

Prise en charge des patients d'oncologie thoracique en hôpital de jour dans le contexte épidémique Covid-19

Version du 17 mars 2020

L'objectif de ces mesures est de maintenir la continuité des soins des patients atteints de cancer, tout en limitant autant que possible la présence des patients à l'hôpital et les contacts avec les autres patients.

Mesures générales

La salle d'attente correspond à la salle du 3^{ème} centre. Elle ne doit accueillir que 4 patients maximum, chacun espacé d'un mètre au moins l'un de l'autre.

La salle fauteuils correspond à la salle du 3^{ème} Ouest. Elle ne doit accueillir que 3 patients, chacun espacé d'un mètre au moins l'un de l'autre.

Les accompagnants sont dorénavant interdits, afin de limiter le nombre de personnes en salle d'attente et salle fauteuils, sauf exception. Les patients seront prévenus avant leur venue, par téléphone.

Le port du masque est recommandé pour tous les patients et tous les soignants, dans la limite des stocks disponibles.

Toutes les visites non indispensables doivent être identifiées et i) reportées, ou ii) annulées, ou iii) remplacées par une téléconsultation. Les visites non indispensables identifiées sont :

- Visites TKI : on ne voit les patients en HDJ que pour les J1 et M3 puis tous les 3 mois, sauf exception (patient fragile, toxicité constatée). Les autres visites (J15, J30, M2 et toutes les visites mensuelles ultérieures) doivent être effectuées en téléconsultation. Elles feront l'objet d'un courrier, comme pour une visite classique, en précisant que le patient a été vu en « téléconsultation ». Le suivi biologique reste le même que d'habitude. Les annonces de décision thérapeutique seront faites le jour de la venue du patient.
- Bilans radiologiques de suivi : limiter le nombre d'exams au strict minimum : scanner thoraco-abdominal ; IRM cérébrale uniquement si métastases connues actives ou signes cliniques évocateurs ; pas de TEP sauf cas particulier.
- Visites de suivi de toxicité post-chimio : elles sont remplacées par une téléconsultation, avec réalisation d'un courrier.
- Consultations d'annonce IDE : elles sont annulées ; la consultation sera effectuée a minima le jour du 1^{er} cycle.
- Les consultations à l'UGR (consultations « sauvages ») sont limitées au strict minimum pour éviter d'avoir trop de monde en même temps en salle d'attente. Elles doivent être remplacées chaque fois que possible par des téléconsultations.

Afin de limiter le nombre de patients en salle fauteuils, certaines chimios doivent être impérativement terminées pour 12h00. Elles seront identifiées chaque semaine sur la bible et, après vérification de la bio et contact téléphonique avec le patient, la liste sera transmise à l'URCC qui préparera en priorité ces chimios et les fera livrer dès la 1^{ère} navette du matin. Les chimios et immunos de l'après-midi doivent être prescrites en « ok/ok » pour être prêtes dès l'arrivée du patient.

Il faut tenir à jour une liste de toutes les téléconsultations effectuées ; nom, prénom, date de la téléconsultation.

Les visites de laboratoire ou prestataire dans le service sont interdites, sauf exception (livraison de matériel).

Information des patients

Les patients seront prévenus par téléphone avant leur venue : 1/ que les accompagnants sont interdits 2/ qu'il n'est pas possible de les accueillir avant leur heure de rendez-vous, afin de limiter le nombre de patients en salle d'attente. Ils devront donc prévenir leur ambulancier de les déposer à l'heure et pas avant, ou sinon privilégier les transports particuliers. 3/ L'absence de fièvre ou de signes d'infection virale sera systématiquement recherchée.

Une fiche d'information des patients sur le risque particulier lié au Covid-19 chez les patients suivis pour un cancer thoracique a été établie. Elle est affichée à l'entrée du service et à remettre à tout patient pour discussion, notamment sur les possibilités de modification thérapeutique.

Modification des schémas thérapeutiques

Modifications non discutées avec le patient

Privilégier l'administration orale plutôt qu'IV des J2 et J3 d'étoposide (Celltop, dose à doubler par rapport à la dose IV) pour ne pas faire revenir le patient à l'hôpital.

Modifications à discuter/expliciter au patient

- CBNPC stade IV, L1
 - o Non-épi :
 - PDL1<50% : chimio-immuno x4 puis pembro seul jusque M6 puis surveillance. Discuter au cas par cas le maintien du pemetrexed en maintenance.
 - PDL1>50% Pembro seul jusque M6 puis surveillance
 - o Epi :
 - PDL1<50% : chimio x4 puis surveillance
 - PDL1>50% : pembro seul jusque M6 puis surveillance
- CBNPC stade IV, L2
 - o Si immuno : jusque M6 puis surveillance

- Si docetaxel ou paclitaxel-beva : décaler le début de traitement de 6 semaines ou plus chaque fois que possible. Sinon schéma classique.
- Si autre chimio : proposer un report de la chimio
- CBNPC stade IV muté
 - Privilégier TKI chaque fois que possible
 - Visite TKI à J0 puis M3 et tous les 3 mois, sauf complication
- Chimio adjuvante
 - A éviter si possible, discussion au cas par cas. Si réalisée, schéma classique.
 - Décaler l'administration si possible de 2 mois ?
- CBNPC localement avancés
 - Radiochimiothérapie concomitante standard, durvalumab jusque M6 puis surveillance
- CBPC
 - Localisé : radiochimiothérapie concomitante standard ; éviter IPC
 - Diffus : chimio-immuno standard ; discussion au cas par cas du maintien de l'atezo au-delà des 4 premiers cycles.
- MPM
 - L1 : Chimio standard x6
 - L2 : essayer de reporter le début de la chimio chaque fois que possible ; sinon schéma standard.

Conduite à tenir en cas de fièvre ou majoration des symptômes respiratoires

Si un patient chauffe (>38.2°) ou présente une majoration des symptômes respiratoires, il doit appeler le service. Orientations possibles :

- Maintien à domicile
- Orientation MG
- Orientation urgences

En fonction des critères de gravité et de la suspicion d'infection Covid-19 ; cf recommandation DGS datées du 16/3/2020 :

- Polypnée (fréquence respiratoire > 22/min)
- Oxymétrie de pouls (SpO2) < 90% en air ambiant
- Pression artérielle systolique < 90 mmHG
- Altération de la conscience, confusion, somnolence
- Déshydratation
- Altération de l'état général brutal chez le sujet âgé.

Si un membre du personnel soignant est fébrile, il ne doit pas venir travailler et doit s'adresser à la médecine du travail (ou au 15 le week-end, pour l'instant).

Les personnels soignants à risque doivent se manifester auprès de la médecine du travail

Recherche clinique

Suspension des inclusions sauf cas particulier

Suspension des monitorings sauf demande expresse et motivée du promoteur, après accord.
Privilégier les monitorings à distance dès que possible.

Les ARCs assurent un roulement pour les tâches qui ne peuvent être reportées.