

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

# Prise en charge des cancers digestifs en fonction de la situation épidémique COVID-19

Date de cette version :

**23/03/2020**

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 l'épidémie 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 Rouen

**GROUPE DE TRAVAIL** : P. Michel (Rouen), coordonnateur, F. Di Fiore (Rouen), D. Sefrioui (Rouen), A Gangloff (Rouen), L. Schwarz (Rouen), J.-J. Tuech (Rouen), T. Aparicio (Paris), L. Dahan (Marseille), R. Faroux (La Roche-sur-Yon), C. Girault (Dijon), P. Laurent Puig (Paris), T. Lecomte (Tours), C. Lepage (Dijon), A. Lièvre (Rennes), S. Manfredi (Dijon), J.-M. Phelip (Saint-Etienne), J.-F. Seitz (Marseille), J. Taïeb (Paris), O. Bouché (Reims).

**RELECTEURS** : E. Baudin (Villejuif), J.-F. Blanc (Bordeaux), J.-Y. Blay (Lyon), K. Boudjema (Rennes), C. Boulagnon-Rombi (Reims), G. Cadiot (Reims), E. Cotte (Lyon), L. de Mestier (Paris), M. Ducreux (Villejuif), S Gaujoux (Paris), B. Guiu (Montpellier), O. Glehen (Lyon), F. Huguet (Paris), R. Kianmanesh (Reims), B. Landi (Paris), M. Lesurtel (Lyon), C. Lombard-Bohas (Lyon), C. Louvet (Paris), A. Marchal (Reims), D. Malka (Villejuif), P Mariani (Paris), L. Moureau (Marseille), C. Neuzillet (Saint-Cloud), G. Piessen (Lille), JF Seitz (Marseille), T. Walter (Lyon), A. Zaanan (Paris).

### **Comment citer ce chapitre ?**

Di Fiore F, Bouché O, Lepage C, Sefrioui D, Gangloff A, Schwarz L, Tuech JJ, Aparicio T, Lecomte T, Boulagnon-Rombi C, Lièvre A, Manfredi S, Phelip JM, Michel P on behalf of the Thésaurus National de Cancérologie Digestive (TNCD). Propositions of alternatives in digestive cancers management during the COVID-19 epidemic period: A French Intergroup clinical point of view (TNCD). *Dig Liver Dis* 2020 sous presse. *Thésaurus National de Cancérologie Digestive*, mars 2020, en ligne [<http://www.tncd.org>]

## 21.1. INTRODUCTION

L'infection actuelle par le Coronaravirus SARS-CoV-2 (COVID-19) est une situation épidémique exceptionnelle qui nécessite une réflexion sur la pratique de l'oncologie digestive et qui suscite de nombreuses questions :

- **Faut-il modifier les pratiques pour les prochaines semaines ?**
- **Quels conseils pratiques recommander selon les données de la littérature et l'expérience des équipes chinoises ?**
- **L'infection COVID-19 est-elle différente des autres infections virales à tropisme pulmonaire ?**

La réponse scientifique à ces questions ne sont pas encore parfaitement connues. Cependant, une étude publiée en 2019, avant l'apparition du COVID-19, a évalué rétrospectivement 1503 cas de pneumopathie virale admis au département de médecine d'urgence d'un hôpital coréen entre 2010 et 2015. Parmi les agents viraux, dans 9,4% des cas il s'agissait de Coronavirus. Les patients avec une pathologie cancéreuse n'avaient pas plus souvent d'infection à Coronavirus que les autres patients. La répartition des différents types de virus n'était pas influencée par la présence ou non d'un cancer. En revanche, chez les patients infectés par un Coronavirus, le taux de mortalité à 30 jours était significativement supérieure en cas de cancer (24,4% *versus* 3,0%,  $p < 0,001$ ) (1). Dans cette étude les facteurs de risque de mortalité à 30 jours en analyse multiparamétriques étaient, l'âge supérieur à 65 ans (OR 1,661 IC 95% 1,062-2,598,  $p = 0,026$ ), la co-infection virale et bactérienne (OR 1,609 IC05% 1,045-2,478,  $p = 0,031$ ), la présence d'un cancer (OR 2,257 IC95% 1,499-3,400,  $p = 0,001$ ) et un état de choc initial (OR 2,121 IC95% 1,028-4,373,  $p = 0,042$ ).

L'infection pulmonaire à Coronavirus était un évènement grave chez les patients atteints de cancer avec en cas de forme sévère un risque de décès à 30 jours de 25%.

Dans deux grandes séries publiées de 99 et 201 cas de pneumopathies avec preuve biologique d'infection COVID-19, il n'y avait que 2 patients atteints de cancer (2,3).

Dans la base prospective chinoise de 2007 patients atteints d'infection prouvée COVID-19, provenant de 31 provinces, 417 ont été exclus en raison de données cliniques insuffisantes concernant les antécédents médicaux. Parmi les 1590 cas analysables, 1 % soit 18 patients avaient un antécédent personnel de cancer. Ce chiffre était supérieur au nombre attendu dans la population chinoise (0,29%) suggérant que l'infection est plus fréquente chez les sujets avec une histoire personnelle de cancer. Les patients avec antécédent de cancer avaient une forme grave plus fréquemment que les patients sans cancer (7/18 soit 39% *versus* 124/1572 soit 8%,  $p = 0,0003$ ). Les patients avec une chirurgie ou une chimiothérapie dans le mois précédent l'infection avaient une forme grave dans 3 cas sur 4 (75%), représentant un risque relatif en analyse multiparamétrique de 5,34 (IC95% 1,80-16,18,  $p = 0,0026$ ) (4). Cependant, cette étude avait plusieurs limites dont la taille de l'effectif et les caractéristiques de la population: sur les 18 patients classés dans le groupe cancer la moitié avait un antécédent de cancer datant de plus de 4 ans.

Ces données de la littérature suggèrent que l'infection à Coronavirus est grave chez les sujets atteints de cancer avec un risque de forme grave 5 fois plus élevé que celui de la population sans cancer et un risque de décès multiplié par 8. De plus, le risque d'infection serait 3 fois plus important en cas de cancer. Ces chiffres estimés représentent probablement la borne haute des estimations.

### **Comment limiter le risque d'infection pour les patients avec cancer sans prendre de risque majeur dans le contrôle de la maladie cancéreuse pour un délai de 2 à 3 mois ?**

Des collègues chinois ont publié plusieurs articles suggérant de modifier les pratiques avec deux objectifs suivants (5-7).

- Limiter les situations à risque très élevé : chirurgie et chimiothérapie
- Limiter les contacts et en particulier avec les lieux de soins

Dans le contexte exceptionnel actuel, les propositions présentées peuvent modifier plus ou moins profondément nos habitudes en fonction de l'impact de l'épidémie du COVID-19 sur le système de soin.

Le phénomène épidémique se décompose ainsi en 5 phases.

- La phase 1 est celle du « calme avant la tempête » où les soins non urgents sont déprogrammés, les patients moins nombreux aux services d'urgence, et où les secteurs spécifiques sont équipés, et les équipes formées.
- La phase 2 est celle du pic, variable dans son intensité au sein d'un même pays comme cela a été le cas en Chine et en Italie. Le pic peut être contrôlé dans les pays expérimentés à ce type de problème comme la Corée ou le Japon qui anticipent ces événements avec des mesures préventives comme notamment le port du masque généralisé et la désinfection régulière des lieux fréquentés. Cependant, le pic peut déborder les systèmes de soins occidentaux les plus performants dans le domaine de la qualité technique, mais mal préparés aux événements épidémiques massifs. Lorsque la capacité de prise en charge des malades est dépassée, le retentissement sur les soins des autres pathologies est majeur.
- Vient ensuite la phase 3, dite de « plateau », caractérisée par la gestion du flux continu des patients infectés neutralisant la capacité d'organiser les soins selon les standards de qualité défini dans les recommandations. Sa durée est logiquement liée à l'intensité du pic ainsi que des ressources disponibles (8).
- La phase 4 est celle de « la décrue » dont la durée dépend des étapes précédentes et de leurs conséquences sur les équipes soignantes.
- La phase 5 est « le retour à la normal » des flux avec à la fois la nécessité de traiter les patients dont les actes ont été reportés pendant les phases précédentes en particulier pour les pathologies cancéreuses mais également le retour à la normale de l'activité des services d'urgence et de l'exigence des patients et des familles.

Chacune de ces phases peut impacter nos choix thérapeutiques, du maintien du traitement de référence, à l'adaptation possibles des stratégies voir au report forcé raisonné. Pendant la phase 1, qui est encore à ce jour majoritaire en France, certaines propositions peuvent apparaître extrêmes alors qu'elles s'imposent dans les régions ou pays en phase 2 et 3. Les exemples les plus significatifs concernent les situations curatives pour lesquelles les données de la littérature scientifique sont absentes pour évaluer l'importance réelle des délais de prise en charge chirurgicale.

L'impact de l'épidémie sur la prise en charge des patients atteints de cancers a été discutées par des auteurs italiens (8).

Un groupe de chirurgiens français a récemment publié des pistes de réflexions et des propositions de stratégies d'ajustement de la pratique chirurgicale en situation d'épidémie de COVID-19 (9). **Faut-il opérer ou reporter ?** Le risque opératoire induit par la pandémie doit être mis en balance avec le retard de prise en charge chirurgicale.

Les propositions pluridisciplinaires présentées sous forme de tableau dans le **chapitre 21.4 ADAPTATIONS THERAPEUTIQUES** sont déclinées organe par organe et sont guidées par les deux objectifs de limiter les contacts dans les lieux de soins et les situations à risque, tout en anticipant aussi les limitations d'accès aux plateaux techniques.

Limiter les contacts c'est aussi bien sélectionner les indications d'endoscopie (**chapitre 21.5 ADAPTATION DE L'ACTIVITE ENDOSCOPIQUE**) et aussi « alléger » la surveillance avec deux situations distinctes (pendant le traitement et en post-thérapeutique) qui sont abordées dans le **chapitre 21.6 SURVEILLANCE**.

Les données sur COVID-19 sont encore trop fragmentaires pour permettre des conclusions robustes. Les recommandations sont donc pragmatiques avec un niveau de preuve faibles reposant seulement sur des accords ou des avis d'experts.

## 21.2. METHODOLOGIE

L'épidémie actuelle par le virus SARS-CoV-2 est une situation sanitaire exceptionnelle qui a incité la Fédération Francophone de Cancérologie Digestive (FFCD) à réagir très vite.

Un groupe de travail pluridisciplinaire du CHU de Rouen, coordonné par Pierre Michel, a proposé un premier texte de propositions alternatives de prise en charge des cancers digestifs en fonction de la situation épidémie COVID-19, selon les données de la littérature et de l'expérience chinoise.

Ce texte a été relu par les membres du bureau de la FFCD et discuté lors d'une audio-conférence le 16 mars 2020. Les autres sociétés savantes impliquées en cancérologie digestive (SNFGE, GERCOR, UNICANCER, SFCD, SFED, SFRO, ACHBT, SFR, SIAD, FRI) ont contribué aux recommandations par une relecture coordonnée par Olivier Bouché réalisée en 24 heures par les membres du Comité de Pilotage (COPIL) et les responsables des différents chapitres du TNCD.

Les recommandations d'experts pathologistes (**chapitre 21.3**) et de la SFED sur l'adaptation de l'activité endoscopique (**chapitre 21.5**) ont enrichi ce chapitre.

Une deuxième audio-conférence du groupe de rédaction de la FFCD et du CHU de Rouen a permis de finaliser une première version des recommandations le 17 mars 2020.

Une première mise à jour de ce chapitre du TNCD a intégré :

- la description dans l'introduction des 5 phases de l'épidémie COVID-19 et de leur impact sur les choix thérapeutiques ;
- de nouvelles références bibliographiques d'auteurs italiens (8) et français (9) ;
- des nouveaux « conseils » de la Société Française de Pathologie (SFP) dans le **chapitre 21.3** ;
- des propositions d'experts du GTE-RENATEN et de NETSARC concernant les ajustements thérapeutiques pour les TNE et les GISTs dans le **Tableau 2 du chapitre 21.4** ;
- des modifications concernant la prise en charge des CHC et des cholangiocarcinomes proposées par des experts de l'AFEF (Association française pour l'étude du foie) et de l'ACHBT (Association de Chirurgie Hépato-Bilio-Pancréatique et Transplantation).

Les modifications ont été validées par les membres du Comité de Pilotage (COFIL) et les responsables des différents chapitres du TNCD permettant la mise en ligne de la mise à jour (version 2) le 23 mars 2020.

Les recommandations seront évolutives en fonction des données de la littérature et à adapter à l'évolution de la situation sanitaire dans les territoires.

Un projet de cohorte coordonné par Astrid Lièvre est en discussion avec le réseau des Groupes Coopérateurs en Oncologie (GCO).

La gradation des recommandations comporte 4 niveaux de preuve (A, B, C, accord ou avis d'experts) (**Tableau 1**).

**Tableau 1**  
**Système de gradation des recommandations utilisé dans ce chapitre**

Grade	Niveau de preuve correspondant
<b>A</b>	Recommandation forte basée par exemple sur un/des essai(s) comparatif(s) randomisé(s) de forte puissance, une/des méta-analyse d'essai(s) comparatif(s) randomisé(s), ou une analyse de décision fondée sur des études bien menées.
<b>B</b>	Recommandation basée sur une présomption scientifique à partir d'essais comparatifs randomisés de faible puissance, d'études comparatives non randomisées bien menées ou d'études de cohortes.
<b>C</b>	Recommandation basée sur un faible niveau de preuve à partir d'études cas-témoins, d'études comparatives comportant des biais importants, d'études rétrospectives, de séries de cas, d'études épidémiologiques descriptives (transversale, longitudinale).
<b>Accord Ou Avis d'experts</b>	Recommandation basée sur un accord d'experts ou un avis d'experts en l'absence de données suffisantes de la littérature

### 21.3. ANATOMOPATHOLOGIE

La quantité de virus SARS-CoV-2 excrété dans les selles peut être élevée.



Les recommandations de la Société Française de Microbiologie (SFM) concernant la gestion des prélèvements précisent que les prélèvements contenant des selles sont des prélèvements à risque élevé de contamination.

<http://www.sfpathol.org/media/pdf/fiche-covid19-v3-sfm.pdf>

Compte tenu de la durée d'incubation et du pourcentage de patients asymptomatiques, tous les prélèvements sont à considérer comme potentiellement infectés.

Une publication récente a montré que la fixation dans le formol permettait d'inactiver le virus SARS-CoV-2 (10). Le risque de toxicité lié à l'exposition au formol apparaît moins grave que celui lié à la manipulation de tissu frais non fixé potentiellement porteur de SARS-CoV-2.



Le conseil d'administration de la Société Française de Pathologie (SFP) a diffusé le 18/03/2020 des conseils pour la prise en charge des expectorations et des lavages broncho-alvéolaires reposant sur les recommandations de la SFM mais sans avis spécifique concernant la gestion de pièces fraîches digestives et la fixation dans le formol.

<https://www.snfge.org/sites/default/files/SNFGE/TNCD/47-conseils-sfp-pour-covid-19-18032020-51836.pdf>

## REFERENCES

- Pas de référence

## OPTIONS

- Il paraît difficile d'émettre des conseils spécifiques de prise en charge des pièces fraîches de colectomie ou de résection de grêle, si ce n'est de travailler avec gants, lunettes et masque. (**accord d'experts**)
- Il n'y a pas assez d'éléments pour statuer sur l'attitude vis à vis des prélèvements destinés à des analyses en immunofluorescence. (**accord d'experts**)
- Certains centres recommandent de **fixer immédiatement dans le formol tous les prélèvements digestifs endoscopiques ou opératoire** à l'exception des examens extemporanés et des suspicions de lymphome, sarcome, tuberculose (micro-biologie), tumeurs pédiatriques ou protocoles particuliers (contact avec le laboratoire d'anatomie pathologique de référence). (**avis d'experts**)
- **En cas de prélèvement anatomo-pathologique digestif chez un patient suspect ou connu COVID-19**, il est important d'en informer le laboratoire d'anatomie pathologique avant l'envoi (circuit dédié). (**accord d'experts**)
- Des fiches de gestion des prélèvements biologiques de patient suspect de COVID-19 ont été rédigées par la SFM. [https://www.sfm-microbiologie.org/wp-content/uploads/2020/03/Fiche-COVID19\\_V3\\_SFM.pdf](https://www.sfm-microbiologie.org/wp-content/uploads/2020/03/Fiche-COVID19_V3_SFM.pdf). (**accord d'experts**)

## 21.4. ADAPTATIONS THERAPEUTIQUES

### 21.4.1. Références, options et essais cliniques

#### REFERENCE

- Pas de référence

#### OPTIONS (cf. Tableau 2)

- Les propositions doivent être interprétées en fonction des capacités locales, de l'intensité de l'épidémie (**cf 21.1. INTRODUCTION les 5 phases**) et de son retentissement sur l'organisation des structures de soins selon les régions. (**accord d'experts**)
- Les ajustements thérapeutiques doivent être enregistrés ou discutés en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP). (**accord d'experts**)
- Dans la mesure du possible, le patient doit être informé du risque accru de complications sévères sous chimiothérapie. (**accord d'experts**)
- La chimiothérapie, a fortiori les poly-chimiothérapies doivent être prescrites en tenant compte du rapport bénéfice/risque. (**accord d'experts**)
- 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. (**accord d'experts**)
- Le report de la majorité des chirurgies complexes à forte morbi-mortalité (œsogastrique, hépatique ou pancréatique) doit être proposé selon la phase épidémique. (8) (**avis d'experts**)
- Chaque fois que cela est possible (lésions <3cm) particulièrement pour les CHC et les métastases hépatiques, la destruction percutanée est à privilégier (ne consomme pas de ressource de réanimation et de soins continus, hospitalisation ambulatoire ou sur 48 heures). (**avis d'experts**)

#### ESSAI CLINIQUE

- **Projet Cohorte COVID-19 (FFCD-CGO)** (Coordinateur A Lièvre (Rennes))

## 21.4.2. Ajustements thérapeutiques pluridisciplinaires par organe

Les ajustements thérapeutiques pluridisciplinaires (chirurgie, radiothérapie, radiologie interventionnelle, chimiothérapie, biothérapie) sont synthétisés dans le **Tableau 2** ci-dessous avec leur niveau de preuve (**accord\*** ou **avis\*\* d'experts**).

**Tableau 2**  
**Proposition d'ajustements thérapeutiques par organe**  
\* accord d'experts / \*\* avis d'experts

Organes	Situations oncologiques	Propositions
<b>Rectum localisé</b>	Chimio-radiothérapie terminée ou en cours	<ul style="list-style-type: none"> <li>Report de la prise en charge chirurgicale (délai 11 ou 7 semaines non différent (étude GRECAR 6 (11)) mais plus de morbidité et d'exérèse difficile) **</li> <li>En cas de délai de 11 semaines, rediscuter selon les possibilités hospitalières (place bloc et réa) *</li> </ul>
	Chimio-radiothérapie pré-opératoire à débiter	<ul style="list-style-type: none"> <li>Privilégier le schéma court 5x5 Gy sans chimiothérapie et chirurgie à 12 semaines selon l'épidémie et les possibilités hospitalières (12) *</li> </ul>
	Cas particuliers <ul style="list-style-type: none"> <li>T4</li> <li>Réponse majeure à la CT-RT (critères GECCAR 2)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Privilégier CAP50 RT et chirurgie à 12 semaines selon l'épidémie et les possibilités hospitalières *</li> <li>Discuter tumorectomie de clôture ou stratégie Watch and Wait (13, 14) *</li> </ul>
<b>Côlon localisé</b>	< T4 (symptomatique et non symptomatique)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Chirurgie dans les délais habituels si possible selon phase épidémique sans chimiothérapie d'attente **</li> </ul>
	Cas particuliers <ul style="list-style-type: none"> <li>T4</li> <li>Occlusion</li> <li>Sujet fragile</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Chimiothérapie première en privilégiant la voie orale (CapOx) et chirurgie après l'épidémie (15, 16) *</li> <li>Chirurgie (stomie d'amont puis chirurgie différée de 4 à 6 semaines) *</li> <li>Le report de la chirurgie se discute en fonction de la balance bénéfice risque *</li> </ul>
	Indication de la chimiothérapie adjuvante Stade III et stade II (T4b)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Privilégier le CapOx au FOLFOX (3 ou 6 mois) *</li> <li>Pour les faibles risques discuter selon la situation locale, de la suppression de l'oxaliplatine au profit de la capecitabine en monothérapie (17) *</li> <li>Patient « fragile » discuter l'absence de chimiothérapie *</li> </ul>

<b>Colorectal métastatique (1<sup>ère</sup> et 2<sup>ème</sup> ligne)</b>	Résécable	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Report chirurgie jusqu'à fin de la période épidémique (+/- chimiothérapie d'attente en fonction des caractéristiques néoplasiques (privilégier le schéma par capecitabine ou CapOx) **</li> <li>• La chirurgie peu morbide ou la thermo-destruction peut se discuter dans les délais habituels (situations locales) **</li> </ul>
	Potentiellement résécable	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Chimiothérapie d'attente par monoCT (privilégier capecitabine) * ou biCT (CapOx * ou Caplri **) +/- thérapies ciblées, et éviter les triCT *</li> <li>• Prudence avec l'association CapOX + anti-EGFr potentiellement plus toxique et d'efficacité incertaine (18)</li> </ul>
	Non résécable	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Chimiothérapie : monoCT (privilégier capecitabine) ou biCT ((CapOx * ou Caplri **) +/- thérapies ciblées, éviter les triCT *</li> <li>• Si traitement d'entretien privilégier la capecitabine seule +/- bevacizumab *</li> </ul>
<b>Colorectal métastatique en cours de traitement</b>	Non résécable	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Privilégier les traitements oraux en cas de maladie stable ou lentement progressive (capecitabine) afin de limiter les séjours hospitaliers (19), sous réserve d'un suivi téléphonique codifié *</li> <li>• Discuter en cas de maladie stable une pause de 2 mois *</li> <li>• Si traitement d'entretien privilégier la capecitabine seule +/- bevacizumab *</li> </ul>
<b>Colorectal métastatique au-delà de la 2<sup>ème</sup> ligne</b>	Non résécable	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Regorafenib schéma REDOS escalade hebdomadaire 80, 120, puis 160 mg /j selon la tolérance individuelle (20) *</li> <li>• Discuter une pause en cas de stabilité *</li> <li>• Utilisation prudente du Trifluridine-Tipiracil en raison du risque de leuco-neutropénie (21) *</li> </ul>
<b>Pancréas (glandulaire)</b>	Localisé avec preuve histologique	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Report de chirurgie après épidémie ** (carence de lit de réanimation, morbi-mortalité accrue) selon les possibilités locales et l'évolution de l'épidémie.</li> <li>• 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), GCSF et schéma modifié (sans bolus 5FU et irinitécan à 150 mg/m<sup>2</sup>) si FOLFIRINOX *</li> </ul>

	Post-opératoire	<ul style="list-style-type: none"> <li>FOLFIRINOX en raison de l'ampleur du bénéfice de survie, avec GCSF et schéma modifié * (22)</li> </ul>
	Localement avancé	<ul style="list-style-type: none"> <li>Chimiothérapie à discuter selon l'état général (gemcitabine ou bi-chimiothérapie à base 5FU ou capecitabine) *</li> <li>Discuter pause ou entretien en cas de stabilité en privilégiant la capécitabine *</li> </ul>
	Métastatique	<ul style="list-style-type: none"> <li>Chimiothérapie selon l'état général (monothérapie par gemcitabine, bi chimiothérapie ou tri chimiothérapie selon la situation clinique) *</li> <li>Si FOLFIRINOX schéma modifié et/ou prophylaxie primaire par GCSF**</li> </ul>
<b>Voies biliaires Intra hépatique</b>	Résécable	<ul style="list-style-type: none"> <li>Chirurgie dans les délais si possible, car pas de chimiothérapie d'attente validée *</li> <li>Cholangiocarcinome péri-hilaire : en cas de cholestase ictérique, prioriser le drainage des voies biliaires et l'embolisation portale en préparation de l'hépatectomie qui elle peut être différée *</li> </ul>
	Post-opératoire	<ul style="list-style-type: none"> <li>Capécitabine *</li> </ul>
	Non résécable ou métastatique	<ul style="list-style-type: none"> <li>Chimiothérapie selon la situation clinique (gemcitabine-cisplatine ou GemOx) *</li> <li>Alternative de bi-chimiothérapie CapOx ** (23)</li> </ul>
<b>Œso-gastriques</b>	Localisé (JOG et estomac) Chimiothérapie péri-opératoire	<p>Chimiothérapie adaptée à la situation clinique :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>FLOT si possible en raison de l'ampleur du bénéfice de survie, en ajoutant un GCSF * (24)</li> <li>A défaut par bi-chimiothérapie à base de platine (CapOx en l'absence de dysphagie) *</li> </ul> <p>Si chirurgie, privilégier l'intervention sans abord thoracique *</p>
	Localisé (œsophage) Chimio-radiothérapie pré opératoire	<ul style="list-style-type: none"> <li>Paclitaxel-carboplatine + radiothérapie à privilégier *</li> <li>En cas de réponse complète surveillance ou chirurgie décalée * (25)</li> </ul>
	Métastatique	<ul style="list-style-type: none"> <li>Chimiothérapie en première intention CapOx +/- trastuzumab (si HER2 positif) *</li> </ul>
<b>Carcinome hépato-cellulaire</b>	Accessible à un traitement curateur (BCLC 0/A)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pas de report des traitements curateurs sauf en cas de nodule unique de petite taille sans rapport vasculaire menaçant et/ou peu évolutif *</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si attente de transplantation, repousser un traitement d'attente non urgent (réponse presque complète), mais pas les traitements indispensables *</li> </ul>
	Stade intermédiaire ou avancé (BCLC B/C)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Traitement per os (sorafenib / regorafenib / cabozantinib) à maintenir avec télé-consultation pour gestion des effets secondaires *</li> <li>• Discuter des traitements loco-régionaux au cas par cas *</li> </ul>
	Non opérable ou métastatique	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Traitement per os (sorafenib / regorafenib / cabozantinib) *</li> <li>• Rediscuter des traitements loco-régionaux au cas par cas après l'épidémie *</li> </ul>
<b>Canal anal</b>	Localisée indication de chimio-radiothérapie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Privilégier le schéma Capecitabine-Mitomycine C * (26)</li> </ul>
	Récidivant ou métastatique	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bi-chimiothérapie CapOx ou carboplatine-capécitabine (moins toxique et plus simple que 5FU-cisplatine ou DCF) **</li> </ul>
<b>Carcinome neuroendocrine</b>	Résécable	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pas de report de chirurgie, chimiothérapie ou de chimio-radiothérapie pour les rares formes curatives *</li> </ul>
	Non résécable	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pas de report de chimiothérapie pour le début de prise en charge (1<sup>ère</sup> ligne, jusqu'au total de 6 cures maximum de platine-étoposide) *</li> <li>• Ne pas utiliser l'étoposide oral *</li> <li>• Les traitements de 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> lignes sont à discuter au cas par cas, ainsi que les pauses thérapeutiques si c'est possible *</li> </ul>
<b>TNE bien différenciée</b>	Résécable	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Report de toutes les chirurgies si le patient est asymptomatique *</li> </ul>
	Non résécable	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les gestes loco-régionaux (embolisation hépatique, thermo-ablation, cytoréduction chirurgicale) sont maintenus au cas par cas si c'est nécessaire au contrôle d'un syndrome sécrétoire réfractaire *</li> <li>• Privilégier la prise en charge en téléconsultation pour les patients qui n'ont pas besoin de traitement IV (analogue somatostatine, évérolimus, sunitinib, temozolomide +/- capécitabine) *</li> <li>• Privilégier les formes de chimiothérapie per os (TemCap) par rapport aux formes IV si possible *</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Envisager une pause des chimiothérapies IV dès que possible (souvent possible après 3 mois de chimiothérapie efficace) *</li> <li>• Les traitements par radiothérapie interne vectorisée sont maintenus au cas par cas selon les possibilités du service, l'état de la maladie/patient, et tant que le laboratoire arrive à fournir le traitement (et un espacement des séances est à discuter) *</li> <li>• Evaluer la dose-intensité de chaque traitement en particulier chez les patients avec neutropénie-lymphopénie (sous évérolimus notamment) *</li> </ul>
	Surveillance	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patients en cours de traitement <ul style="list-style-type: none"> <li>○ asymptomatiques : différer les examens de suivi et poursuivre la ligne thérapeutique *</li> <li>○ symptomatiques : maintien des examens d'imagerie. La cinétique des marqueurs n'a pas démontré d'intérêt clinique * (27)</li> </ul> </li> <li>• Surveillance post-thérapeutique: différer les examens de suivi après la période épidémique *</li> </ul>
<b>GIST</b>	Résécable	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Chirurgie dans les délais habituels si possible * <ul style="list-style-type: none"> <li>○ sauf patients « fragiles » *</li> <li>○ sauf chirurgie complexe (DPC, proctectomie) ou lésion difficilement résécable = initier ou poursuivre un traitement d'attente par imatinib *</li> </ul> </li> </ul>
	Post-opératoire Imatinib adjuvant	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Poursuite de l'imatinib *</li> <li>• Arrêt transitoire du TKI si suspicion d'infection *</li> <li>• Privilégier la prise en charge en téléconsultation *</li> <li>• Différer les imageries de suivi après la période de l'épidémie *</li> </ul>
	Localement avancé ou Métastatique	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Poursuite du TKI *</li> <li>• Arrêt transitoire du TKI si suspicion d'infection *</li> <li>• Privilégier la prise en charge en téléconsultation *</li> <li>• Différer les imageries d'évaluation après la période de l'épidémie *</li> <li>• Report de chirurgie ou thermoablation après la période de l'épidémie avec traitement d'attente par TKI *</li> </ul>

## 21.5. ADAPTATION DE L'ACTIVITE ENDOSCOPIQUE (RECOMMANDATIONS SFED)



La Société Française d'Endoscopie Digestive (SFED) a proposé une adaptation de l'activité d'endoscopie digestive en raison de l'épidémie COVID-19 (**accords d'experts**)

L'adaptation de l'activité d'endoscopie des établissements de santé, a **deux objectifs** :

- **1)** permettre que tous les moyens des établissements de santé en matière d'anesthésie-réanimation et de prise en charge médicale hors réanimation des patients infectés puissent être renforcés et amplifiés ;
- **2)** permettre la prise en charge des pathologies digestives urgentes (non liées au COVID-19) afin de limiter la perte de chance que constituerait un possible retard de diagnostic ou de traitement.

### **A/ Les gestes urgents :**

#### **Au niveau du tube digestif :**

- hémorragies digestives hautes ;
- hémorragies digestives basses abondantes ;
- ingestion de caustique selon recommandations ;
- volvulus du sigmoïde ;
- obstacle sur le tube digestif nécessitant la mise en place d'une prothèse ou d'une gastrostomie percutanée endoscopique.

#### **Au niveau bilio-pancréatique :**

- angiocholites ;
- pancréatite aiguë ;
- obstacle sur les voies biliaires ;
- nécrosectomie ;
- drainage de collections.

### **B/ Les gestes à perte de chance potentielle :**

- diagnostic et bilan d'extension de cancer (endoscopie, écho-endoscopie) ;
- test FIT positif ;
- anémie par carence martiale.

**Cette liste n'est pas limitative** mais toute endoscopie qui peut être repoussée de quelques semaines doit l'être dans l'intérêt du patient.

## 21.6. SURVEILLANCE

### 21.6.1. Surveillance en cours de traitement

Pour les patients en cours de traitement, la cinétique des marqueurs a montré son intérêt clinique notamment pour les cancers coliques et pancréatiques (28, 29). Cette cinétique des marqueurs combinée au suivi clinique à distance permet dans cette situation exceptionnelle de différer les examens d'imagerie tout en tenant compte de l'histoire de la maladie, du schéma de chimiothérapie et des objectifs du traitement.

#### REFERENCES

- Pas de référence

#### OPTIONS (*avis d'experts*)

- Report des examens d'imagerie prévus pendant la période épidémique
- Evaluation par examen clinique et cinétique des marqueurs tumoraux
- Le cas particulier des patients avec métastases potentiellement résécables ou menaçantes, ou en début de traitement peut justifier le maintien des examens d'imagerie.

### 21.6.2. Surveillance post-thérapeutique

#### REFERENCES

- Pas de référence

#### OPTIONS (*accord d'experts*)

- Report des consultations et des examens d'imagerie après la période épidémique.

## 21.6. BIBLIOGRAPHIE

1. Kim YJ, Lee ES, Lee YS. High mortality from viral pneumonia in patients with cancer. *Infect Dis* 2019;51:502-9.
2. Chen N, Zhou M, Dong X et al. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: A descriptive study. *Lancet* 2020;395:507-13
3. Wu C, Chen X, Cai Y et al. Risk factors associated with acute respiratory distress syndrome and death in patients with coronavirus disease 2019 pneumonia in Wuhan, China. *JAMA Intern Med* doi 10.1001/jamainternmed.2020.0994
4. Liang W, Guan W, Chen R et al. Cancer patients in SARS-CoV -2 infection: a nationwide analysis in China. *Lancet Oncol* [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(20\)30096-6](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(20)30096-6)
5. Zhang Y, Xu JM. Medical diagnosis and treatment strategies for malignant tumors of the digestive system during the outbreak of novel coronavirus pneumonia. *Zhonghua Zhong Liu Za Zhi*. 2020 Feb 29;42(0):E005.
6. Luo Y, Zhong M. Standardized diagnosis and treatment of colorectal cancer during the outbreak of novel coronavirus pneumonia in Renji hospital. *Zhonghua Wei Chang Wai Ke Za Zhi*. 2020 Feb 22;23(3):E003. doi: 10.3760/cma.j.cn441530-20200217-00057
7. Chen YH, Peng JS. Treatment strategy for gastrointestinal tumor under the outbreak of novel coronavirus pneumonia in China. *Zhonghua Wei Chang Wai Ke Za Zhi*. 2020 Feb 25;23(2):I-IV. doi: 10.3760/cma.j.issn.1671-0274.2020.02.001
8. Spinelli A, Pellino G. [COVID-19 pandemic: perspectives on an unfolding crisis](#). *Br J Surg*. 2020 Mar 19. doi: 10.1002/bjs.11627. [Epub ahead of print]
9. Tuech JJ, Gangloff A, Di Fiore F, Michel P, Brigand C, Slim K, Pocard M, Schwarz L. Strategy for the practice of digestive and oncologic surgery in COVID 19 epidemic situation. *J Visc Surg* 2020. [Epub ahead of print]
10. Henwood AF. Coronavirus disinfection in histopathology. *J Histotechnol*. 2020 Mar 1:1-3.
11. Lefevre JH, Mineur L, Kotti S et al. Effect of interval (7 or 11 weeks) between neoadjuvant radiochemotherapy and surgery on complete pathologic response in rectal cancer. *J Clin Oncol* 2016; 34:3773-80
12. Erlandsson J, Holm T, Pettersson D 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; 18:336-346
13. Renehan AG, Malcomson L, Emsley R 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: 174-83

14. E Rullier, P Rouanet, JJ Tuech et al. Organ preservation for rectal cancer (GRECCAR 2): a prospective, randomised, open-label, multicentre, phase 3 trial. *Lancet* 2017; 390:469-79
15. Karoui M, Rullier A, Piessen G 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* 2019 doi: 10.1097/SLA.0000000000003454
16. Foxtrot collaborative group. Feasibility of preoperative chemotherapy for locally advanced, operable colon cancer: the pilot phase of a randomised controlled trial. *Lancet Oncol*; 2012; 13:1152-60
17. Andre T, de Gramont A, Vernerey D 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;33:4176-87
18. Maughan TS, Adams RA, Smith CG, et al. Addition of cetuximab to oxaliplatin-based first-line combination chemotherapy for treatment of advanced colorectal cancer: results of the randomised phase 3 MRC COIN trial. *Lancet* 2011;377:2103-14
19. Simkens LHJ, van Tinteren H, May A 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* 2105;385:1843-52
20. Bekaii-Saab TS, Ou FS, Ahn DH et al. [Regorafenib dose-optimization in patients with refractory metastatic colorectal cancer \(ReDOS\): a randomised, multicenter, open-label, phase 2 study.](#) *Lancet Oncol* 2019 ; 20 :1070-82
21. Mayer RJ, Van Cutsem E, Falcone A, et al. Randomized trial of TAS-102 for refractory metastatic colorectal cancer. *N Engl J Med* 2015; 372:1909-19.
22. Conroy T, Hammel P, Hebbar M et al. [FOLFIRINOX or Gemcitabine as Adjuvant Therapy for Pancreatic Cancer.](#) *New Engl J Med* 2018 ;379 :2395-2406
23. Kim ST, Kang JH, Lee J 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 May 1;30(5):788-795.
24. Al-Batran SE, Homann N, Pauligk C 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;393:1948-1957
25. Mariette C, Dahan L, Mornex F 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;32:2416-22
26. Meulendijks D, Dewit L, Tomaso NB, van TH, Beijnen JH, Schellens JH, et al. Chemoradiotherapy with capecitabine for locally advanced anal carcinoma: an alternative treatment option. *Br J Cancer* 2014;111:1726-33
27. Vezzosi D, Walter T, Laplanche A et al. Chromogranin A measurement in metastatic well-differentiated gastroenteropancreatic neuroendocrine carcinoma: screening for false positives and a prospective follow-up study. *Int J Biol Markers.* 2011 Apr-Jun;26(2):94-101.

28. Iwanicki-Caron I, Di Fiore F, Roque I et al. Usefulness of the Serum Carcinoembryonic Antigen Kinetic for Chemotherapy Monitoring in Patients With Unresectable Metastasis of Colorectal Cancer. *J Clin Oncol* 2008; 26:3681-6
29. Laurent L, Sefrioui D, Bignon AL et al. CA19.9 decrease >15% is a predictor of favourable outcome in patients treated for advanced pancreatic carcinoma: analysis of two independent cohorts. *HPB* 2019;21:582-8