

2020-05-04 08

5 mai 2020

Réponse
rapide

COVID-19 : Revue des lignes directrices et recommandations pour la prise en charge des cancers colorectaux 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 : 978-2-550-86580-3 (PDF) INESSS

© 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 colorectaux 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 colorectaux 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 colorectal, 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, liée à la COVID-19, a été effectuée. Un comité d'experts québécois spécialisés en cancers colorectaux 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 présent document expose 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 de cancers colorectaux en contexte d'urgence sanitaire?

Revue de littérature

Repérage des publications :

Littérature scientifique :

- La revue de la littérature a été effectuée entre les 29 mars et le 1^{er} avril 2020, dans PubMed avec les mots-clés suivants : COVID, COVID-19, *coronavirus*, *cancer*, *neoplasia*, *colorectal cancer*, *colon cancer*, *rectal cancer*, *digestive*.
- 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 ainsi que les mots suivants : priorisation, priorization, adaptation, recommandations, guidelines et consensus (langue française et anglaise).
- Les sites Web des organismes consultés sont présentés à [l'annexe A](#).

Sélection des publications :

- Les publications (lignes directrices, orientations cliniques, éditoriaux, lettres d'opinion, communications scientifiques ou documents de travail) pertinentes et spécifiques à la priorisation des soins et à la prise en charge des patients atteints de cancers digestifs-bas (cancer du côlon, du rectum, du canal anal) en contexte de pandémie COVID-19 ont été retenues.
- 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-bas (côlon, rectum, colorectal, canal anal, polypes et carcinomes in situ);
 - 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 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, juridiction, localisation;
 - Recommandations : siège tumoral, situation clinique (stade, grade, cas particuliers, etc), intervention, prise de position, alternative de prise en charge proposée, source des données probantes en appui à la décision (p. ex. 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 (cancer du côlon localisé ou avancé, cancer du rectum localisé ou avancé, cancer colorectal métastatique, cancer du canal anal, polypes et carcinomes in situ) 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

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

Lignes directrices et recommandations par siège tumoral et situation clinique

Situation clinique	Recommandations	Référence, Type de publication, Date
Considérations générales pour les cancers colorectaux		
Traitement général	<ul style="list-style-type: none"> • Les ajustements thérapeutiques doivent être enregistrés ou discutés en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP). • Dans la mesure du possible, le patient doit être informé du risque accru de complications sévères sous chimiothérapie. • La chimiothérapie, a fortiori les poly-chimiothérapies doivent être prescrites en tenant compte du rapport bénéfice/risque. • Les traitements par voie orale sont à privilégier pour limiter les contacts avec les lieux de soins avec des télé-consultations plutôt qu'une consultation classique (importance d'un suivi téléphonique ou par application spécifique qui permet le renouvellement du traitement oral à distance sans perdre de qualité du suivi). • Pour chaque type de cancers digestifs, la morbi-mortalité doit être mise en parallèle avec le risque oncologique lié au retard à la chirurgie et/ou au temps de doublement de la tumeur. 	[Di Fiore <i>et al.</i> , 2020] Thésaurus National de Cancérologie digestive (France) Consensus d'experts Publié le 23 mars 2020
Imagerie	<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. • Evaluation par examen clinique et cinétique des marqueurs tumoraux. • <u>Cas particulier</u> : 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>	[Di Fiore <i>et al.</i> , 2020] Thésaurus National de Cancérologie digestive (France) Consensus d'experts Publié le 23 mars 2020
Cancer du côlon localisé ou avancé (TxNxM0)		
Cancer du côlon localisé < T4 (symptomatique ou asymptomatique)	<p>CHIRURGIE</p> <p>Chirurgie dans les délais habituels si possible selon phase épidémique sans chimiothérapie d'attente.</p>	[Di Fiore <i>et al.</i> , 2020] Thésaurus National de Cancérologie digestive (France) Consensus d'experts Publié le 23 mars 2020
		[Society of Surgical Oncology (SSO), 2020] (États-Unis) Consensus d'experts Publié le 30 mars 2020

	<p>CHIRURGIE Les cancers de stades I et II sont de priorité C¹.</p>	<p>[Ontario Health - Cancer Care Ontario (CCO), 2020], (Canada, Ontario) Consensus d'experts Publié 29 mars 2020 (non disponible en ligne)</p>
	<p>CHIRURGIE Pour les cancers de bon pronostic (T1—2, N0), il est souhaitable de retarder la prise en charge chirurgicale de manière appropriée à la situation de l'épidémie.</p>	<p>[Tuech <i>et al.</i>, 2020] (France) Opinion d'experts basée sur une synthèse de la littérature Publié le 19 mars 2020</p>
	<p>CHIRURGIE La chirurgie pour un cancer du côlon avec faible risque d'obstruction imminente, peut être retardée (environ 3 mois acceptable).</p>	<p>[Kutikov <i>et al.</i>, 2020] Opinion d'expert Publié le 27 mars 2020</p>
Cancer du côlon avancé (T4)	<p>CHIRURGIE ET TRAITEMENT NÉOADJUVANT <u>Option alternative</u> : chimiothérapie néoadjuvante en privilégiant la voie orale (CapOx) et chirurgie après l'épidémie [Karoui <i>et al.</i>, 2020; Foxtrot Collaborative, 2012]. <u>Cas particuliers</u> : si le patient est « fragile », le report de la chirurgie se discute en fonction de la balance bénéfique/risque.</p>	<p>[Di Fiore <i>et al.</i>, 2020] Thésaurus National de Cancérologie digestive (France) Consensus d'experts Publié le 23 mars 2020</p>
	<p>CHIRURGIE ET TRAITEMENT NÉOADJUVANT Retarder la chirurgie (Phase I²). <u>Option alternative</u> : chimiothérapie néoadjuvante (2-3 mois).</p>	<p>[American College of Surgeons (ACS), 2020] (États-Unis) Consensus d'experts Publié le 24 mars 2020</p>
	<p>CHIRURGIE ET TRAITEMENT NÉOADJUVANT Considérer une chimiothérapie néoadjuvante pour les cancers du côlon localement avancés ou métastatiques.</p>	<p>[Society of Surgical Oncology (SSO), 2020] (États-Unis) Consensus d'experts Publié le 30 mars 2020</p>
	<p>CHIRURGIE ET TRAITEMENT NÉOADJUVANT Pour les lésions coliques avancées, il semble prudent de recommander une chimiothérapie néoadjuvante et d'attendre la fin du pic de l'épidémie pour proposer une chirurgie radicale. Il faudra discuter ces situations au cas par cas afin de prendre en considération le risque oncologique, le risque d'évolution vers l'occlusion ainsi que le risque d'immunodépression induite qui pourrait être extrêmement délétère.</p>	<p>[Tuech <i>et al.</i>, 2020] (France) Opinion d'experts basée sur une synthèse de la littérature Publié le 19 mars 2020</p>
	<p>CHIRURGIE ET TRAITEMENT NÉOADJUVANT Considérer une chimiothérapie néoadjuvante pour les cancers localement avancés (priorité B¹).</p>	<p>[Ontario Health - Cancer Care Ontario (CCO), 2020], (Canada, Ontario) Consensus d'experts Publié 29 mars 2020 (non disponible en ligne)</p>

Cancer du côlon réséqué	CHIMIOTHÉRAPIE ADJUVANTE (stade III – II [T4b]) <u>Options alternatives :</u> <ul style="list-style-type: none"> - Privilégier le CapOx au FOLFOX (3 ou 6 mois). - Pour les faibles risques, discuter selon la situation locale, de la suppression de l'oxaliplatine au profit de la capécitabine en monothérapie [Andre <i>et al.</i>, 2015]. - Discuter de l'absence de chimiothérapie (patients fragiles). 	[Di Fiore <i>et al.</i> , 2020] Thésaurus National de Cancérologie digestive (France) Consensus d'experts Publié le 23 mars 2020
	CHIMIOTHÉRAPIE ADJUVANTE <ul style="list-style-type: none"> - Stade II : discuter de ne pas donner de chimiothérapie adjuvante. - Stade III : donner 3 mois de chimiothérapie adjuvante pour les stades III à faible risque de récurrence et favoriser le protocole CapOx comme protocole de choix. 	[Association des médecins hématologues et oncologues du Québec (AMHOQ), 2020] (Canada, Québec) Consensus d'experts Document de travail (non publié)
Cancer du côlon obstructif (ou occlusion imminente), microperforé ou perforé	CHIRURGIE Ne pas retarder la chirurgie.	[Kutikov <i>et al.</i> , 2020] Opinion d'expert Publié le 27 mars 2020
		[Society of Surgical Oncology (SSO), 2020] (États-Unis) Consensus d'experts Publié le 30 mars 2020
		[Ontario Health - Cancer Care Ontario (CCO), 2020], (Canada, Ontario) Consensus d'experts Publié 29 mars 2020 (non disponible en ligne)
	CHIRURGIE Faire une stomie d'appoint puis chirurgie différée de 4 à 6 semaines.	[Di Fiore <i>et al.</i> , 2020] Thésaurus National de Cancérologie digestive (France) Consensus d'experts Publié le 23 mars 2020
Cancer du rectum localisé ou avancé		
Cancer du rectum localisé	CHIMIORADIOTHÉRAPIE NÉOADJUVANTE ET CHIRURGIE Pour le traitement néoadjuvant du cancer du rectum, considérer fortement le régime de radiothérapie 5 fractions de 5 Gy (<i>short-course</i>) (vs le protocole de chimioradiothérapie standard [<i>long-course</i>]).	[Society of Surgical Oncology (SSO), 2020] (États-Unis) Consensus d'experts Publié le 30 mars 2020

	<p>CHIMIORADIOTHÉRAPIE NÉOADJUVANTE ET CHIRURGIE</p> <p>Si la chimio-radiothérapie est terminée ou en cours</p> <ul style="list-style-type: none"> - Report de la prise en charge chirurgicale (délai 11 ou 7 semaines non différent [étude GRECAR 6] mais plus de morbidité et d'exérèse difficile)[Lefevre <i>et al.</i>, 2016]. - En cas de délai de 11 semaines, rediscuter selon les possibilités hospitalières (place bloc et réa). <p>Si chimio-radiothérapie pré-opératoire à débiter</p> <ul style="list-style-type: none"> - Privilégier le schéma court de radiothérapie en 5 fractions de 5 Gy sans chimiothérapie et chirurgie à 12 semaines [Erlandsson <i>et al.</i>, 2017]. 	<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>CHIMIORADIOTHÉRAPIE NÉOADJUVANTE ET CHIRURGIE</p> <p>Favoriser le protocole de radiothérapie 5x5 Gy (<i>short-course</i>) sans chimiothérapie et reporter la chirurgie à 12 semaines après la fin du traitement.</p>	<p>[Association des médecins hématologues et oncologues du Québec (AMHOQ), 2020] (Canada, Québec)</p> <p>Consensus d'experts</p> <p>Document de travail (non publié)</p>
	<p>CHIMIORADIOTHÉRAPIE NÉOADJUVANTE ET CHIRURGIE</p> <p>Démarrer le traitement de radiothérapie sans délai.</p>	<p>[Kutikov <i>et al.</i>, 2020]</p> <p>Opinion d'expert</p> <p>Publié le 27 mars 2020</p>
	<p>CHIMIORADIOTHÉRAPIE NÉOADJUVANTE ET CHIRURGIE</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cancer du rectum : considérer un protocole TNT pour les stades I-III et retarder la chirurgie au-delà de 8 semaines après la fin du traitement néoadjuvant (priorité B¹). - L'utilisation du protocole de radiothérapie 25 Gy/5 (<i>short-course</i>) plutôt que le protocole traditionnel 5-6 semaines devrait être activement considéré et le délai pour la chirurgie (retardé ou immédiat) devra être discuté avec les chirurgiens locaux. - Si la chimioradiothérapie est terminée, considérer étendre le temps entre le traitement néoadjuvant et la chirurgie; considérer fortement la chirurgie de diversion (stomie) pour réduire le risque de complications de fuites anastomotiques (priorité A¹). 	<p>[Ontario Health - Cancer Care Ontario (CCO), 2020], (Canada, Ontario)</p> <p>Consensus d'experts</p> <p>Publié 29 mars 2020 (non disponible en ligne)</p>
Cancer du rectum cT3-4	<p>CHIMIORADIOTHÉRAPIE NÉOADJUVANTE ET CHIRURGIE</p> <p>Réduire le fractionnement. Utiliser le protocole de radiothérapie de 5 fractions de 5 Gy [Zhou <i>et al.</i>, 2014].</p>	<p>[Simcock <i>et al.</i>, 2020]</p> <p>Publié le 22 mars 2020</p> <p>Discussion Twitter, Radiation Oncology Journal Club (#RadOnc #jc)</p>
	<p>CHIMIORADIOTHÉRAPIE NÉOADJUVANTE ET CHIRURGIE</p> <p>Pour les cancers T3-4 et/ou N+, une radiochimiothérapie est indiquée, une radiothérapie courte devra être discutée (suivie d'une période d'attente) afin de réduire le temps d'exposition à l'hôpital et d'éviter les infections.</p>	<p>[Tuech <i>et al.</i>, 2020] (France)</p> <p>Opinion d'experts basée sur une synthèse de la littérature</p> <p>Publié le 19 mars 2020</p>

	Une chimiothérapie d'induction pourra également être discutée au cas par cas.	
Cancer du rectum localisé-stade T4 et cas particuliers	CHIMIO-RADIOTHÉRAPIE NÉOADJUVANTE ET CHIRURGIE Privilégier le protocole CAP50 - radiothérapie et reporter la chirurgie à 12 semaines.	[Di Fiore <i>et al.</i> , 2020] Thésaurus National de Cancérologie digestive (France) Consensus d'experts Publié le 23 mars 2020
	CHIMIO-RADIOTHÉRAPIE NÉOADJUVANTE ET CHIRURGIE - Considérer toutes les options comme traitement néoadjuvant du cancer du rectum notamment l'utilisation du TNT. - Retarder la chirurgie pour les cancers du rectum localement avancés après un traitement néoadjuvant de 12 à 16 semaines.	[Society of Surgical Oncology (SSO), 2020] (États-Unis) Consensus d'experts Publié le 30 mars 2020
	CHIMIO-RADIOTHÉRAPIE NÉOADJUVANTE ET CHIRURGIE Favoriser capécitabine + radiothérapie.	[Association des médecins hématologues et oncologues du Québec (AMHOQ), 2020] (Canada, Québec) Consensus d'experts Document de travail (non publié)
Cancer du rectum – réponse majeure la thérapie néoadjuvante (critères étude GRECCAR 2)	CHIMIO-RADIOTHÉRAPIE NÉOADJUVANTE ET CHIRURGIE Discuter tumorectomie de clôture ou stratégie <i>Watch and Wait</i> [Rullier <i>et al.</i> , 2017; Renehan <i>et al.</i> , 2016].	[Di Fiore <i>et al.</i> , 2020] Thésaurus National de Cancérologie digestive (France) Consensus d'experts Publié le 23 mars 2020
	CHIMIO-RADIOTHÉRAPIE NÉOADJUVANTE ET CHIRURGIE Les cas de cancers du rectum avec une preuve claire et précoce d'une redistribution des stades à la baisse suite à l'administration d'une chimioradiothérapie néoadjuvante - Où attendre un temps additionnel est sécuritaire; - Où une chimiothérapie additionnelle peut être administrée.	[American College of Surgeons (ACS), 2020] (États-Unis) Consensus d'experts Publié le 24 mars 2020
Cancer du rectum avec occlusion (ou occlusion imminente)	CHIRURGIE Ne pas retarder la chirurgie. Faire une chirurgie de diversion (stomie).	[Ontario Health - Cancer Care Ontario (CCO), 2020], (Canada, Ontario) Consensus d'experts Publié 29 mars 2020 (non disponible en ligne)
		[Society of Surgical Oncology (SSO), 2020] (États-Unis) Consensus d'experts Mise à jour le 30 mars 2020

Cancer colorectal métastatique		
Cancer colorectal métastatique (1 ^{ère} et 2 ^{ème} ligne) – non résécable	<p>TRAITEMENT SYSTÉMIQUE</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monochimiothérapie (privilégier capécitabine); bichimiothérapie (CapOx ou Caplri) +/- thérapies ciblées. - Éviter les trichimiothérapies. - Si traitement d'entretien, privilégier la capécitabine seule +/- bévacizumab. <p>En cours de traitement :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Privilégier les traitements oraux (capécitabine) en cas de maladie stable ou lentement progressive afin de limiter les séjours hospitaliers, sous réserve d'un suivi téléphonique codifié [Simkens <i>et al.</i>, 2015]. - Discuter d'une pause de 2 mois si maladie stable. - Si traitement d'entretien, privilégier la capécitabine seule +/- bévacizumab. 	[Di Fiore <i>et al.</i> , 2020] Thésaurus National de Cancérologie digestive (France) Consensus d'experts Publié le 23 mars 2020
	<p>TRAITEMENT SYSTÉMIQUE</p> <ul style="list-style-type: none"> - Chimiothérapie : monochimiothérapie (favoriser capécitabine) ou CapOx ou Caplri +/- thérapies ciblées (bévacizumab ou panitumumab), et éviter FOLFOXIRI. - Si traitement d'entretien, favoriser la capécitabine seule +/- bévacizumab ou panitumumab. 	[Association des médecins hématologues et oncologues du Québec (AMHOQ), 2020] (Canada, Québec) Consensus d'experts Document de travail (non publié)
Cancer colorectal métastatique (> 2 ^{ème} ligne) – non résécable	<p>TRAITEMENT SYSTÉMIQUE</p> <p>Adapter ou retarder le traitement :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Regorafenib (schéma REDOS) escalade hebdomadaire 80, 120 puis 160 mg/j selon la tolérance individuelle [Bekaii-Saab <i>et al.</i>, 2019]. - Si maladie stable, discuter d'une pause. - Utilisation prudente du protocole trifluridine-tipiracil (risque de leuconéutropénie) [Mayer <i>et al.</i>, 2015]. 	[Di Fiore <i>et al.</i> , 2020] Thésaurus National de Cancérologie digestive (France) Consensus d'experts Publié le 23 mars 2020
Cancer du canal anal		
Cancer du canal anal localisé (indication de chimio-radiothérapie)	<p>RADIO-CHIMIOTHÉRAPIE</p> <p>Adapter le protocole : privilégier le schéma capécitabine – Mitomycine C [Meulendijks <i>et al.</i>, 2014].</p>	[Di Fiore <i>et al.</i> , 2020] Thésaurus National de Cancérologie digestive (France) Consensus d'experts Publié le 23 mars 2020
	<p>RADIO-CHIMIOTHÉRAPIE</p> <p>Favoriser le protocole capécitabine – Mitomycine C avec de la radiothérapie, plutôt qu'une infusion continue de 5-FU.</p>	[Association des médecins hématologues et oncologues du Québec (AMHOQ), 2020] (Canada, Québec) Consensus d'experts Document de travail (non publié)
Cancer du canal anal récidivant ou métastatique	<p>TRAITEMENT SYSTÉMIQUE</p> <p>Adapter le protocole : privilégier bi-chimiothérapie CapOx ou carboplatine-capécitabine (moins toxique et plus simple que 5FU-cisplatine ou schéma DCF).</p>	[Di Fiore <i>et al.</i> , 2020] Thésaurus National de Cancérologie digestive (France) Consensus d'experts Publié le 23 mars 2020
Carcinomes in situ, polypes		

Carcinomes in situ	CHIRURGIE Retarder la chirurgie	[Society of Surgical Oncology (SSO), 2020] (États-Unis) Consensus d'experts Mise à jour le 30 mars 2020
		[American College of Surgeons (ACS), 2020] (États-Unis) Consensus d'experts Publié le 24 mars 2020
Polypes bénins ou malins ou lésions précancéreuses	CHIRURGIE Retarder la chirurgie	[Society of Surgical Oncology (SSO), 2020] (États-Unis) Consensus d'experts Mise à jour le 30 mars 2020
		[American College of Surgeons (ACS), 2020] (États-Unis) Publié le 24 mars 2020
		[Tuech <i>et al.</i> , 2020] (France) Opinion d'experts basée sur une synthèse de la littérature Publié le 19 mars 2020
Carcinoïde colique de petite taille asymptomatique	CHIRURGIE Retarder la chirurgie	[American College of Surgeons (ACS), 2020] (États-Unis) Consensus d'experts Publié le 24 mars 2020
Carcinoïde rectal de petite taille asymptomatiques	CHIRURGIE Retarder la chirurgie	[American College of Surgeons (ACS), 2020] (États-Unis) Consensus d'experts Publié le 24 mars 2020

RCP : réunion de concertation pluridisciplinaire; TNT : traitement néoadjuvant total.

1. La priorité A correspond aux patients chez qui un retard de chirurgie résulterait en une menace immédiate pour la vie ou altérerait significativement le pronostic du patient. La priorité B correspond aux patients chez qui un retard < 4 semaines n'aurait pas un impact significatif sur la survie. La priorité C correspond aux patients chez qui un retard de 2 mois n'affecterait probablement pas le résultat.
2. Les phases I, II et III correspondent aux niveaux d'urgence sanitaires établies par l'ACS ([décrites ci-dessous](#)).

Priorisations proposées par l'ACS [American College of Surgeons (ACS), 2020]

- L'American College of Surgeons (ACS) a proposé des recommandations selon la priorité des cas en fonction du contexte d'urgence sanitaire (tableau suivant). La phase I (contexte semi-urgent, phase de préparation) consiste en un niveau d'urgence, où peu de cas d'infections à la COVID-19 ont été recensés, les ressources de l'hôpital ne sont pas épuisées; l'institution possède encore une unité de soins intensifs fonctionnelle (respirateurs disponibles) et la trajectoire COVID-19 n'est pas en phase d'escalade rapide. La phase II (contexte urgent) est un niveau d'urgence où beaucoup de patients sont infectés par la COVID-19, une disponibilité des lits de soin intensif et de respirateurs est limitée et l'accès au bloc opératoire et au matériel médical est compromis. Dans la phase III, toutes les ressources de l'hôpital sont acheminées vers les patients COVID-19 positifs, il n'y a plus de respirateurs, ni de lits disponibles en unité de soins intensifs, les ressources de matériel médical (bloc opératoire) sont épuisées.

Phase	Dès que possible	Peut être retardée de 3 mois	Alternatives (retard de la chirurgie)
Phase I	<ul style="list-style-type: none"> - Cancers du côlon quasi obstructifs - Cancers du rectum quasi obstructifs - Cancers nécessitant des transfusions fréquentes - Cancers du côlon asymptomatiques - Cancers du rectum après une chimioradiothérapie néoadjuvante sans réponse à la thérapie - Cancers avec risqué de perforation locale et sepsis - Cancers du rectum de stade précoce où une thérapie adjuvante n'est pas appropriée 	<ul style="list-style-type: none"> - Polypes malins avec ou sans résection endoscopique précédente - Indications prophylactiques pour des conditions héréditaires - Polypes de grande taille, d'apparence bénigne asymptomatiques - Carcinoïdes du colon de petite taille asymptomatiques - Carcinoïdes du rectum de petite taille asymptomatiques 	<ul style="list-style-type: none"> - Cancer du côlon résécable localement avancé : Chimiothérapie néoadjuvante pour 2-3 mois suivie de la chirurgie - Cancer du rectum avec évidence claire d'une redistribution des stades à la baisse par la chimioradiothérapie néoadjuvante <ul style="list-style-type: none"> • Où attendre un délai supplémentaire est sécuritaire • Où une chimiothérapie additionnelle peut être administrée - Cancers du rectum localement avancés ou cancers du rectum récidivant en attente d'une chirurgie exentérative <ul style="list-style-type: none"> • Où une chimiothérapie additionnelle peut être administrée - Maladie oligométastatique où un traitement systémique peut être disponible
Phase II	<ul style="list-style-type: none"> - Cancers du côlon quasi obstructifs où une dérivation n'est pas une option - Cancers du rectum quasi obstructifs (une diversion devrait être réalisée) - Cancers avec nécessité importante de transfusions (patients hospitalisés) 	Toutes les procédures colorectales généralement programmées en routine	<ul style="list-style-type: none"> - Transférer les patients dans un hôpital avec une capacité d'accueil - Considérer un traitement néoadjuvant pour les cancers du côlon et du rectum

	- Cancers en attente d'une évidence de perforation locale ou sepsis		- Considérer davantage des thérapies endoluminales locales pour les cancers du côlon et du rectum de stade précoce lorsque cela est sécuritaire.
Phase III	- Cancers perforés, occlusifs ou hémorragiques (patients hospitalisés dépendants de transfusions). - Cas avec sepsis	Tous les autres cas doivent être retardés	- Transférer les patients dans un hôpital avec une capacité d'accueil - Faire des chirurgies de diversion (stomies) - Chimiothérapie - Radiothérapie

RÉFÉRENCES

- American College of Surgeons (ACS). COVID-19 Guidelines for Triage of Colorectal Cancer Patients. 2020. Disponible à : <https://www.facs.org/covid-19/clinical-guidance/elective-case/colorectal-cancer> (consulté le 30 mars 2020).
- Andre T, de Gramont A, Vernerey D, Chibaudel B, Bonnetain F, Tijeras-Raballand A, et al. Adjuvant Fluorouracil, Leucovorin, and Oxaliplatin in Stage II to III Colon Cancer: Updated 10-Year Survival and Outcomes According to BRAF Mutation and Mismatch Repair Status of the MOSAIC Study. *J Clin Oncol* 2015;33(35):4176-87.
- Association des médecins hématologues et oncologues du Québec (AMHOQ). COVID-19 and Adult Cancers. 2020.
- Bekaii-Saab TS, Ou FS, Ahn DH, Boland PM, Ciombor KK, Heying EN, et al. Regorafenib dose-optimisation in patients with refractory metastatic colorectal cancer (ReDOS): a randomised, multicentre, open-label, phase 2 study. *Lancet Oncol* 2019;20(8):1070-82.
- 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. 2020. Disponible à : https://afef.asso.fr/wp-content/uploads/2020/03/tncd_chap-21-covid-19-cancers-digestifs_2020-03-23.pdf.
- Erlandsson J, Holm T, Pettersson D, Berglund A, Cedermark B, Radu C, et al. Optimal fractionation of preoperative radiotherapy and timing to surgery for rectal cancer (Stockholm III): a multicentre, randomised, non-blinded, phase 3, non-inferiority trial. *Lancet Oncol* 2017;18(3):336-46.
- Foxtrot Collaborative G. Feasibility of preoperative chemotherapy for locally advanced, operable colon cancer: the pilot phase of a randomised controlled trial. *Lancet Oncol* 2012;13(11):1152-60.
- Karoui M, Rullier A, Piessen G, Legoux JL, Barbier E, De Chaisemartin C, et al. Perioperative FOLFOX 4 Versus FOLFOX 4 Plus Cetuximab Versus Immediate Surgery for High-Risk Stage II and III Colon Cancers: A Phase II Multicenter Randomized Controlled Trial (PRODIGE 22). *Ann Surg* 2020;271(4):637-45.
- Kutikov A, Weinberg DS, Edelman MJ, Horwitz EM, Uzzo RG, Fisher RI. A War on Two Fronts: Cancer Care in the Time of COVID-19. *Ann Intern Med* 2020;
- Lefevre JH, Mineur L, Kotti S, Rullier E, Rouanet P, de Chaisemartin C, et al. Effect of Interval (7 or 11 weeks) Between Neoadjuvant Radiochemotherapy and Surgery on Complete Pathologic Response in Rectal Cancer: A Multicenter, Randomized, Controlled Trial (GRECCAR-6). *J Clin Oncol* 2016;34(31):3773-80.
- Mayer RJ, Van Cutsem E, Falcone A, Yoshino T, Garcia-Carbonero R, Mizunuma N, et al. Randomized trial of TAS-102 for refractory metastatic colorectal cancer. *N Engl J Med* 2015;372(20):1909-19.

- Meulendijks D, Dewit L, Tomaso NB, van Tinteren H, Beijnen JH, Schellens JH, Cats A. Chemoradiotherapy with capecitabine for locally advanced anal carcinoma: an alternative treatment option. *Br J Cancer* 2014;111(9):1726-33.
- Ontario Health - Cancer Care Ontario (CCO). COVID-19 Supplemental Clinical Guidance for Patients with Cancer. 2020. 29 mars 2020.
- Renehan AG, Malcomson L, Emsley R, Gollins S, Maw A, Myint AS, et al. Watch-and-wait approach versus surgical resection after chemoradiotherapy for patients with rectal cancer (the OnCoRe project): a propensity-score matched cohort analysis. *Lancet Oncol* 2016;17(2):174-83.
- Rullier E, Rouanet P, Tuech JJ, Valverde A, Lelong B, Rivoire M, et al. Organ preservation for rectal cancer (GRECCAR 2): a prospective, randomised, open-label, multicentre, phase 3 trial. *Lancet* 2017;390(10093):469-79.
- 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.
- Simkens LH, van Tinteren H, May A, ten Tije AJ, Creemers GJ, Loosveld OJ, et al. Maintenance treatment with capecitabine and bevacizumab in metastatic colorectal cancer (CAIRO3): a phase 3 randomised controlled trial of the Dutch Colorectal Cancer Group. *Lancet* 2015;385(9980):1843-52.
- Society of Surgical Oncology (SSO). Resource for Management Options of Colorectal Cancer During COVID-19. 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;
- Zhou ZR, Liu SX, Zhang TS, Chen LX, Xia J, Hu ZD, Li B. Short-course preoperative radiotherapy with immediate surgery versus long-course chemoradiation with delayed surgery in the treatment of rectal cancer: a systematic review and meta-analysis. *Surg Oncol* 2014;23(4):211-21.

ANNEXE A

Recherche documentaire

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

SOURCES	
Canada	<ul style="list-style-type: none"> • Association des radio-oncologues du Québec (AROQ) (http://www.aroq.ca) • Association des médecins hématologues et oncologues du Québec (AMHOQ) (http://amhoq.org/) • BC Cancer (http://www.bccancer.bc.ca/) • Cancer Care Ontario (CCO) (http://www.cancercare.on.ca/) • 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/) • Society of Surgical Oncology (SSO) (https://www.surgonc.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

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

Québec 

