

Service émetteur : Direction des coopérations Territoriales et de la Performance
Direction de l'Hospitalisation et de l'Autonomie

Affaire suivie par : Thierry LEVY
Courriel : thierry.levy@ars.sante.fr
Téléphone : 02.22.06.73.31
Collaboration : Oncobretagne et le Pôle Régional de Cancérologie

Date : 27 Avril 2020

Objet : Résumé des indications thérapeutiques en cancérologie par les sociétés savantes dans le contexte de la pandémie COVID-19– liens associés

RESUME DES INDICATIONS THERAPEUTIQUES EN CANCEROLOGIE PAR LES SOCIETES SAVANTES DANS LE CONTEXTE DE LA PANDEMIE COVID-19

I. *Résumé des Recommandations en Gynécologie par le CNGOF pendant la période de pandémie*

1. Cancer du col

- ✓ Radiothérapie (*voir nouveau protocole*) et la Radio- Chimiothérapie-Concomitante plutôt que la chirurgie (*sauf stade IA*).

2. Cancer de l'ovaire :

- ✓ Pour les cancers de stade avancé : Il convient de privilégier la chimiothérapie néo-adjuvante qu'il est possible de poursuivre jusqu'à 6 cures avant une chirurgie de clôture suivie alors de 2 cycles post opératoires (*différent des recommandations habituelles*).
- ✓ Pour les cancers de l'ovaire de stade présumé précoce sur pièce d'annexectomie, la chirurgie de restadification peut être différée de 1 à 2 mois.
- ✓ Pour les images suspectes de cancer de l'ovaire sur masse ovarienne isolée à l'imagerie: annexectomie sur la masse suspecte.

3. Cancer de l'endomètre :

- ✓ Les cancers de stade précoce : Traitement chirurgical par cœlioscopie à privilégier :
 - Hystérectomie totale avec annexectomie bilatérale associée à une procédure du ganglion sentinelle pour les risques ESMO préopératoires faibles et intermédiaires.
 - Pour les risques ESMO élevés privilégier l'algorithme du MSKCC (associant TEP-TDM et procédure du GS) afin d'essayer d'omettre les curages.

- ✓ Pour les cancers de l'endomètre de stades avancés III et IV : Traitement médical premier (*imprécis par rapport aux indications habituelles*).

4. Cancer du vagin

- ✓ Traitement par radio/chimiothérapie/curiethérapie quasi exclusif. Chirurgie de stadification ganglionnaire au cas par cas.

5. Cancers de la vulve

- ✓ La chirurgie reste le traitement standard des cancers vulvaires.

6. Tumeurs trophoblastiques

- ✓ Bas risque : méthotrexate à domicile.
- ✓ Haut risque, poly chimiothérapie, aucun délai n'est souhaitable.

Recommandations pour la prise en charge chirurgicale des cancers gynécologiques en période de pandémie COVID-19

<http://www.cngof.fr/coronavirus-go-cngof/aperçu?path=CANCER-COVID-19%252FCovid-19-cancer-Francogyn-CNGOF.pdf&i=35649>

II. Résumé des Recommandations Endoscopie digestive pendant la période de pandémie par La Société Française d'Endoscopie Digestive (SFED)

A/ Les gestes urgents :

1. 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.

2. 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 ;
- ✓ anémie par carence martiale.

Les autres endoscopies peuvent être repoussées de quelques semaines.

TNCD – Chapitre 21 : Prise en charge des cancers digestifs en fonction de la situation épidémique Covid-19

https://www.oncobretagne.fr/wp-content/uploads/2020/04/tncd_chap-21-covid-19-cancers-digestifs_03-04-2020.pdf

III. *Recommandations CCAFU sur la prise en charge des cancers de l'appareil urogénital en période d'épidémie au Coronavirus COVID-19.*

1. Tumeur du rein

- ✓ Petites tumeurs cT1a (< 4cm) Tumeurs kystiques (Bosniak III et IV)
Tumeurs cT1b (4-7 cm) Tumeurs cT2 : La chirurgie peut être reportée sous surveillance.
- ✓ Tumeurs localement avancées (cT3) : - Thrombus de la veine rénale- Thrombus de la veine cave
- Adénopathies macroscopiques sans autre lésion secondaire - Signes d'invasion locorégionale (Tumeurs symptomatiques : douleurs, hématurie) : La chirurgie doit être maintenue de façon prioritaire.
- ✓ Cancer du rein métastatique de bon pronostic : Privilégier un inhibiteur de tyrosine kinase.
- ✓ Cancer du rein métastatique de mauvais pronostic ou de pronostic intermédiaire : Les patients de pronostic intermédiaire avec faible charge tumorale et asymptomatiques pourraient être traités par TKI.

2. Tumeur de vessie

- ✓ Diagnostic : il repose sur la fibroscopie et la RTUV qui doivent être maintenues sauf suivi ou endoscopie initiale pour (ou en faveur) tumeur à faible risque.
- ✓ Tumeur à faible risque : tumeur de petite taille, non multifocale, présumée de bas grade et sans CIS d'après le résultat de la cytologie urinaire et/ou les antécédents de TVNIM du patient. Délai maximum de 3 mois.
- ✓ Toute autre tumeur : Dans le mois suivant le diagnostic.
- ✓ BCG : Proposer l'antibiothérapie par ofloxacine post-instillation.
- ✓ Cystectomie Totale (CT) : TVNIM réfractaire au BCG TVIM T<3 N0 : Favoriser une prise en charge chirurgicale dans un délai maximum de 3 mois suivant le diagnostic.
- ✓ TVES :
 - URS : Traitement conservateur envisagé en situation impérative dans le mois suivant le diagnostic.
 - NUT TVES T≤3 N0 dans le mois suivant le diagnostic.

3. Cancer de la prostate

- ✓ Diagnostic : il repose sur l'IRM (si réalisable) et biopsies (sous AL) qui sont indiqués sans délai en cas de suspicion de cancer à haut risque, localement avancé ou métastatique.
- ✓ Faible risque : La surveillance active doit être privilégiée.
- ✓ Localisé de risque intermédiaire : Traitements qui peuvent être reportés (2 mois au moins)
 - Curiethérapie (recommandations de la SFRO)
 - Radiothérapie externe (recommandations de la SFRO)
 - Prostatectomie totale avec report possible d'au moins 2 mois.
- ✓ Localisé à haut risque et localement avancé : Prostatectomie et curage ganglionnaire : pas de report supérieur à 2 mois. Si Hormono-Radiothérapie : hormonothérapie néo-adjuvante.

- ✓ Métastatique hormonosensible : Suppression androgénique + hormonothérapie de nouvelle génération (apalutamide, enzalutamide).
- ✓ Métastatique résistant à la castration, non prétraité par une HTNG : Suppression androgénique + enzalutamide.
- ✓ Métastatique résistant à la castration, prétraité par une HTNG : Adaptation de la prescription de docetaxel et de cabazitaxel au risque infectieux.

4. Tumeur du testicule

- ✓ L'orchidectomie reste donc une urgence chirurgicale (dans la semaine).
- ✓ Orchidectomie totale d'un stade I : Pas de report.
- ✓ Traitement adjuvant par chimiothérapie d'un stade I : Discuter la surveillance.
- ✓ Séminome Stades II et III : Radiothérapie si faible volume. Sinon discuter un report raisonnable de chimiothérapie en fonction du potentiel évolutif ou symptomatique de la maladie. Réduire si possible le nombre de cycles de chimiothérapie.
- ✓ Seminomes métastatiques de pronostic intermédiaire : Privilégier protocole VIP.
- ✓ TGNS métastatique de bon pronostic ; TGNS métastatique de pronostic intermédiaire : VIP.
- ✓ TGNS métastatique à haut risque : Chimiothérapie sans bléomycine.

5. Cancer de verge

- ✓ Stades invasifs à faible risque ganglionnaire (inférieur à T1G2), carcinome verruqueux : Discuter un report avec un risque de chirurgie plus élargie et de la nécessité alors d'évaluation ganglionnaire.
- ✓ Stades à risque ganglionnaire (supérieur à T1G2), cN+ : Pas de report.

Recommandations CCAFU sur la prise en charge des cancers de l'appareil urogénital en période d'épidémie au Coronavirus COVID-19

https://www.urofrance.org/sites/default/files/consignes_ccafu_-_covid-19_afu_ccafu.pdf

IV. COVID-19 et personnes suivies pour un cancer du sein : Recommandations pour la pratique clinique (CNGOF, SFCO, SFSPM ...)

Les lésions suspectes nécessitant une exploration sont les lésions ACR5, ACR4 et ACR3 dans un contexte à risque. Les autres lésions (ACR3 sans contexte à risque) seront reconstruites dans 3 à 6 mois, à distance de la pandémie.

1. Chirurgie

- ✓ Report de toutes les chirurgies de reconstruction secondaire après la pandémie.
- ✓ Report de toutes les chirurgies portant sur des lésions bénignes même à risque jusqu'à 3 mois.
- ✓ Concernant la chirurgie des cancers canaux in situ, si l'histologie est de bas grade ou de grade intermédiaire, la chirurgie peut être reportée jusqu'à 3 mois pour les autres formes, la chirurgie peut être reportée à 6 semaines.
- ✓ En cas de mastectomie, une reconstruction mammaire immédiate par prothèse/expandeur est possible.
- ✓ En cas de tumeurs RH très positifs chez des patientes avec des comorbidités importantes, une hormonothérapie première, sous couvert d'une surveillance étroite, peut être proposée pour décaler le geste chirurgical.

2. Radiothérapie

- ✓ Pour les cancers intra canaux, pour les cancers invasifs, de stade I ou II fortement hormonodépendants et surtout chez les sujets présentant des comorbidités, un report de 3 à 6 mois est possible. Un traitement anti hormonal d'attente doit être instauré.
- ✓ Dans tous les cas un schéma hypo fractionné sera privilégié.
- ✓ La radiothérapie en situation métastatique est à discuter au cas par cas.

3. Traitements systémiques

- ✓ En situation non métastatique les indications de traitement néoadjuvants et adjuvants restent identiques.
- ✓ En situation métastatique : Privilégier les traitements oraux ou l'administration à domicile après RCP.

<http://www.senologie.com/wp-content/uploads/2020/03/RPC-NICE-ST-PAUL-COVID-19-CANCERS-DU-SEIN-BULLETIN-DU-CANCER.pdf>

Cancer du Sein et COVID-19

<https://www.fhpmco.fr/wp-content/uploads/2020/03/26-03-Sein-Nice-St-Paul-de-Vence.pdf>

V. COVID-19 et prise en charge des malades d'hématologie (SFH)

- ✓ Il est peu envisageable d'interrompre de façon prolongée une chimiothérapie ou une séquence de traitement dans des maladies curables (lymphomes, myélome) où la notion d'intensité de dose est importante.
- ✓ Suppression d'une séquence d'entretien par anticorps anti-CD20 dans les lymphomes folliculaires ou à cellules du manteau en réponse.
- ✓ Traitement d'entretien des LAL omises en conservant le traitement continu par méthotrexate et purinethol.
- ✓ Poursuivre les traitements par thérapie ciblée orale en fonction des indications.
- ✓ Il est préférable de surseoir de quelques semaines une nouvelle séquence thérapeutique.
- ✓ Le report du traitement est difficilement concevable en revanche pour les hémopathies agressives (lymphomes de « haut grade », leucémies aiguës nouvellement diagnostiquées, myélome symptomatique, ...).
- ✓ Pour les traitements intensifs réalisés en consolidation (leucémies aiguës en RC après induction, intensification avec autogreffe dans les myélomes ou les lymphomes voire greffes allogéniques de CSH), il faut tenir compte des difficultés attendues de transfert en réanimation et d'approvisionnement en PSL.
- ✓ Reporter certaines autogreffes.
- ✓ Dépistage systématique du COVID-19 pour les greffes de CSH.
- ✓ CAR-T Cells : dépistage du COVID-19 avant le recueil des lymphocytes et leur administration doit être assujettie à l'assurance d'un accès aux soins de réanimation.
- ✓ EFS : Réévaluation par les prescripteurs des besoins transfusionnels : chirurgie programmée, greffes de cellules souches hématopoïétiques non urgentes, transfusion préventive.

Propositions / COVID-19 et prise en charge des malades d'hématologie

https://sfh.hematologie.net/sites/sfh.hematologie.net/files/medias/documents/covid-19_proposition_sfh_17-03-2020_0.pdf

VI. *Prise en charge des cancers digestifs en fonction de la situation épidémie COVID-19 (FFCD...)*

Le report de la majorité des chirurgies complexes à forte morbi-mortalité (œsogastrique, hépatique ou pancréatique) doit être proposé.

1. Rectum

- ✓ Localisé : Chimio-radiothérapie terminée ou en cours : report de la prise en charge chirurgicale (délai 7 à 11 semaines).
A débiter : radiothérapie schéma court sans chimiothérapie et chirurgie à 12 semaines.
- ✓ T4 : CT-RT ; chirurgie à 12 semaines.

2. Côlon

- ✓ Localisé < T4 : Chirurgie dans les délais habituels.
- ✓ T4 : Chimiothérapie première (voie orale).
- ✓ Stade III et stade II : Indication de la chimiothérapie adjuvante.
- ✓ Colorectal métastatique : Résécable : Report chirurgie sauf si facile (+/- chimiothérapie d'attente).
Potentiellement résécable : Chimiothérapie d'attente +/- thérapies ciblées.
Non résécable : Chimiothérapie : +/- thérapies ciblées + /-traitement d'entretien
Colorectal métastatique en cours de traitement : Non résécable : Privilégier les traitements oraux. Report de 2 mois .Traitement d'entretien.

3. Pancréas

- ✓ Localisé avec preuve histologique : chirurgie ou chimiothérapie d'attente à analyser au cas par cas en RCP multidisciplinaire.
- ✓ Post-opératoire: chimiothérapie d'attente.
- ✓ Localement avancé: Chimiothérapie, pause ou entretien.
- ✓ Métastatique : Chimiothérapie.

4. Voies biliaires Intrahépatique

- ✓ Résécable : Chirurgie dans les délais.
- ✓ Cholangiocarcinome péri-hilaire : en cas de cholestase ictérique, prioriser le drainage des voies biliaires et l'embolisation portale.
- ✓ Non résécable ou métastatique : Chimiothérapie.

5. Œso-gastriques

- ✓ Localisé (JOG et estomac) : Chimiothérapie péri-opératoire. Si chirurgie, privilégier l'intervention sans abord thoracique.
- ✓ Localisé (œsophage) : Chimio-radiothérapie pré opératoire. En cas de réponse complète surveillance ou chirurgie décalée.
- ✓ Métastatique : Chimiothérapie.

6. Carcinome hépato-cellulaire

- ✓ Accessible à un traitement curateur (BCLC : Barcelona Clinic Liver Cancer Group 0/A): Pas de report des traitements curateurs.
- ✓ Stade intermédiaire ou avancé (BCLC B/C) : Traitement per os.
- ✓ Non opérable ou métastatique : Traitement per os.

7. Canal anal

- ✓ Localisée indication de chimio-radiothérapie.
- ✓ Récidivant ou métastatique : chimiothérapie.

8. Carcinome neuroendocrine

- ✓ Pas de report de chirurgie, chimiothérapie ou de chimio-radiothérapie pour les rares formes curatives.
- ✓ Non résécable : Pas de report de chimiothérapie.

9. TNE bien différenciée

- ✓ Résécable : Report de toutes les chirurgies.
- ✓ Non résécable : chimiothérapie per os.
- ✓ Patients en cours de traitement : poursuivre la ligne thérapeutique.

10. GIST (Les tumeurs stromales gastro-intestinales)

- ✓ Résécable : Chirurgie dans les délais si possibles.

TNCD – Chapitre 21 : Prise en charge des cancers digestifs en fonction de la situation épidémique Covid-19

https://www.oncobretagne.fr/wp-content/uploads/2020/04/tncd_chap-21-covid-19-cancers-digestifs_03-04-2020.pdf

VII. *Recommandations d'experts concernant la prise en charge des patients atteints de cancer des VADS pendant la pandémie de COVID-19.*

Les patients atteints de cancer des VADS en cours de traitement doivent être considérés comme à risque de forme grave et de ce fait un accueil adapté doit être réalisé. Des mesures de double-barrière doivent être réalisées.

1. Cancer des VADS localement avancé :

- ✓ En cas de lésions symptomatiques, les chirurgies carcinologiques ne doivent pas être décalées ou radiothérapie potentialisée.
- ✓ T3 du larynx ou de l'hypopharynx ou tumeurs très symptomatiques et/ou d'évolution rapide : chimiothérapie d'induction possible.
- ✓ Personnes âgées : radiothérapie au-delà de 70 ans.
- ✓ Chimio-radiothérapie exclusive des tumeurs en place (cancers de l'oropharynx) : cisplatine (cétuximab : alternative dans certains cas).
- ✓ Radio-chimiothérapie adjuvante limitée aux ganglions en rupture capsulaire et aux marges R1(Reliquat microscopique): cisplatine.

2. Situation de récurrence locorégionale et/ ou métastatique

- ✓ En situation de première ligne : pour les patients platine sensible (rechute > 6 mois de la dernière injection de platine pour un traitement localisé) : cisplatine, docetaxel et kétuximab. Immunothérapie chez les patients asymptomatiques.
- ✓ En situation de 2ème ligne ou progression après un intervalle de platine < 6 mois : Nivolumab.

État des lieux le 25 mars 2020

<https://ressources-aura.fr/wp-content/uploads/2020/04/covid-19-et-ori-propositions-onco-UNICANCER-26-03-2020-1.pdf>

VIII. Propositions de prise en charge des patients atteints de tumeurs thoraciques. dans le contexte de la pandémie COVID-19(SPLF et IFCT)

Des mesures double-barrière sont adoptés : à l'entrée du service les patients sont munis d'un masque chirurgical qu'ils ne doivent pas quitter durant leur séjour dans le service ; les soignants sont munis d'un masque chirurgical pendant toute leur journée de travail. Concernant la radiothérapie selon les indications, elle peut être décalée ou réalisée par méthode stéréotaxique hypofractionnée.

1. Patients atteints de cancer bronchique non à petites cellules au stade chirurgical
 - ✓ Une proposition est de sursoir aux résections chirurgicales de tumeurs de stade I, voire de certaines tumeurs de stade II N0, soit en décalant la chirurgie (jusqu'à 6 semaines) soit en proposant une radiothérapie stéréotaxique comme alternative thérapeutique avec un nombre limité de séances.
 - ✓ Radiothérapie postopératoire et chimiothérapie (carboplatine) postopératoire : les patients en cours de traitement terminent leur programme.
2. Patients atteints de cancers bronchiques non à petites cellules localement avancés traités par chimio-radiothérapie
 - ✓ Les patients en cours de traitement terminent leur programme (carboplatine).
 - ✓ Immunothérapie de consolidation par durvalumab à discuter.
3. Patients atteints de cancers bronchiques non à petites cellules métastatiques
 - ✓ Altérations oncogéniques : poursuite des traitements par thérapie ciblée en cours (scanner initial à 2 mois, puis à 6 mois).
 - ✓ Absence d'altération oncogénique : première ligne : chimiothérapie +/- immunothérapie d'induction : les patients en cours de traitement terminent leur programme. Immunothérapie seule à adapter.
 - ✓ Absence d'altération oncogénique : seconde ligne et lignes ultérieures. Immunothérapie seule à adapter. Chimiothérapie à arrêter ou réduire.
4. Patients atteints de cancers bronchiques à petites cellules
 - ✓ Les traitements de première ligne et les traitements de seconde ligne en cours doivent être poursuivis. Le carboplatine est privilégié. Atezolizumab doit être proposé selon les recommandations.
5. Mésothéliomes
 - ✓ Les traitements de première ligne et les traitements de seconde ligne en cours doivent être poursuivis. Immunothérapie seule à adapter.

6. Tumeurs thymiques

- ✓ Sursoir aux résections chirurgicales de tumeurs de stade I et II. Les traitements de première ligne et les traitements de seconde ligne en cours doivent être poursuivis.

Propositions de prise en charge des patients dans le contexte de la pandémie COVID-19

<http://splf.fr/wp-content/uploads/2020/03/COVID-FINALE-GOLF2020-03-19.pdf>

IX. *Recommandations à l'usage des professionnels de l'Oncologie Radiothérapie (SFRO, SFPM et SNRO)*

Voir lien ci-dessous :

recommandations Covid-19

<http://www.sfro.fr/index.php/documents/covid-19-1/covid-19-recommandations/93-covid-19-nouvelles-recommandation-sfro-20-03-2020/file>