCCP), les patientes dont le test de dépistage révèle la présence d'un cancer du col utérin de bas grade peuvent avoir un report des évaluations diagnostiques de 6 à 12 mois. Celles dont le test de dépistage révèle la présence d'un cancer de haut grade devraient faire l'objet d'une évaluation diagnostique dans les 3 mois. • Cancer du col de l'utérus de stade précoce : dans un contexte où la chirurgie oncologique est toujours autorisée, il est recommandé de procéder selon les standards de soin. Cependant, lorsque l'accès à la chirurgie est limité, ces étapes peuvent être envisagées. S'assurer que la maladie est localisée par des examens d'imagerie (TDM ou TEP / TDM, si disponible) et dans ce cas, envisager un report des procédures considérées comme à haut risque de prolongation du temps opératoire ou de complications peropératoires et/ou postopératoires (ex trachélectomie radicale ou l'hystérectomie radicale) pendant une période de 6 à 8 semaines ou jusqu'à la résolution de la crise. Dans le contexte d'une maladie microscopique ou d'une maladie à faible risque (<2 cm, faible risque à l'histologie), envisager la conisation ou la trachélectomie ± ganglions sentinelles, si disponibles et réalisables. Dans le contexte d'une tumeur macroscopique, considérer la chimiothérapie néoadjuvante. • Maladie localement avancée : considérer l'hypofractionnement (augmenter la dose par jour et réduire le nombre de fractions) pour réduire le nombre de fois où la patiente doit se présenter 	<p>[Ramirez <i>et al.</i>, 2020] (International) Opinion d'experts Publié le 27 mars 2020</p>

	pour des visites et des traitements à l'hôpital. Selon l'American Brachytherapy Society, les procédures de curiethérapie pour les patientes atteintes d'un cancer du col de l'utérus ne devraient pas être retardées, en l'absence de symptôme de COVID-19. Pour les patientes en radiothérapie qui ont des visites quotidiennes, envisager des visites hebdomadaires par télémédecine, sauf si un examen est requis.	
MIXTE	<ul style="list-style-type: none"> • Les interventions chirurgicales prévues chez les patientes atteintes d'un cancer du col utérin de stade précoce peuvent être planifiées comme à l'habitude ou retardées selon le cas. • Les cancers localement avancés peuvent être traités selon les protocoles standards; la chimioradiothérapie d'intention curative doit être priorisée. • La gestion des maladies pré-invasives peut être différée. 	[SGO, 2020b] (États-Unis) Consensus d'experts Publié le 23 mars 2020
CHIRURGIE	<p>LES PATIENTES QUI DEVRAIENT ÊTRE PRIORISÉES POUR L'ACCÈS À LA CHIRURGIE SONT LES FEMMES AVEC :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Saignements actifs • Taille de la lésion IB2 macroscopique • Lésion qui progresse sous surveillance <p>BIEN QU'UNE CHIRURGIE SOIT PRÉFÉRABLE DANS LES 28 JOURS COMME LE STIPULE LES NORMES D'ACCÈS À LA CHIRURGIE ONCOLOGIQUE DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC, LES PATIENTES SUIVANTES SERONT REPORTÉES APRÈS ÉVALUATION AU CAS PAR CAS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les cancers du col de stade IA1 et IA2 pourront être reportés de 4 à 8 semaines tout en maintenant un suivi en colposcopie • Les lymphadénectomies de stadification para-aortique devraient être omises au profit de la stadification radiologique 	[RGOQ, 2020] (Québec, Canada) Consensus d'experts Publié le 23 mars 2020 (non disponible en ligne)
CHIRURGIE	La place de la chirurgie doit être ré-évaluée par rapport à la radiothérapie et la radio-chimiothérapie-concomitante à chaque fois que cela est possible. En particulier, l'intérêt des chirurgies de stadification ganglionnaire doit être revu au cas par cas en fonction du terrain, des résultats des examens d'imagerie et du stade de la maladie. En l'absence de l'identification d'un reliquat tumoral post-thérapeutique, il n'y a pas lieu d'indiquer une chirurgie de clôture.	[Akladios <i>et al.</i> , 2020] (CNGOF, France) Consensus d'experts Publié le 25 mars 2020
RADIOTHÉRAPIE	<p>TRAITEMENT RADICAL</p> <p>Radiothérapie externe :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 45 Gy en 25 fractions de 1.8 Gy par fraction au bassin • 55 Gy en 25 fractions pour surdosage ganglionnaire au besoin <p>Curiethérapie : 28 Gy en 4 fractions de 7Gy (à favoriser en remplacement de 5 fractions séparées; on peut également considérer 3 fractions de 8 Gy bien que la dose effective soit un peu moindre puisque l'équipe de McGill a une longue expérience avec ce fractionnement).</p> <p>Il a été démontré que la curiethérapie entraîne un gain de survie pour ces patientes; un surdosage par radiothérapie externe / SBRT est à utiliser dans des cas d'exception seulement.</p>	[Comité national de radio-oncologie, 2020] (Québec, Canada) Consensus d'experts (non disponible en ligne)

	<p>La durée totale du traitement (incluant la curiethérapie) ne doit pas dépasser 56 jours, idéalement 50 jours.</p> <p>Le traitement doit débuter dans les 4 semaines suivant le diagnostic.</p> <p>TRAITEMENT POST-OPÉRATOIRE</p> <p>Radiothérapie externe : 45 Gy en 25 fractions de 1.8 Gy par fraction</p> <p>Curiethérapie selon l'indication: 12 Gy en 3 fractions à 5mm de la surface</p> <p>Le traitement doit débuter dans les 12 semaines qui suivent la chirurgie</p>	
CANCER DE LA VULVE		
CHIRURGIE	<p>LES PATIENTES QUI DEVRAIENT ÊTRE PRIORISÉES POUR L'ACCÈS À LA CHIRURGIE SONT LES FEMMES AVEC :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Douleur • Tumeur de gros volume sans contact avec les sphincters <p>BIEN QU'UNE CHIRURGIE SOIT PRÉFÉRABLE DANS LES 28 JOURS COMME LE STIPULE LES NORMES D'ACCÈS À LA CHIRURGIE ONCOLOGIQUE DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC, LES PATIENTES SUIVANTES SERONT REPORTÉES APRÈS ÉVALUATION AU CAS PAR CAS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les tumeurs de gros volume qui touchent les sphincters devraient être adressées par radio-chimiothérapie concomitante. • Les tumeurs de petit volume pourraient être adressées par exérèse chirurgicale élargie sous anesthésie locale dans des cas sélectionnés. 	<p>[RGOQ, 2020] (Québec, Canada) Consensus d'experts Publié le 23 mars 2020 (non disponible en ligne)</p>
CHIRURGIE	<p>La chirurgie reste le traitement standard des cancers vulvaires, et est le plus souvent le seul traitement à proposer, il convient de ne pas modifier la prise en charge habituelle. Cependant, ce cancer touche souvent les personnes âgées, en cas de tumeur peu avancée chez une patiente âgée, la prise en charge peut être différée de quelques semaines. Il convient de limiter la durée de l'hospitalisation post-opératoire en privilégiant les soins à domicile. Lorsque la prise en charge chirurgicale nécessiterait le recours à une chirurgie très délabrante/lourde (amputation), il convient de discuter en RCP le recours à une radiochimiothérapie concomitante.</p>	<p>[Akladios <i>et al.</i>, 2020] (CNGOF, France) Consensus d'experts Publié le 25 mars 2020</p>
RADIOTHÉRAPIE	<p>TRAITEMENT RADICAL</p> <p>Radiothérapie externe :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 45 Gy en 25 fractions de 1.8 Gy par fraction • 55 Gy en 25 fractions pour surdosage ganglionnaire au besoin <p>Surdosage au niveau de la vulve/GTV : 12,6 Gy en 7 fractions de 1,8 Gy ou l'équivalent</p> <p>Le traitement doit débuter dans les 4 semaines suivant le diagnostic</p> <p>TRAITEMENT POST-OPÉRATOIRE</p> <p>Radiothérapie externe :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 45 Gy en 25 fractions de 1.8 Gy par fraction 	<p>[Comité national de radio-oncologie, 2020] (Québec, Canada) Consensus d'experts (non disponible en ligne)</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • 55 Gy en 25 fractions pour surdosage ganglionnaire au besoin <p>Surdosage au niveau des marges positives ou proches :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Augmenter la dose pour un total de 54-57,6 Gy en 5-7 fractions de 1.8 Gy <p>Le traitement doit débuter dans les 12 semaines qui suivent la chirurgie</p>	
CANCER DU VAGIN		
MIXTE	La grande majorité des patientes va se présenter avec un stade avancé et nécessiter un traitement par radio/chimiothérapie/ curiethérapie exclusif. L'intérêt des chirurgies de stadification ganglionnaire doit être revu au cas par cas en fonction du terrain, des résultats des examens d'imagerie et du stade de la maladie.	[Akladios <i>et al.</i> , 2020] (CNGOF, France) Consensus d'experts Publié le 25 mars 2020
CHIRURGIE	BIEN QU'UNE CHIRURGIE SOIT PRÉFÉRABLE DANS LES 28 JOURS COMME LE STIPULE LES NORMES D'ACCÈS À LA CHIRURGIE ONCOLOGIQUE DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC, LES PATIENTES SUIVANTES SERONT REPORTÉES APRÈS ÉVALUATION AU CAS PAR CAS :	[RGOQ, 2020] (Québec, Canada) Consensus d'experts Publié le 23 mars 2020 (non disponible en ligne)
TUMEURS TROPHOBLASTIQUES		
MIXTE	Les tumeurs trophoblastiques sont considérées comme curables mais ont un potentiel métastatique élevé. Ceci justifie de maintenir la prise en charge de ces jeunes patientes sans délai. <ul style="list-style-type: none"> • Concernant les tumeurs trophoblastiques à bas risque (score FIGO ≤6), la gestion du méthotrexate à domicile devrait être privilégiée afin d'éviter les 4 injections de chaque cure en HDJ. • Concernant les patientes à haut risque, les schémas de polychimiothérapie, aucun délai n'est souhaitable compte tenu du caractère généralement multimétastatique d'emblée. <p>Enfin concernant le traitement des môles hydatiformes, l'aspiration curetage sous contrôle échographique reste le standard et ne devrait pas être remplacé par une évacuation médicamenteuse à risque élevé de rétention.</p>	[Akladios <i>et al.</i> , 2020] (CNGOF, France) Consensus d'experts Publié le 25 mars 2020
CHIRURGIE	LES PATIENTES QUI DEVRAIENT ÊTRE PRIORISÉES POUR L'ACCÈS À LA CHIRURGIE SONT LES FEMMES AVEC : <ul style="list-style-type: none"> • Mole hydatiforme : Curetage sans différer 	[RGOQ, 2020] (Québec, Canada) Consensus d'experts Publié le 23 mars 2020 (non disponible en ligne)

CNGOF : Collège national des gynécologues et obstétriciens français ; MSSS : Ministère de la Santé et des Services sociaux ; RGOQ : Regroupement des gynécologues oncologues du Québec ; SGO : Society of Gynecologic Oncologists.

RÉFÉRENCES

- Akladios C, Azais H, Ballester M, Bendifallah S, Bolze PA, Bourdel N, et al. [Guidelines for surgical management of gynaecological cancer during pandemic COVID-19 period - FRANCOGYN group for the CNGOF]. Gynecol Obstet Fertil Senol 2020;
- Comité national de radio-oncologie. COVID-19 : Recommandations de protocoles de traitement par siège tumoral- GYNÉCOLOGIQUE. 2020;
- Ontario Health - Cancer Care Ontario. COVID-19 Supplemental Clinical Guidance for Patients with Cancer. 2020;
- Ramirez PT, Chiva L, Eriksson AGZ, Frumovitz M, Fagotti A, Gonzalez Martin A, et al. COVID-19 Global Pandemic: Options for Management of Gynecologic Cancers. Int J Gynecol Cancer 2020;
- RGOQ. Priorisation des indications chirurgicales - Gynécologie Oncologique. 2020;
- SGO. Surgical Considerations for Gynecologic Oncologists During the COVID-19 Pandemic [site Web]. 2020a. Disponible à : <https://www.sgo.org/clinical-practice/management/covid-19-resources-for-health-care-practitioners/surgical-considerations-for-gynecologic-oncologists-during-the-covid-19-pandemic/>.
- SGO. Gynecologic Oncology Considerations during the COVID-19 Pandemic [site Web]. 2020b. Disponible à : <https://sgo.informz.net/informzdataservice/onlineversion/ind/bWFpbGluZ2luc3Rhb mNlaWQ9Nzg1NzE0NiZzdWJzY3JpYmVyaWQ9ODE3MDUxMTY1>.

ANNEXE A

Recherche documentaire

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

SOURCE	
Europe	European Society for Medical Oncology (ESMO) : https://www.esmo.org/
Canada	BC Cancer : http://www.bccancer.bc.ca/ Cancer Care Ontario (CCO) : https://www.cancercareontario.ca/en Health Quality Ontario (HQO) : https://www.hqontario.ca/Evidence-to-Improve-Care/Evidence-and-Health-Quality-Ontario Regroupement des gynécologues oncologues du Québec (RGOQ) : http://www.rgoq.ca/index.php/fr/ Society of Gynecologic Oncology of Canada (GOC) : http://g-o-c.org/
États-Unis	American College of Surgeons (ACS) : https://www.facs.org/ American Society of Clinical Oncology (ASCO) : https://www.asco.org/ American Society for Radiation Oncology (ASTRO) : https://www.astro.org/ International Gynecologic Cancer Society (IGCS) : https://igcs.org/ National Comprehensive Cancer Network (NCCN) : https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/default.aspx Society of Gynecologic Oncologists (SGO) : https://www.sgo.org/ Society of Surgical Oncology (SSO) : https://www.surgonc.org/
France	Haute Autorité de Santé (HAS) : https://www.has-sante.fr/ Institut National du Cancer (INCa) : https://www.e-cancer.fr/ Société Française de Radiothérapie Oncologique (SFRO) : http://www.sfro.fr/
Royaume-Uni	National Institute for Health and Care Excellence (NICE) : https://www.nice.org.uk/ National Health Services (NHS) : https://www.nhs.uk/

*Institut national
d'excellence en santé
et en services sociaux*

Québec 

Siège social

2535, boulevard Laurier, 5^e étage
Québec (Québec) G1V 4M3
418 643-1339

Bureau de Montréal

2021, avenue Union, 12^e étage, bureau 1200
Montréal (Québec) H3A 2S9
514 873-2563
inesss.qc.ca

