

Le Thésaurus est un travail collaboratif sous égide de la Société Nationale Française de Gastroentérologie (SNFGE), de la Fédération Francophone de Cancérologie Digestive (FFCD), du Groupe Coopérateur multidisciplinaire en Oncologie (GERCOR), de la Fédération Nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer (UNICANCER), de la Société Française de Chirurgie Digestive (SFCD), de la Société Française d'Endoscopie Digestive (SFED), de la Société Française de Radiothérapie Oncologique (SFRO), l'Association de Chirurgie Hépato-Bilio-Pancréatique & Transplantation (ACHBT) et de la Société Française de Radiologie (SFR) (dont Société d'Imagerie Abdominale et Digestive (SIAD) et Fédération de Radiologie interventionnelle (FRI).

## Chapitre 21.00.

### Prise en charge des cancers digestifs pendant la 2<sup>ème</sup> vague pandémique COVID-19

Date de cette version :

**06/11/2020**

Date de dernière mise à jour à vérifier sur [www.tnkd.org](http://www.tnkd.org) ou [www.snfge.org](http://www.snfge.org)

#### Mise en garde

Du fait de l'actualisation fréquente du TNCD, notamment dans le contexte de pandémie COVID-19, l'utilisation de ce document imprimé impose de vérifier qu'une version plus récente n'a pas été mise à disposition sur le site.





## Chapitre initié par la FFCD et le CHU de Poitiers

**GROUPE DE TRAVAIL :** O Bouché (Reims), coordonnateur, D Tougeron (Poitiers), P. Michel (Rouen), A. Lièvre (Rennes), M. Ducreux (Villejuif), S Gaujoux (Paris), B. Guiu (Montpellier), F Huguet (Paris), T. Lecomte (Tours), C. Lepage (Dijon), C. Louvet (Paris), L Maggiori (Paris), P Mariani (Paris), T. Aparicio (Paris).

### Comment citer ce chapitre ?

Tougeron D, Michel P, Lièvre A, Ducreux M, Gaujoux S, Guiu B, Huguet F, Lecomte T, Lepage C, Louvet C, Maggiori L, Mariani P, Aparicio T, Bouché O; Thésaurus National de Cancérologie Digestive (TNCD). Management of digestive cancers during the COVID-19 second wave: A French intergroup point of view (SNFGE, FFCD, GERCOR, UNICANCER, SFCD, SFED, SFRO, ACHBT, SFR). *Dig Liver Dis*. 2020 Dec 16;S1590-8658(20)31050-1. doi: 10.1016/j.dld.2020.11.029. Epub ahead of print. PMID: 33341421.

Ces propositions sont basées sur l'analyse de la littérature scientifique, la dernière version (11/05/2020) du TNCD chapitre 21 (1) et les enseignements de la première vague épidémique COVID-19. Elles devront être adaptées dans le temps et en fonction de la situation sanitaire locale.

**Le risque de décès de COVID-19 chez les patients traités pour un cancer a été sur-évalué** dans les premières études chinoises. Dans plusieurs larges cohortes européennes et américaines et une méta-analyse récente, le décès et la sévérité de la COVID-19 étaient essentiellement liés aux caractéristiques générales des patients avec un faible impact de la chimiothérapie (2-6). Dans la cohorte française GCO-002 CACOV-19 (n=1289), les facteurs cliniques indépendants associés au décès étaient en analyse multivariée, le sexe masculin (OR=1,73, IC95%: 1,18-2,52), l'état général ECOG  $\geq 2$  (OR=3,23, IC 95%: 2,27-4,61), et l'indice de comorbidité Charlson actualisé (ICCa) (OR=1,08, IC 95%: 1,01-1,16) (2).

**L'impact de la réorganisation du système de soins en période de confinement pendant la première vague pandémique COVID-19 a été majeur sur le parcours de soins en cancérologie (7-13).** L'étude française ONCOCARE-COV a confirmé une réduction d'activité en termes de dépistage (-86%), prélèvements histopathologiques (-48%), analyses biomoléculaires (-69%), consultations d'annonce (-54%), évaluations onco-gériatriques (-86%) et nouveaux patients discutés en RCP (-39%) (7). La baisse d'activité thérapeutique était également importante sur le plan chirurgical (-30%) et à un niveau moindre pour la radiothérapie (-16%) et la chimiothérapie (-9%) (7). Les conséquences pronostiques de ces retards diagnostiques et thérapeutiques ne sont pas encore connues mais des analyses de modélisations sont inquiétantes (14-16).

**Ainsi, en situation de reprise épidémique COVID-19 il semble indispensable de maintenir si possible les traitements du cancer** en préservant une offre de recours en cancérologie (y compris par sanctuarisation de la chirurgie oncologique) et d'une filière d'accès aux soins de réanimation « hors COVID » permettant la continuité des soins et la gestion d'éventuelles complications des traitements oncologiques.

En collaboration avec les réseaux régionaux de cancérologie et les ARS, nous proposons de créer des **Comités Régionaux COVID et Cancer** dont le rôle sera de partager l'information entre les différentes structures de prise en charge et de faciliter

la mise en œuvre de solutions pour éviter ou limiter les conséquences de la crise COVID-19 sur les délais de diagnostic et de traitement du cancer.

## REFERENCE

- Pas de référence

## OPTIONS

- Les propositions doivent être interprétées en fonction des capacités locales, de l'intensité de l'épidémie et de son retentissement sur l'organisation des structures de soins selon les régions. (*accord d'experts*)

### 1/ Parcours de soins des patients (*accord d'experts*)

- **Une vigilance accrue doit être portée à l'organisation du dépistage** (cancers colo-rectaux) **et des actes à visée diagnostique** (imagerie et endoscopie) dont les retards cumulés diagnostiques et thérapeutiques ont des conséquences majeures.
- **Il doit être rappelé aux patients et à la population générale la nécessité de ne pas renoncer aux soins, aux actions de dépistage et de prévention** dès lors que ceux-ci sont proposés par les professionnels de santé et établissements de soins.
- **Il convient de préserver autant que possible le maintien dans leurs fonctions des infirmiers de consultation d'annonce et de coordination en cancérologie (IDEC).** Ils garantissent la bonne compréhension des traitements et de leurs effets secondaires potentiels, le suivi, l'effectivité de la surveillance, la continuité des soins au domicile, la bonne gestion des traitements oraux et/ou l'observance des traitements prescrits. Ils peuvent aussi contribuer aux reprogrammations des prises en charge éventuellement reportées.
- **Il est souhaitable de maintenir, même en mode dégradé, l'offre de soins oncologiques de support** (douleur, nutrition, soutien psychologique, activité physique adaptée...). La poursuite des soins de support peut être favorisée par l'utilisation de la téléconsultation, y compris pour la prise en charge psychologique, l'activité physique adaptée et l'accès à un diététicien.
- **Il est recommandé de vacciner les patients contre la grippe et le pneumocoque.**
- **Hors procédure chirurgicale, il n'y pas d'indication à dépister la COVID-19 chez les patients asymptomatiques** (notamment avant les chimiothérapies ambulatoires ou les consultations).

### 2/ Adaptation des traitements médicaux (*accord d'experts*)

- Dans la mesure du possible, **aucune adaptation thérapeutique** pouvant conduire à une perte de chance (allègement thérapeutique non planifié) et/ou un sur-risque de toxicité (remplacement du 5FU vers de la capécitabine non planifié) ne doit être effectuée.
- Si des allègements thérapeutiques sont nécessaires, elles doivent seulement concerner les **patients âgés et/ou en mauvais état général et/ou avec des comorbidités à risque de COVID-19 grave** (cardiopathies, diabète insulino-dépendant, pathologies chroniques respiratoires, insuffisance rénale chronique dialysée, immunodépression congénitale ou acquise, cirrhose Child-Pugh B ou C, IMC > 40 kg/m<sup>2</sup>).
- **En dernier recours**, dans le cadre d'une gradation de la réponse, il pourra être envisagé des adaptations thérapeutiques si cela ne constitue pas une perte de

chance pour certains patients selon les recommandations du TNCD COVID-19 (1).

- **Ces adaptations thérapeutiques doivent être validées en RCP.**
- **En cas de COVID-19**, attendre au moins 14 jours et 48 heures sans toux et fièvre et si possible 3 semaines avant de reprendre le traitement par chimiothérapie, TKI ou immunothérapie (7 jours pour les formes asymptomatiques). (*avis d'experts*)

### **3/ Adaptation des traitements chirurgicaux** (*accord d'experts*)

- Il convient de préserver autant que possible le fonctionnement des blocs chirurgicaux et des lits d'aval en soins critiques non-COVID.
- **Sauf cas de force majeur, aucune déprogrammation de chirurgie carcinologique ne doit être faite compte-tenu de la perte de chance pour les patients.**
- **En dernier recours**, dans le cadre d'une gradation de la réponse, un report de chirurgie ne peut être envisagé que s'il est de courte durée avec un traitement d'attente validé en RCP selon les recommandations du TNCD COVID-19 (1).
- **Le transfert** vers un autre établissement régional (voire hors région) peut, le cas échéant, être préférable pour limiter les pertes de chance.

### **4/ Adaptation de la radiologie interventionnelle** (*accord d'experts*)

- **Sauf cas de force majeur, aucune déprogrammation de radiologie interventionnelle ne doit être faite** d'autant qu'elle ne consomme pas de ressource de réanimation et de soins continus, en hospitalisation ambulatoire ou sur 48 heures.

### **5/ Adaptation de la radiothérapie** (*accord d'experts*)

- Dans la mesure du possible, **aucune adaptation thérapeutique** ne doit être effectuée.
- **Pour le traitement néoadjuvant des cancers du rectum**, si le contexte local ne permet pas une chimio-radiothérapie standard, une radiothérapie courte (5x5 Grays) suivie d'une chimiothérapie (9 cures de FOLFOX) est une nouvelle alternative validée dans l'étude RAPIDO (17).
- La radiothérapie ne doit pas être interrompue en cas de COVID-19 (sauf si forme sévère).

### **6/ Adaptation du suivi des patients en cours de traitement ou de surveillance**

(*accord d'experts*)

- Dans la mesure du possible, **les consultations d'annonce et d'évaluation doivent être faites en présentielle**, compte-tenu d'une potentielle perte de chance pour les patients des consultations faites par téléphone ou visio-conférence.
- Les **consultations de surveillance peuvent être réalisées en téléconsultations** si cela est possible ou par téléphone.
- **Un report des examens d'imagerie et des consultations de surveillance ne peut être envisagé que pour les patients à faible risque de récurrence.**

## 7/ Adaptation de l'activité de recherche clinique (*accord d'experts*)

- Dans la mesure du possible, **les inclusions dans les essais thérapeutiques doivent être poursuivies, de même que le suivi des patients au rythme protocolaire.**
- Le monitoring dans les centres doit être maintenu pour les promoteurs qui le proposent
- Les activités liées à la recherche en cancérologie clinique, translationnelle et/ou fondamentale doivent aussi être poursuivies.

## BIBLIOGRAPHIE DU SOUS CHAPITRE 21.00.

1. Di Fiore F, Bouché O, Lepage C, et al; Thésaurus National de Cancérologie Digestive (TNCD); Société Nationale Française de Gastroentérologie (SNFGE); Fédération Francophone de Cancérologie Digestive (FFCD); Groupe Coopérateur multidisciplinaire en Oncologie (GERCOR); Fédération Nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer (UNICANCER); Société Française de Chirurgie Digestive (SFCD); Société Française d'Endoscopie Digestive (SFED); Société Française de Radiothérapie Oncologique (SFRO) and Société Française de Radiologie (SFR); Association Chirurgie Hepato- Biliaire et Transplantation (ACHBT). COVID-19 epidemic: Proposed alternatives in the management of digestive cancers: A French intergroup clinical point of view (SNFGE, FFCD, GERCOR, UNICANCER, SFCD, SFED, SFRO, SFR). *Dig Liver Dis* 2020 Jun;52(6):597-603.
2. Lièvre A, Turpin A, Ray-Coquard I et al. Risk factors for Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) severity and mortality among solid cancer patients and impact of the disease on anticancer treatment: A French nationwide cohort study (GCO-002 CACOVID-19). *Eur J Cancer* 2020;141:62-81.
3. Kuderer NM, Choueiri TK, Shah DP, Shyr Y, Rubinstein SM, Rivera DR et al. Clinical impact of COVID-19 on patients with cancer (CCC19): a cohort study. *Lancet* 2020; 395:1907-1918.
4. Lee LYW, Cazier JB, Starkey T, Turnbull CD, Team UKCCMP et al. COVID-19 mortality in patients with cancer on chemotherapy or other anticancer treatments: a prospective cohort study. *Lancet* 2020; 395:1919-1926.
5. Pinato DJ, Zambelli A, Aguilar-Company J, et al. Clinical portrait of the SARS-CoV-2 epidemic in European cancer patients. *Cancer Discov.* 2020 Jul 31:CD-20-0773. doi: 10.1158/2159-8290.CD-20-0773. Online ahead of print.
6. Zhang H, Han H, He T, et al. Clinical Characteristics and Outcomes of COVID-19-Infected Cancer Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Natl Cancer Inst.* 2020 Nov 2:djaa168. doi: 10.1093/jnci/djaa168. Online ahead of print.
7. Brugel M, Carlier C, Essner C, Debreuve-Theresette A, Beck MF, Merrouche Y, Bouché O. Dramatic changes in oncology care pathways during the COVID-19 pandemic: The French ONCOCARE-COV study. *Oncologist.* 2020 Oct 28. doi: 10.1002/onco.13578. Online ahead of print. *Oncologist.* 2020. PMID: 33111460
8. de Pelsemaeker M-C, Guiot Y, Vanderveken J, Galant C, Van Bockstal MR. The Impact of the COVID-19 Pandemic and the Associated Belgian Governmental Measures on Cancer Screening, Surgical Pathology and Cytopathology. *Pathobiology* 2020; 1-10.

9. Dinmohamed AG, Visser O, Verhoeven RHA, et al. Fewer cancer diagnoses during the COVID-19 epidemic in the Netherlands. *Lancet Oncol* 2020;21:750-1.
10. De Vincentiis L, Carr RA, Mariani MP, Ferrara G. Cancer diagnostic rates during the 2020 “lockdown”, due to COVID-19 pandemic, compared with the 2018-2019: an audit study from cellular pathology. *J Clin Pathol* 2020 Jun 19;jclinpath-2020-206833.
11. Mahase E. Covid-19: Urgent cancer referrals fall by 60%, showing “brutal” impact of pandemic. *BMJ* 2020;369:m2386.
12. Manso L, De Velasco G, Paz-Ares L. Impact of the COVID-19 outbreak on cancer patient flow and management: experience from a large university hospital in Spain [Internet]. *ESMO Open* 2020; (Suppl 2):e000828.
13. Chang EI, Liu JJ. Flattening the curve in oncologic surgery: Impact of Covid-19 on surgery at tertiary care cancer center. *J Surg Oncol* 2020 Jun 2:10.1002/jso.26056. doi: 10.1002/jso.26056. Online ahead of print.
14. Sud A, Jones M, Broggio J, et al. Collateral damage: the impact on outcomes from cancer surgery of the COVID-19 pandemic. *Ann Oncol* 2020;31:1065-74.
15. Maringe C, Spicer J, Morris M, Purushotham A, Nolte E, Sullivan R, Rachet B, Aggarwal A. The impact of the COVID-19 pandemic on cancer deaths due to delays in diagnosis in England, UK: a national, population-based, modelling study. *Lancet Oncol* 2020;21(8):1023-1034.
16. Hanna TP, King WD, Thibodeau S, Jalink M, Paulin GA, Harvey-Jones E, O'Sullivan DE, Booth CM, Sullivan R, Aggarwal A, Hanna TP, et al. Mortality due to cancer treatment delay: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2020 Nov 4;371:m4087. doi: 10.1136/bmj.m4087.
17. van der Valk MJM, Marijnen CAM, van Etten B, Dijkstra EA, Hilling DE, Kranenbarg EM, Putter H, Roodvoets AGH, Bahadoer RR, Fokstuen T, Ten Tije AJ, Capdevila J, Hendriks MP, Edhemovic I, Cervantes AMR, de Groot DJA, Nilsson PJ, Glimelius B, van de Velde CJH, Hospers GAP; Collaborative investigators. Compliance and tolerability of short-course radiotherapy followed by preoperative chemotherapy and surgery for high-risk rectal cancer - Results of the international randomized RAPIDO-trial. *Radiother Oncol*. 2020;147