

4 mai 2020

**Réponse
rapide**

**COVID-19 : Revue des lignes
directrices et recommandations
pour la prise en charge des cancers
digestifs hauts 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 pourrait être appelée à changer.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2020

Bibliothèque et Archives Canada, 2020

ISBN : 978-2-550-86585-8 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 digestifs hauts en contexte de pandémie. Québec, Qc : INESSS; 2020. 19 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 digestifs hauts 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 patients atteints d'un cancer digestif haut, 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. 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 ministère de la Santé et des Services sociaux 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 a été effectuée. Un comité d'experts québécois spécialisés en cancers digestifs hauts 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 qui a appuyé 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 des cancers digestifs hauts en contexte d'urgence sanitaire?

Revue de littérature

Repérage des publications :

Littérature scientifique :

- La revue de la littérature (langue anglaise et française) a été effectuée entre le 29 mars et le 1^{er} avril 2020, dans PubMed avec les mots clés suivant : COVID, COVID-19, *coronavirus*, *neoplasia*, *digestive cancer*, *esophageal cancer*, *pancreatic cancer*, *gastric cancer*, *liver cancer*, *biliary tract cancer*.
- Les listes de références des documents retenues 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 suivants : priorisation, adaptation, recommandations, guides, consensus, cancer du pancréas, cancer de l'œsophage, cancer de l'estomac, cancer des voies biliaires, cancer hépatique (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 de cas et à la prise en charge des cancers digestifs hauts en contexte de pandémie de COVID-19 ont été retenues.
- Certains documents ont été transmis à l'INESSS et au MSSS mais ne sont pas disponibles en ligne.
- Les recommandations d'ordre général quant aux mesures de protection contre le coronavirus 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 : patients atteints d'un cancer digestif haut (pancréas, œsophage, estomac, voies biliaires, foie, tumeur neuroendocrine, GIST);
 - Intervention : Intervention : procédure diagnostique, suivi, imagerie, chirurgie, radiothérapie, radio-chimiothérapie, chimiothérapie, thérapie ciblée.
 - 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 par une professionnelle scientifique en oncologie.
- 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, juridiction;
 - Recommandations : siège tumoral, situation clinique (stade, grade, symptômes, etc.), intervention, risque de progression de la maladie, alternative de prise en charge proposée (maintien, déstagement ou adaptation thérapeutique), technique, source des données probantes en appui à la décision (p. ex. une étude clinique), 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 les sites tumoraux (pancréas, foie, voies biliaires, œsophage thoracique proximal et moyen, œsophage distal et jonction gastro-œsophagienne, estomac, tumeur neuroendocrine, GIST) et la situation clinique considérée.

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

- Neuf 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 digestifs hauts ont été retenues. L'ensemble des recommandations se trouvent dans le tableau suivant.

Lignes directrices et recommandations par siège tumoral et situation clinique

Situation clinique	Recommandations	Référence, type de publication, date
Considérations générales applicables à tous les sites tumoraux	<p>IMAGERIE</p> <p><u>Surveillance en cours de traitement :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Report des examens d'imagerie prévus pendant la période épidémique. • Évaluation par examen clinique et cinétique des marqueurs tumoraux. • Cas particulier : patients avec métastases potentiellement résécables ou menaçantes, ou en début de traitement peut justifier le maintien des examens d'imagerie. <p><u>Surveillance post-thérapeutique :</u></p> <p>Report des consultations et des examens d'imagerie après la période épidémique.</p>	<p>[Di Fiore <i>et al.</i>, 2020]</p> <p>Thésaurus National de Cancérologie digestive (France)</p> <p>Consensus d'experts</p> <p>Publié le 23 mars 2020</p>
Cancer du pancréas		
Cancer du pancréas localisé	<p>CHIRURGIE</p> <p>Report de la chirurgie selon les possibilités locales et l'évolution de l'épidémie.</p>	<p>[Di Fiore <i>et al.</i>, 2020]</p> <p>Thésaurus National de Cancérologie digestive (France)</p> <p>Consensus d'experts</p> <p>Publié le 23 mars 2020</p>
	<p>TRAITEMENT SYSTÉMIQUE NEOADJUVANT</p> <p>Discuter une chimiothérapie d'attente, FOLFOX à privilégier versus FOLFIRINOX au regard de risque de complications sévères lié à l'immunodépression chimio-induite (à rediscuter après l'épidémie). Si FOLFIRINOX, GCSF et schéma modifié sont adéquats.</p>	<p>[Tuech <i>et al.</i>, 2020]</p> <p>Opinion d'experts basée sur une synthèse de la littérature</p> <p>Publié le 19 mars 2020</p>
	<p>TRAITEMENT SYSTÉMIQUE NEOADJUVANT</p> <p>Ne pas initier de chimiothérapie néoadjuvante.</p>	<p>[Association des médecins hématologues et oncologues du Québec (AMHOQ), 2020] (Qc)</p> <p>Consensus d'experts</p> <p>Document de travail (non publié)</p>
	<p>TRAITEMENT SYSTÉMIQUE NEOADJUVANT</p> <p>Envisager de poursuivre la chimiothérapie (FOLFIRINOX) si la chirurgie est retardée.</p>	<p>[Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), 2020]</p> <p>Traitements systémiques</p> <p>Consensus d'experts</p> <p>Publié le 23 mars 2020</p>
		<p>[Ontario Health - Cancer Care Ontario (CCO), 2020]</p>

		Consensus d'experts 29 mars 2020 (non disponible en ligne)
	TRAITEMENT SYSTÉMIQUE ADJUVANT FOLFIRINOX est privilégié en raison de l'ampleur du bénéfice de survie, avec GCSF et schéma modifié [Conroy <i>et al.</i> , 2018].	[Di Fiore <i>et al.</i> , 2020] Thésaurus National de Cancérologie digestive (France) Consensus d'experts Publié le 23 mars 2020
		[Association des médecins hématologues et oncologues du Québec (AMHOQ), 2020] (Qc) Consensus d'experts Document de travail (non publié)
		[Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), 2020] Traitements systémiques Consensus d'experts Publié le 23 mars 2020
		[Ontario Health - Cancer Care Ontario (CCO), 2020] Consensus d'experts 29 mars 2020 (non disponible en ligne)
Tumeurs péri-ampullaires en l'absence de documentation histologique	CHIRURGIE Reporter la chirurgie selon les possibilités locales et l'évolution de l'épidémie.	[Tuech <i>et al.</i> , 2020] Opinion d'experts basée sur une synthèse de la littérature Publié le 19 mars 2020
Cancer du pancréas localement avancé	CHIRURGIE Ne pas retarder la chirurgie. Pour les lésions nécessitant une spléno pancréatectomie gauche, l'intervention pourrait être proposée chez les patients à faible risque opératoire (comorbidités, état nutritionnel), mais devrait être reportée dans le cas contraire. L'administration d'une chimiothérapie d'attente peut être considérée au cas par cas, afin de prendre en considération le risque oncologique ainsi que le risque d'immunodépression induite qui pourrait être extrêmement délétère.	[Society of Surgical Oncology (SSO), 2020] Consensus d'experts Mise à jour le 23 mars 2020
	TRAITEMENT SYSTÉMIQUE NEOADJUVANT	[Tuech <i>et al.</i> , 2020] Opinion d'experts basée sur une synthèse de la littérature

	Si le patient répond au traitement et le tolère, continuer la chimiothérapie néoadjuvante et reporter la chirurgie.	Publié le 19 mars 2020
	TRAITEMENT SYSTÉMIQUE <ul style="list-style-type: none"> Chimiothérapie à discuter selon l'état général du patient (gemcitabine ou bi-chimiothérapie à base 5FU ou capécitabine). Discuter pause ou entretien en cas de stabilité en privilégiant la capécitabine. 	[Di Fiore <i>et al.</i> , 2020] Thésaurus National de Cancérologie digestive (France) Consensus d'experts Publié le 23 mars 2020
	TRAITEMENT SYSTÉMIQUE <ul style="list-style-type: none"> Privilégier une ligne de traitement avec le FOLFIRINOX ou la combinaison gemcitabine-nabpaclitaxel ou la gemcitabine en monothérapie; Privilégier l'entretien après le FOLFIRINOX par FOLFIRI ou CAPIRI ou capécitabine; 	[Association des médecins hématologues et oncologues du Québec (AMHOQ), 2020] (Qc) Consensus d'experts Document de travail (non publié)
		[Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), 2020] Traitements systémiques Consensus d'experts Publié le 23 mars 2020
Cancer du pancréas métastatique	TRAITEMENT SYSTÉMIQUE <ul style="list-style-type: none"> Selon l'état général du patient : monothérapie par gemcitabine, bi chimiothérapie ou tri chimiothérapie selon la situation clinique Si FOLFIRINOX schéma modifié et/ou prophylaxie primaire par GCSF. 	[Di Fiore <i>et al.</i> , 2020] Thésaurus National de Cancérologie digestive (France) Consensus d'experts Publié le 23 mars 2020
	TRAITEMENT SYSTÉMIQUE <ul style="list-style-type: none"> Privilégier une ligne de traitement avec le FOLFIRINOX ou la combinaison gemcitabine-nabpaclitaxel ou la gemcitabine en monothérapie; Privilégier l'entretien après le FOLFIRINOX par FOLFIRI ou CAPIRI ou capécitabine; 	[Association des médecins hématologues et oncologues du Québec (AMHOQ), 2020] (Qc) Consensus d'experts Document de travail (non publié)
		[Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), 2020] Traitements systémiques Consensus d'experts Publié le 23 mars 2020

		[Ontario Health - Cancer Care Ontario (CCO), 2020] Consensus d'experts 29 mars 2020 (non disponible en ligne)
Carcinome hépatocellulaire		
Carcinome hépatocellulaire localisé/résécable	CHIRURGIE <ul style="list-style-type: none"> Reporter la majorité des chirurgies complexes à forte morbi-mortalité <u>Option alternative</u> : <ul style="list-style-type: none"> Si possible (lésions < 3 cm), particulièrement pour les CHC et les métastases hépatiques, privilégier destruction percutanée 	[Di Fiore <i>et al.</i> , 2020] Thésaurus National de Cancérologie digestive (France) Consensus d'experts Publié le 23 mars 2020
	CHIRURGIE <ul style="list-style-type: none"> Si la lésion est accessible à un geste d'exérèse hépatique mineure, l'intervention pourrait être proposée chez les patients à faible risque opératoire En cas de lésion justifiant d'un geste d'exérèse hépatique majeure, l'intervention doit être reportée, avec possiblement une préparation par embolisation si nécessaire, et préparation nutritionnelle. Les patients candidats à un geste de destruction par thermoablation pourraient être traités selon les possibilités locales et l'évolution de l'épidémie. 	[Tuech <i>et al.</i> , 2020] Opinion d'experts basée sur une synthèse de la littérature Publié le 19 mars 2020
	CHIRURGIE <ul style="list-style-type: none"> Ne pas retarder la chirurgie pour tous les cancers agressifs <u>Option alternative</u> : <ul style="list-style-type: none"> Considérer une ablation ou embolisation (plutôt que résection chirurgicale). 	[Society of Surgical Oncology (SSO), 2020] Publié le 30 mars 2020
	RADIOTHÉRAPIE Les traitements de SBRT pour le carcinome hépatocellulaire devraient être considérés au cas par cas, après évaluation des autres options de traitement et idéalement, après discussion multidisciplinaire.	[Comité national de radio-oncologie du Québec, 2020] Consensus d'experts (non publié)
	TRAITEMENT CURATIF Ne pas reporter les traitements curatifs sauf dans le cas de nodule unique de petite taille sans rapport vasculaire menaçant et/ou peu évolutif <u>Si attente de transplantation</u> : repousser un traitement d'attente non urgent (réponse presque complète), mais pas les traitements indispensables	[Di Fiore <i>et al.</i> , 2020] Thésaurus National de Cancérologie digestive (France) Consensus d'experts Publié le 23 mars 2020
Carcinome hépatocellulaire localement avancé (non opérable)	TRAITEMENT SYSTÉMIQUE <ul style="list-style-type: none"> Les traitements par voie orale (sorafenib/regorafenib/cabozantinib) devraient être maintenus en proposant une téléconsultation pour la gestion des effets indésirables. Discuter des traitements loco-régionaux au cas par cas après l'épidémie. 	[Di Fiore <i>et al.</i> , 2020] Thésaurus National de Cancérologie digestive (France) Consensus d'experts

		Publié le 23 mars 2020
		[Ontario Health - Cancer Care Ontario (CCO), 2020] Consensus d'experts 29 mars 2020 (non disponible en ligne)
Métastases hépatiques		
Métastases hépatiques résécables de cancer colorectal	TRAITEMENT LOCAL <ul style="list-style-type: none"> Utiliser ablation ou SBRT plutôt qu'une résection si possible (SSO) 	[Society of Surgical Oncology (SSO), 2020] Consensus d'experts Publié le 30 mars 2020
	TRAITEMENT LOCAL <ul style="list-style-type: none"> Les traitements de SBRT pour métastases hépatique devraient être considérés au cas par cas, après évaluation des autres traitements et idéalement, après discussion multidisciplinaire. Si une irradiation palliative est indiquée (métastases multiples symptomatiques), le régime de 8 Gy en 1 fraction au foie entier serait à privilégier. <u>Option alternative</u> : Gestion des symptômes par soins de support.	[Comité national de radio-oncologie du Québec, 2020] Consensus d'experts (non publié)
	TRAITEMENT SYSTÉMIQUE <ul style="list-style-type: none"> Considérer mettre tous les nouveaux diagnostiques sous chimiothérapie systémique Continuer la chimiothérapie systémique pour tous les patients <u>Option alternative</u> : Monitorer seulement les patients à faible risque.	[Ontario Health - Cancer Care Ontario (CCO), 2020] Consensus d'experts 29 mars 2020 (non disponible en ligne)
Cholangiocarcinome		
Cholangiocarcinome résécable	CHIRURGIE Réaliser la chirurgie dans les délais (pas de chimiothérapie néoadjuvante validée). <u>Cas particulier</u> : cholangiocarcinome péri-hilaire : si cholestase ictérique, prioriser le drainage des voies biliaires et l'embolisation portale en préparation de l'hépatectomie qui peut être différée	[Di Fiore <i>et al.</i> , 2020] Thésaurus National de Cancérologie digestive (France) Consensus d'experts Publié le 23 mars 2020
	TRAITEMENT SYSTÉMIQUE ADJUVANT Administrer la capécitabine	[Di Fiore <i>et al.</i> , 2020] Thésaurus National de Cancérologie digestive (France) Consensus d'experts Publié le 23 mars 2020

		[Ontario Health - Cancer Care Ontario (CCO), 2020] Consensus d'experts 29 mars 2020 (non disponible en ligne)
	TRAITEMENT SYSTÉMIQUE ADJUVANT Bénéfice mineur de la capécitabine. Discuter de ne pas administrer de chimiothérapie adjuvante.	[Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), 2020] Traitements systémiques Consensus d'experts Publié le 23 mars 2020
Cholangiocarcinome non résécable	TRAITEMENT SYSTÉMIQUE Chimiothérapie selon la situation clinique (gemcitabine-cisplatine ou GemOx) <u>Option alternative</u> : bi-chimiothérapie (CapOx) [Kim <i>et al.</i> , 2019]	[Di Fiore <i>et al.</i> , 2020] Thésaurus National de Cancérologie digestive (France) Consensus d'experts Publié le 23 mars 2020
		[Ontario Health - Cancer Care Ontario (CCO), 2020] Consensus d'experts 29 mars 2020 (non disponible en ligne)
Cancer de l'œsophage thoracique proximal et moyen		
Cancer de l'œsophage résécable (Stade T1a ou T1b superficiel)	CHIRURGIE Omettre ou reporter <u>Option alternative</u> : prise en charge endoscopique.	[American College of Surgeons (ACS), 2020] Consensus d'experts Publié le 24 mars 2020
		[Society of Surgical Oncology (SSO), 2020] Consensus d'experts Publié le 30 mars 2020
Carcinomes épidermoïdes de l'œsophage, patient opérable	RADIO-ONCOLOGIE Eviter l'hypofractionnement <u>Option alternative</u> : le régime CROSS est adéquat.	[Comité national de radio-oncologie du Québec, 2020] Consensus d'experts (non publié)
Cancer de l'œsophage (T1b ou plus)	CHIRURGIE Ne pas retarder la chirurgie	[American College of Surgeons (ACS), 2020] Consensus d'experts

		Publié le 24 mars 2020 [Society of Surgical Oncology (SSO), 2020] Consensus d'experts Publié le 30 mars 2020
Cancer de l'œsophage localisé	RADIO-CHIMIOTHÉRAPIE PRÉ-OPÉRATOIRE <ul style="list-style-type: none"> • Paclitaxel-carboplatine + radiothérapie à privilégier • En cas de réponse complète surveillance ou chirurgie décalée [Mariette <i>et al.</i>, 2014] 	[Di Fiore <i>et al.</i> , 2020] Thésaurus National de Cancérologie digestive (France) Consensus d'experts Publié le 23 mars 2020
Cancer de l'œsophage (stade T2 ou plus et ganglions positifs)	TRAITEMENT SYSTÉMIQUE NEOADJUVANT Les lésions de stade clinique T2 ou supérieur présentant des ganglions positifs devraient être traitées avec une chimiothérapie néoadjuvante.	[Society of Surgical Oncology (SSO), 2020] Consensus d'experts Publié le 30 mars 2020
Carcinomes épidermoïdes de l'œsophage, patient non-opérable	RADIO-ONCOLOGIE Une dose de 50Gy en 25 fractions est raisonnable et suffisante.	[Comité national de radio-oncologie du Québec, 2020] Consensus d'experts (non publié)
Cancer de l'œsophage distal et de la jonction gastro-œsophagienne		
Cancer de la jonction gastro-œsophagienne localisé	CHIRURGIE Si chirurgie, privilégier l'intervention sans abord thoracique	[Di Fiore <i>et al.</i> , 2020] Thésaurus National de Cancérologie digestive (France) Consensus d'experts Publié le 23 mars 2020
	TRAITEMENT SYSTÉMIQUE PÉRIOPÉRATOIRE Adapter à la situation clinique : <ul style="list-style-type: none"> • FLOT si possible en raison de l'ampleur du bénéfice de survie, en ajoutant un GCSF [Al-Batran <i>et al.</i>, 2019] • À défaut par bi-chimiothérapie à base de platine (CapOx en l'absence de dysphagie). 	[Ontario Health - Cancer Care Ontario (CCO), 2020] Consensus d'experts 29 mars 2020 (non disponible en ligne)
Adénocarcinomes de l'œsophage distal et de la jonction gastro-œsophagienne	RADIO-ONCOLOGIE Eviter l'hypofractionnement <u>Option alternative</u> à la radiothérapie est la chimiothérapie péri-opératoire (FLOT). <ul style="list-style-type: none"> • Si la radiothérapie néo-adjuvante est nécessaire, favoriser le régime CROSS (41,4Gy en 23 fractions) si le patient est opérable. 	[Comité national de radio-oncologie du Québec, 2020] Consensus d'experts (non publié)

	<ul style="list-style-type: none"> • Si un hypofractionnement est nécessaire, considérer le protocole Walsh (NEJM1996), soit une dose de 40Gy en 15 fractions. 	
Cancer gastrique		
Cancer gastrique localisé	<p>CHIRURGIE Si chirurgie, privilégier l'intervention sans abord thoracique</p> <p>TRAITEMENT SYSTÉMIQUE PÉRIOPÉRATOIRE Adapter à la situation clinique :</p> <ul style="list-style-type: none"> • FLOT si possible en raison de l'ampleur du bénéfice de survie, en ajoutant un GCSF [Al-Batran <i>et al.</i>, 2019] • À défaut par bi-chimiothérapie à base de platine (CapOx en l'absence de dysphagie) 	<p>[Di Fiore <i>et al.</i>, 2020] Thésaurus National de Cancérologie digestive (France) Consensus d'experts Publié le 23 mars 2020</p>
Cancer gastrique, contexte pré-opératoire	<p>CHIRURGIE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gastrectomie doit être reportée. <p><u>Option alternative</u> : discussion de la poursuite du traitement préopératoire si celui-ci se termine au cours de l'épidémie en prenant en considération le risque non négligeable d'immunosuppression chimio-induite.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gastrectomie partielle, en raison du risque de complications plus limitées, l'intervention pourrait être proposée chez les patients à faible risque opératoire, mais devrait être reportée dans le cas contraire. <p>TRAITEMENT SYSTÉMIQUE NÉOADJUVANT excepté pour les formes superficielles, FLOT en particulier, <u>Option alternative</u> : Radiochimiothérapie néoadjuvante</p>	<p>[Tuech <i>et al.</i>, 2020] Opinion d'experts basée sur une synthèse de la littérature Publié le 19 mars 2020</p>
Cancer gastrique, contexte adjuvant	<p>RADIO-ONCOLOGIE Pas d'indication pour l'hypofractionnement dans le contexte de traitement adjuvant. Idéalement, si le patient a eu une chirurgie adéquate incluant un bon échantillonnage ganglionnaire (D2 au moins), même s'il n'a pas eu de chimiothérapie néo-adjuvante, il serait adéquat dans le contexte actuel d'omettre une radiothérapie adjuvante et de favoriser une chimiothérapie seule (FLOT) adjuvante.</p>	<p>[Comité national de radio-oncologie du Québec, 2020] Consensus d'experts (non publié)</p>
Cancer gastrique résécable ou non	<p>RADIO-ONCOLOGIE Omettre ou reporter.</p> <p><u>Option alternative</u> : l'utilisation de la chimiothérapie devrait être favorisée en raison du bénéfice clinique et en raison de la diminution du nombre de visites du patient à l'hôpital.</p>	<p>[Simcock <i>et al.</i>, 2020] Publié le 22 mars 2020 Twitter discussion, Radiation Oncology Journal Club (#RadOnc #jc)</p>

Cancer gastrique (stade T2 ou plus et ganglions positifs)	TRAITEMENT SYSTÉMIQUE NEOADJUVANT Les lésions de stade clinique T2 ou supérieur présentant des ganglions positifs devraient être traitées avec une chimiothérapie néoadjuvante.	[Society of Surgical Oncology (SSO), 2020] Consensus d'experts Publié le 30 mars 2020
Cancers métastatiques d'origine gastrique, de la jonction gastro-œsophagienne et de l'œsophage		
Cancer de l'œsophage métastatique	TRAITEMENT SYSTÉMIQUE En première intention de traitement, CapOx +/- trastuzumab (si HER2 positif) devrait être privilégié.	[Di Fiore <i>et al.</i> , 2020] Thésaurus National de Cancérologie digestive (France) Consensus d'experts Publié le 23 mars 2020
	RADIO-ONCOLOGIE L'hypofractionnement est favorisé. La dose dépend du jugement clinique, de l'état de performance du patient, son âge, ses comorbidités et les symptômes à pallier. Pour la dysphagie, chez les patients avec un bon état de performance et un fardeau métastatique relativement petit, une dose égale ou supérieure à 30Gy en 10 fractions est privilégiée. Une dose de 20Gy en 5 fractions est adéquate mais parfois insuffisante pour la dysphagie. Une dose de 8Gy en 1 fraction est aussi possible, par exemple chez les personnes âgées.	[Comité national de radio-oncologie du Québec, 2020] Consensus d'experts (non publié)
Cancer gastrique métastatique	TRAITEMENT SYSTÉMIQUE En première intention de traitement, CapOx +/- trastuzumab (si HER2 positif) devrait être privilégié.	[Di Fiore <i>et al.</i> , 2020] Thésaurus National de Cancérologie digestive (France) Consensus d'experts Publié le 23 mars 2020
	TRAITEMENT SYSTÉMIQUE En première intention de traitement palliatif, les protocoles FOLFIRI, FOLFOX, Trans-Cis-FU etc. peuvent être considérés.	[Ontario Health - Cancer Care Ontario (CCO), 2020] Consensus d'experts 29 mars 2020 (non disponible en ligne)
	RADIO-ONCOLOGIE Si une irradiation palliative à l'estomac est indiquée dans un contexte de saignement, le régime de 8 Gy en 1 fraction serait à privilégier. Les régimes de 20 Gy en 5 fractions et 30 Gy en 10 fractions seraient à considérer dans un autre contexte palliatif.	[Comité national de radio-oncologie du Québec, 2020] Consensus d'experts (non publié)
Tumeurs neuroendocrines (TNE)		
TNE bien différenciée - résécable	CHIRURGIE Reporter si asymptomatique.	[Di Fiore <i>et al.</i> , 2020] Thésaurus National de Cancérologie digestive (France)

		Consensus d'experts Publié le 23 mars 2020
Carcinome neuroendocrine - résécable	CHIRURGIE - CHIMIORADIOTHÉRAPIE- TRAITEMENT SYSTÉMIQUE Ne pas reporter.	[Di Fiore <i>et al.</i> , 2020] Thésaurus National de Cancérologie digestive (France) Consensus d'experts Publié le 23 mars 2020
TNE bien différenciée – non résécable	TRAITEMENT LOCO-RÉGIONAL Maintenir les traitements (embolisation hépatique, thermoablation, cytoréduction chirurgicale, radiothérapie interne vectorisée) au cas par cas si nécessaire au contrôle d'un syndrome sécrétoire réfractaire. <u>Options alternatives :</u> - Téléconsultation pour les patients avec traitement oral (analogue somatostatine, évérolimus, sunitinib, temozolomide+/-capécitabine) - Privilégier les formes orales de chimiothérapie (TemCap) - Envisager une pause des chimiothérapies IV dès que possible.	[Di Fiore <i>et al.</i> , 2020] Thésaurus National de Cancérologie digestive (France) Consensus d'experts Publié le 23 mars 2020
Carcinome neuroendocrine – non résécable	TRAITEMENT SYSTÉMIQUE <ul style="list-style-type: none"> • Pas de report de la chimiothérapie (1^{ère} intention, jusqu'à 6 cycles) • Ne pas utiliser l'étoposide oral <u>Option alternative</u> : discuter au cas par cas des traitements pour les 2 ^{ème} et 3 ^{ème} intentions ou pause thérapeutique.	[Di Fiore <i>et al.</i> , 2020] Thésaurus National de Cancérologie digestive (France) Consensus d'experts Publié le 23 mars 2020
		[Ontario Health - Cancer Care Ontario (CCO), 2020] Consensus d'experts 29 mars 2020 (non disponible en ligne)
Tumeurs stromales digestives (GIST)		
GIST - résécable	CHIRURGIE <ul style="list-style-type: none"> • Maintenir la chirurgie sauf pour les patients « fragiles » ou si la chirurgie est complexe (DPC, proctectomie) ou si la lésion est difficilement résécable. <u>Option alternative</u> : initier ou poursuivre un traitement néoadjuvant par imatinib TRAITEMENT SYSTÉMIQUE ADJUVANT Poursuivre imatinib <u>Option alternative</u> : arrêt ITK si suspicion d'infection	[Di Fiore <i>et al.</i> , 2020] Thésaurus National de Cancérologie digestive (France) Consensus d'experts Publié le 23 mars 2020

	<p>CHIRURGIE Reporter la chirurgie pour les GIST sauf si le report comporte un risque que la lésion devienne non résecable.</p>	<p>[Society of Surgical Oncology (SSO), 2020] Consensus d'experts Publié le 30 mars 2020</p>
<p>GIST – localement avancé ou métastatique</p>	<p>TRAITEMENT SYSTÉMIQUE Poursuivre le traitement avec les ITK. <u>Option alternative</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Arrêter les ITK si suspicion d'infection - Reporter la chirurgie ou la thermoablation 	<p>[Di Fiore <i>et al.</i>, 2020] Thésaurus National de Cancérologie digestive (France) Consensus d'experts Publié le 23 mars 2020</p>

GIST : Gastro-intestinal stromal tumors; ITK : Inhibiteurs de tyrosines kinases; SBRT : Stereotactic body radiotherapy; TNE : tumeur neuro-endocrine;

RÉFÉRENCES

- Al-Batran SE, Homann N, Pauligk C, Goetze TO, Meiler J, Kasper S, et al. Perioperative chemotherapy with fluorouracil plus leucovorin, oxaliplatin, and docetaxel versus fluorouracil or capecitabine plus cisplatin and epirubicin for locally advanced, resectable gastric or gastro-oesophageal junction adenocarcinoma (FLOT4): a randomised, phase 2/3 trial. *Lancet* 2019;393(10184):1948-57.
- American College of Surgeons (ACS). COVID-19 Guidelines for Triage of Colorectal Cancer Patients [site Web]. 2020. Disponible à : <https://www.facs.org/covid-19/clinical-guidance/elective-case/colorectal-cancer> (consulté le 30 mars 2020).
- Association des médecins hématologues et oncologues du Québec (AMHOQ). COVID-19 and Adult Cancers. 2020.
- Comité national de radio-oncologie du Québec. Recommandations du Comité national de radio-oncologie. 2020.
- Conroy T, Hammel P, Hebbar M, Ben Abdelghani M, Wei AC, Raoul JL, et al. FOLFIRINOX or Gemcitabine as Adjuvant Therapy for Pancreatic Cancer. *N Engl J Med* 2018;379(25):2395-406.
- Di Fiore F, Bouché O, Lepage C, Sefrioui D, Gangloff A, Schwarz L, Tuech JJ. Thésaurus National de Cancérologie Digestive - Prise en charge des cancers digestifs en fonction de la situation épidémique COVID-19 [site Web]. 2020. Disponible à : https://afef.asso.fr/wp-content/uploads/2020/03/tncd_chap-21-covid-19-cancers-digestifs_2020-03-23.pdf.
- Kim ST, Kang JH, Lee J, Lee HW, Oh SY, Jang JS, et al. Capecitabine plus oxaliplatin versus gemcitabine plus oxaliplatin as first-line therapy for advanced biliary tract cancers: a multicenter, open-label, randomized, phase III, noninferiority trial. *Ann Oncol* 2019;30(5):788-95.
- Mariette C, Dahan L, Mornex F, Maillard E, Thomas PA, Meunier B, et al. Surgery alone versus chemoradiotherapy followed by surgery for stage I and II esophageal cancer: final analysis of randomized controlled phase III trial FFCD 9901. *J Clin Oncol* 2014;32(23):2416-22.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Recommandations et procédures spécifiques à l'administration de traitements systémiques pour la COVID-19 et la protection des personnes touchées par le cancer et des professionnels [site Web]. 2020. Disponible à : https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/coronavirus-2019-ncov/Cancerologie-recommandations-et-procedures-specifiques-a-l-administration_2020-03-23.pdf (consulté le 29 mars 2020).
- Ontario Health - Cancer Care Ontario (CCO). COVID-19 Supplemental Clinical Guidance for Patients with Cancer. 2020. 29 mars 2020.

Simcock S, Vengaloor Thomas T, Estes Mercy C, Filippi A, R., Katz MA, Pereira IJ, Saeed H. COVID-19: Global Radiation Oncology's Targeted Response for Pandemic Preparedness. Clin Transl Oncol 2020;Pre-proofs.

Society of Surgical Oncology (SSO). Resource for Management Options of Colorectal Cancer During COVID-19 [site Web]. 2020. Disponible à : <https://www.surgonc.org/wp-content/uploads/2020/03/Colorectal-Resource-during-COVID-19-3.30.20.pdf> (consulté le 31 mars 2020).

Tuech JJ, Gangloff A, Di Fiore F, Michel P, Brigand C, Slim K, et al. Stratégie pour la pratique de la chirurgie digestive et oncologique en situation d'épidémie de COVID 19. Journal de Chirurgie Viscérale 2020;

ANNEXE A

Recherche documentaire

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

SOURCES	
Internationale	<ul style="list-style-type: none"> • Society of Surgical Oncology (SSO) (https://www.surgonc.org/)
Canada	<ul style="list-style-type: none"> • Association des médecins hématologues et oncologues du Québec (AMHOQ) (http://amhoq.org/) • Association des radio-oncologues du Québec (AROQ) (http://www.aroq.ca) • BC Cancer (http://www.bccancer.bc.ca/) • Cancer Care Ontario (CCO) (http://www.cancercare.on.ca/) • Espace Info MSSS (https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/cancerologie/) • Health Quality Ontario (HQO) (http://www.hqontario.ca/Evidence) • Société canadienne du cancer (SCC) (http://www.cancer.ca/fr-ca/?region=qc)
États-Unis	<ul style="list-style-type: none"> • American College of Surgeons (ACS) (https://www.facs.org/) • American Society of Clinical Oncology (ASCO) (http://www.asco.org/) • American Society for Radiation Oncology (ASTRO) (https://www.astro.org/) • National Comprehensive Cancer Network (NCCN) (http://www.nccn.org/)
Europe	<ul style="list-style-type: none"> • European Society for Medical Oncology (ESMO) (http://www.esmo.org/) • European Society for Radiotherapy and Oncology (ESTRO) (http://www.estro.org/) • Haut Conseil de la santé publique (HCSP) (http://www.hcsp.fr) • Institut National du Cancer (INCa) (http://www.e-cancer.fr/) • Société Française de Radiothérapie Oncologique (SFRO) (http://www.sfro.fr/) • Société Nationale Française de Gastroentérologie digestive (SNFGE) (https://www.snfge.org/)
Royaume-Uni	<ul style="list-style-type: none"> • National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (http://www.nice.org.uk) • National Health Services (NHS) (http://nhs.uk/pages/home.aspx)

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

