

Recommandations par siège tumoral pour la priorisation des patients en contexte de pandémie de COVID-19 - Volet cancer du sein

Recommandations en date du 14 avril 2020 pour le volet cancer du sein

Mise en contexte pour tous les sièges de cancer

Même en sachant que certains cancers ont une évolution plus lente, certains autres sont à traiter rapidement, de façon interdisciplinaire, avec des traitements systémiques intraveineux ou per os (voie orale), une chirurgie et de la radiothérapie.

Le but de ces travaux est de mieux 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. Étant conscients que l'accès tant aux traitements systémiques, à la chirurgie qu'à la radiothérapie sera affecté, la concertation et le travail en équipe sont plus que jamais impératifs.

Certains milieux seront plus affectés que d'autres, selon la propagation des cas de COVID-19. L'objectif est de s'assurer que chaque personne puisse bénéficier du traitement le plus adéquat possible malgré la crise. De plus, ces consensus visent à assurer que lorsque la pandémie sera terminée et que les activités reprendront un rythme normal, les priorisations des patients qui attendaient un traitement soient aussi respectées dans un souci d'équité.

Les patients atteints de cancer et âgés de plus de 60 ans et/ou porteurs de multiples comorbidités (ou ECOG > 2) doivent faire l'objet d'une attention particulière pendant cette pandémie et éviter au maximum tout risque de contamination compte tenu de leur risque majoré de complication respiratoire et de décès. **Le bénéfice et le risque des traitements doivent être réévalués dans ce contexte de pandémie.**

Le présent guide a été réalisé par un comité d'experts en contexte d'urgence sanitaire. Il est basé sur la documentation disponible au moment de sa publication et est adapté à la réalité québécoise.

Ces recommandations sont des exemples d'alternatives pouvant être considérées dans un contexte de pandémie et elles pourraient ne pas répondre à toutes les situations. Le jugement clinique s'impose.

De plus, si l'indication clinique ne figurait pas dans ce document, les cliniciens continuent la pratique selon les recommandations en vigueur dans leur établissement. Des mises à jour de ces recommandations sont à prévoir selon l'évolution de la situation. La présentation à un comité du diagnostic et du traitement du cancer (CDTC)

est fortement encouragée afin de déterminer la meilleure approche thérapeutique en tenant compte des risques et des bénéfices.

Ces recommandations sont modulées en fonction de la priorité clinique et leur application doit tenir compte du niveau d'activités en oncologie lorsqu'applicable. Une description des niveaux d'activités figure d'ailleurs dans le document : « Plan de délestage et niveaux d'activité en oncologie en situation de pandémie COVID-19 ». Elles sont complémentaires aux diverses directives cliniques émises par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et disponibles aux liens suivants :

www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/
www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/cancerologie/

Considérations générales applicables à tous les sièges de cancer

- Il est de la responsabilité du programme de oncologie de chaque établissement de prévoir du soutien psychosocial pour toutes les personnes qui voient leur traitement et investigation retardés afin de diminuer autant que possible l'anxiété associée;
- Chaque programme de oncologie doit mettre en place une vigie pour les patients traités pendant cette période afin de s'assurer :
 - D'un suivi approprié au cours et à la fin de la pandémie;
 - Que les délais ne seront pas excessifs;
 - Qu'il n'y a pas de progression ou d'apparition de nouveaux symptômes durant cette période d'attente;
 - Que le patient puisse rejoindre facilement un membre de l'équipe s'il y avait changement de son état;
 - De répertorier les patients pour lesquels une alternative de traitement non conventionnel a été offerte.
- Une discussion du niveau de soins et des alternatives thérapeutiques prenant en considération les risques liés aux traitements et à la pandémie COVID-19 devrait avoir lieu avec chaque patient et documentée au dossier médical selon les procédures applicables dans les établissements.
- En cas de report d'un traitement chirurgical, de traitements systémiques ou de radiothérapie, les patients doivent être réévalués périodiquement afin de s'assurer de l'absence de progression.
- Bien que des alternatives thérapeutiques non standard soient parfois proposées dans les recommandations, celles-ci devraient être réservées à des cas particuliers et uniquement offertes sur recommandation d'un CDTC en tenant compte de la

disponibilité des ressources (traitement standard non accessible) de même que des risques et des bénéfices des traitements en contexte de pandémie COVID-19.

Considérations générales - volet cancer du sein

Mesures devant être mises en application dès maintenant et pour toute la durée de la période de la pandémie :

- Reporter les chirurgies préventives;
- Reporter les chirurgies controlatérales pour des seins normaux;
- Reporter toute reconstruction simultanée de type lambeau (DIEP, TRAM, grand dorsal).

Notez qu'une chirurgie plus restreinte de type prothèse ou expenseur, lors de la mastectomie totale, n'est pas d'emblée contre-indiquée en tenant compte des avantages et des risques, et ceci chez des patientes choisies (exemples : pas de radiothérapie avant cette chirurgie, non-fumeuses).

Cette double procédure avec une équipe de deux chirurgiens allonge le temps opératoire cependant. Cette décision devra être adaptée selon la période de la pandémie, les disponibilités opératoires, les équipes et la prise en charge sécuritaire des complications qui peuvent survenir.

Les sous-types à traiter seront divisés selon le traitement qui s'en suit et leur urgence relative.

Cancer du sein triple négatif à visée curative

La chimiothérapie et la chirurgie sont nécessaires dans la plupart des cas.

Si la chimiothérapie néoadjuvante est jugée optimale, elle devrait être privilégiée, car en l'absence d'une rémission pathologique complète à la chirurgie, un traitement complémentaire ayant démontré une augmentation de la survie peut être considéré.

Un délai moins de 4 semaines est souhaité.

- Stade 1 :
 - Une chirurgie d'emblée, conservatrice ou non, est recommandée;
 - Amorcer la chimiothérapie adjuvante en moins de 8 semaines suivant la chirurgie.
- Stades 2 et 3 :
 - Privilégier une chimiothérapie néoadjuvante avec une taxane et une anthracycline;

- L'ajout de carboplatine n'est pas recommandé en période de pandémie COVID-19 pour limiter le risque de toxicité qui pourrait occasionner des visites additionnelles à l'hôpital;
- Utiliser le G-CSF de façon plus libérale chez les patientes à risque de neutropénie;
- Ne pas commencer de protocole de recherche avec immunothérapie comme l'atézolizumab et le pembrolizumab pendant cette période;
- Poursuivre les protocoles de recherche déjà en cours.
- Si une chimiothérapie néoadjuvante a déjà été amorcée avant la période COVID-19 et se termine durant la période COVID-19 :
 - La chirurgie devrait être priorisée;
 - La capécitabine n'est pas contre-indiquée durant cette période si avantageuse en traitement néoadjuvant.

Cancer du sein HER2 positif à visée curative

Comme le traitement systémique est indiqué chez la majorité des patientes, un traitement néoadjuvant de chimiothérapie et traitement ciblé devrait être privilégié. Encore chez ce sous-groupe, une rémission pathologique complète est un marqueur de meilleur pronostic et il peut y avoir modulation du traitement anti-HER2 en postopératoire lorsqu'une rémission complète à la pathologie n'est pas atteinte.

- Stade 1 :
 - Procéder à une chirurgie d'emblée, conservatrice ou non, dans un délai de moins de 4 semaines;
 - Débuter une chimiothérapie adjuvante dans les 6 à 8 semaines après l'opération;
 - Si le(s) ganglion(s) est/sont négatif(s) à la chirurgie, prioriser un traitement de taxol hebdomadaire x 12 et trastuzumab, sans anthracycline;
 - La décision de la durée (6 ou 12 mois) pourrait être faite en CDTC.
- Stades 2 et 3 :
 - Donner une chimiothérapie néoadjuvante avec thérapie ciblée anti-HER2, sauf si l'âge et les comorbidités ne le permettent pas;
 - Séquence d'anthracycline et taxane/trastuzumab;
 - TCH est une option raisonnable afin d'éviter une anthracycline;
 - Si le docétaxel est utilisé, associer un G-CSF pour éviter la neutropénie fébrile durant la période de la COVID-19;

- Réaliser la chirurgie entre 4 et 6 semaines après la fin de la chimiothérapie;
- Dans l'attente de la chirurgie, continuer le trastuzumab aux 3 semaines;

- Consensus de débiter TDM-1 si indiqué en postopératoire :
 - Note : le TDM n'est pas contre-indiqué, mais il comporte des risques de pneumopathie connus d'environ 1 %.
- Penser à débiter le traitement antihormonal si la radiothérapie est retardée en postopératoire.

- Si une chimiothérapie néoadjuvante a déjà été amorcée et se termine durant la période COVID-19, une chirurgie devrait devenir prioritaire et être réalisée dans un délai de moins de 6 semaines :
 - Dans l'attente de cette chirurgie, continuez le trastuzumab aux 3 semaines;
 - Consensus de débiter TDM-1 si indiqué en postopératoire :
 - Note : le TDM n'est pas contre-indiqué, mais il comporte des risques de pneumopathie connus.
 - Penser à débiter le traitement antihormonal si la radiothérapie était retardée en postopératoire.

Récepteurs hormonaux positifs à visée curative

Il est rare qu'un traitement endocrinien ne puisse être débuté si les récepteurs hormonaux sont positifs et le HER2 négatif.

Patiente préménopausée

Un traitement néoadjuvant endocrinien n'est actuellement pas considéré comme un traitement habituel chez ces patientes.

- Stade 1 et certains stade 2 sans ganglions atteints :
 - La chirurgie est le traitement habituel et elle devrait être réalisée en moins de 8 semaines;
 - Un traitement néoadjuvant endocrinien peut être amorcé si le délai appréhendé était trop long et cette chirurgie devrait être priorisée par la suite;
 - Réévaluation clinique rapprochée.

- Stade 2 avec ganglions positifs ou stade 3 en présence de tumeur avec caractéristiques non prolifératives :
 - La chirurgie d'emblée à réaliser dans un délai de moins de 8 semaines serait à considérer dans ce sous-groupe;

- Un traitement néoadjuvant endocrinien peut être amorcé si le délai de chirurgie était trop long et cette chirurgie devrait être priorisée par la suite;
- Réévaluation clinique rapprochée.
- Stade 2 avec ganglions positifs ou stade 3 en présence de tumeur agressive et caractéristiques prolifératives (grade 3, EVL+, niveau de positivité des RH) :
 - Une chimiothérapie devrait être débutée;
 - La chirurgie devrait être priorisée dans un délai de moins de 6 semaines à la suite de la chimiothérapie.

Patiente ménopausée

- Stades 1 et 2, sans ganglions atteints :
 - La chirurgie est le traitement habituel;
 - Pendant la période de la COVID-19, un traitement endocrinien néoadjuvant peut être débuté;
 - La patiente devrait avoir été vue et un examen clinique est recommandé pour pouvoir suivre la réponse clinique;
 - Un suivi téléphonique doit être fait après 6-8 semaines :
 - Pour s'assurer que le traitement est toléré;
 - Pour s'assurer qu'il n'y a pas d'augmentation rapide de la tumeur;
 - Pour devancer le rendez-vous en personne si une progression est suspectée.
 - Prévoir un rendez-vous en personne, 3 à 4 mois après le début du traitement endocrinien;
 - La chirurgie peut être retardée après la pandémie de COVID-19 et elle devrait être réalisée au plus 6 mois après le début du traitement.
- Stade 2 avec ganglions axillaires positifs et stade 3 :
 - Un traitement chirurgical est indiqué, mais il serait considéré moins prioritaire pendant la pandémie de COVID-19;
 - Un traitement endocrinien néoadjuvant peut être débuté si la chirurgie était retardée;
 - La patiente devrait être réévaluée de façon rapprochée pendant cette période (voir recommandations précédentes) et la chirurgie priorisée si non tolérante au traitement endocrinien ou en présence de symptômes suggérant une évolution de la maladie.
- Stade 3 non opérable et/ou indice de prolifération élevé présent (grade 3-ELV+++, récepteurs hormonaux œstrogéniques faibles ou progestatifs négatifs) :

-
- La chimiothérapie devrait être considérée (tenir compte de l'âge et des facteurs de comorbidité);

- Considérer une anthracycline et une taxane;
- Si le délai ou la condition de la patiente ne permettent pas une chimiothérapie, un traitement endocrinien est alors à débiter avec suivi rapproché;
- Une chirurgie est réalisée après le traitement si possible.

Cancer *in situ*

Pour la période de la COVID-19, les récepteurs hormonaux doivent être effectués sur les trocarts pour mieux orienter la décision.

- Une chirurgie peut être nécessaire si le carcinome canalaire *in situ* (CCIS) était associé à l'une des situations suivantes :
 - Tumeur palpable ou de grande taille ou multicentrique;
 - Grade élevé/comédonécrose;
 - Récepteurs hormonaux négatifs (car possibilité haute d'infiltrant).
- En présence de ces facteurs, le délai acceptable pour la chirurgie devrait être de moins de 3 mois (consensus);
- Un traitement endocrinien néoadjuvant n'est pas recommandé;
- Pour tous les CCIS sans les critères ci-haut mentionnés :
 - Le délai pour la chirurgie devrait être de moins de 6 mois (consensus);
 - Ne pas donner un traitement endocrinien néoadjuvant (consensus).

Cancer métastatique

Pour les indications relatives au cancer métastatique, vous reporter aux indications contenues dans le document *Recommandations et procédures spécifiques à l'administration de traitements systémiques pour la COVID-19 et la protection des personnes touchées par le cancer et des professionnels*.

www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/cancerologie/

Considérations particulières pour la radiothérapie

L'administration des traitements de radiothérapie sera affectée par la pandémie de COVID-19. Les absences anticipées du personnel (technologues, physiciens médicaux ou radio-oncologues) entraîneront une diminution de la capacité de traitement. De plus, le risque d'infection des patientes à la COVID-19 devra être évalué par rapport aux bénéfices oncologiques.

Le report des traitements sera préconisé selon la situation et pour certaines patientes opérées à faible risque de récurrence, la radiothérapie pourra être omise sans effet sur la survie globale.

Les schémas de radiothérapie hypofractionnée (comprenant moins de visites de traitement) seront à privilégier incluant l'irradiation partielle pour les patientes éligibles et la radiothérapie régionale (sur les aires ganglionnaires) hypofractionnée pour les cancers localement avancés.

Délai pour le début de la radiothérapie en période de pandémie COVID

Les pratiques et/ou évidences actuelles :

- Un délai jusqu'à 20 semaines peut être envisagé pour les cancers du sein de stade T1-2 N0-1 (Étude canadienne 2009);
- Pour les patientes avec chimiothérapie adjuvante, un délai de 8 semaines est généralement acceptable. En période de pandémie, il pourrait être adéquat de retarder jusqu'à un maximum de 12 semaines;
- Commencer un traitement endocrinien, lorsqu'indiqué, en attendant le début de la radiothérapie.

Omission de la radiothérapie

Carcinome canalaire in situ

Omission possible selon les données du RTOG9804, en fonction des critères suivants :

- < 2,5 cm, grade 1 ou 2, non palpable, marges de 3 mm et plus (mais selon les données chirurgicales 1-2 mm pourrait être adéquat) :
 - Risque de récurrence locale faible et pas de bénéfice de survie;
 - Caractéristiques patientes dans l'étude : taille médiane 5 mm, âge médian 58 ans.

Carcinome infiltrant

Omission possible pour les patientes de plus de 65 ans avec un cancer à bon pronostic :

- Tumeur jusqu'à 3 cm, N0, grade 1-2, RH +, HER-, marges négatives et prise d'un traitement endocrinien;
- Risque récurrence locale faible et pas de bénéfice de survie.

Doses et fractionnement possibles selon les techniques déjà établies dans le centre

En période de pandémie de COVID-19, avec des équipes qui pourraient être incomplètes, il serait préférable de privilégier des techniques déjà établies.

Radiothérapie hypofractionnée

- Sein seulement : considérer 40 Gy en 15 fractions;
- Irradiation locorégionale postchirurgie conservatrice ou mastectomie totale avec ou sans reconstruction :
 - Dans le contexte de la pandémie, considérer 40Gy en 15 fractions ou 42,56Gy en 16 fractions;
 - La dose de 42,56 Gy en 16 fractions (avec possibilité de 40 Gy en 16 fractions sur le champ sus-claviculaire/axillaire) est utilisée dans la majorité des études en cours (exemples : MAC.23, MA.39, RHEAL);
 - L'étude rétrospective du BCCA ne démontre pas d'augmentation de la toxicité (publié) et le résultat oncologique est similaire (abstract).
- Étude FAST Forward :
 - Irradiation du sein seulement : 26 Gy en 5 fractions une fois par jour. Majorité ≥ 50 ans. Données disponibles seulement pour toxicité à 3 ans. Publication probablement sous peu;
 - Groupe irradiation locorégionale : pas de résultats pour l'instant;
 - Une technique de « tangentes réduites » comme dans IMPORT LOW pourrait être utilisée avec le fractionnement du FAST Forward. Technique plus facile qu'une irradiation partielle traditionnelle.

Irradiation partielle (PBI)

- Pour les femmes avec caractéristiques suivantes selon le consensus de l'ASTRO 2017 : indiqué pour les ≥ 50 ans et CCIS ou T1 et tous les critères suivants : asymptomatique, grade 1-2, $\leq 2,5$ cm, marges négatives ≥ 3 mm;
- À évaluer aussi pour les femmes de 50 ans et plus avec caractéristiques suivantes selon consensus de l'ASTRO 2017 : « *cautionary* » : 1 des critères suivants : 2,1 cm à 3 cm, unifocal, marges < 2 mm, LVI focal, RH-, lobulaire infiltrant, CCIS pur ≤ 3 cm, CCIS extensif ≤ 3 cm.
- Technique et fractionnement de radiothérapie partielle :
 - Un traitement de 5 fractions est à privilégier pour diminuer le nombre de visites au centre : 27,5 Gy en 5 fractions (OPAR, technique 3D-CRT), 30 Gy en 5 fractions aux 2 jours (Florence, technique IMRT).

Radiothérapie hebdomadaire

- Radiothérapie sur tout le sein de 28,5 Gy en 5 fractions, une fraction par semaine, pour les femmes de plus de 50 ans, T1-2, N0 (étude FAST);
- Risque de récurrence idem à 10 ans, mais étude de toxicité.

Surdosage au lit tumoral

- Pour les CCIS :
 - Pas de littérature prospective appuyant l'ajout d'un surdosage.
- Pour les cancers infiltrants :
 - ≤ 40-50 ans : un surdosage devrait être effectué;
 - Pour les autres patientes, le surdosage au lit tumoral devrait être ajouté selon les facteurs de risque de récurrence;
 - Si surdosage, une dose de 10 Gy en 4 fractions est suggérée (ou 12,5 Gy en 5 fractions si marges positives);
 - Privilégier les surdosages en photons plutôt qu'en électrons.

BED et Doses équivalentes 2 Gy

* Pour le cancer sein, les études ont démontré que le α/β est d'environ 3 :

	$\alpha/\beta=3$	BED $\alpha/\beta=10$	Dose équivalente à 2Gy/fx	
			$\alpha/\beta=3$	$\alpha/\beta=10$
50Gy/25fx	83.33	60		
40.05Gy/15fx	75.69	50.74	45.42	42.29
42.56Gy/16fx	80.3	53.88	48.18	44.9

Radiothérapie néoadjuvante à dose unique pour le traitement des patientes atteintes d'un cancer du sein dans un contexte où la chirurgie ne peut être effectuée dans un délai raisonnable

Un avis rapide a été demandé à l'INESSS sur la question. Les recommandations sont à l'effet que l'INESSS :

- Estime que la radiothérapie néoadjuvante à dose unique est une approche expérimentale qui n'a pas été validée cliniquement dans une grande cohorte avec un traitement comparateur. L'efficacité et l'innocuité à moyen et à long terme sont inconnues.
- Rappelle que la chirurgie doit être privilégiée, si le bloc opératoire est disponible; sinon, que l'hormonothérapie néoadjuvante soit envisagée.

-
- Propose que la radiothérapie néoadjuvante à dose unique puisse être considérée pour les patientes présentant un cancer du sein de stade précoce à faible risque (taille < 3 cm, grade 1 ou 2, RH+, HER2-), seulement lorsque la chirurgie ne peut être effectuée, que l'hormonothérapie néoadjuvante n'a pas eu les résultats escomptés et que toutes les alternatives thérapeutiques ont été évaluées dans le contexte sanitaire actuel lié à la COVID-19.
 - Met en garde que la radiothérapie néoadjuvante à dose unique ne devrait être réalisée que dans les centres habilités (pratiquant de manière usuelle la radiothérapie stéréotaxique [SBRT]), en raison de la toxicité potentielle associée à la forte dose de radiothérapie.

L'avis complet sera disponible sur le site de l'INESSS : <https://www.inesss.qc.ca/covid-19.html>

Priorisation des chirurgies oncologiques

Tableau 1 : Priorisation des chirurgies oncologiques et délais **maximums** en période de COVID-19

Délai maximal adapté à la pandémie COVID-19	Indications chirurgicales
<i>Priorité 1 – délais habituels de moins de 2 semaines</i>	
≤ 4 semaines	<ul style="list-style-type: none"> • Tumeur triple négative pour chirurgie d'emblée • Tumeur HER2+ pour chirurgie d'emblée • Angiosarcome • Si échec et progression sous traitement néoadjuvant quel que soit le type de tumeur
<i>Priorité 2 – délais habituels de moins de 4 semaines</i>	
≤ 6 semaines	<ul style="list-style-type: none"> • Post traitement néoadjuvant • Triple négatif • HER2+ • Tumeur phyllode maligne • Patiente ayant eu une première chirurgie et en attente d'une seconde pour décision thérapeutique ou poursuite des trajectoires
≤ 8 semaines	<ul style="list-style-type: none"> • Patiente préménopausée stades 1-2-3 RH+HER2- non-candidate à un traitement néoendocrinien (et même si un tel traitement a été débuté) • Patiente ménopausée stade 2 avec ganglions + et stade 3 RH+HER- • Patiente avec chimiothérapie néoadjuvante complétée RH+/HER2-
Entre 12 semaines et 6 mois	<ul style="list-style-type: none"> • Cancer chez patientes ménopausées avec récepteurs hormonaux + de stades 1 et 2 sans ganglions atteints et chez qui une hormonothérapie a été débutée en raison de la période de COVID-19
≤ 3 mois	<ul style="list-style-type: none"> • CCIS haut risque
≤ 6 mois	<ul style="list-style-type: none"> • CCIS faible risque et lésions atypiques

Délais habituels recommandés d'accès à la chirurgie par le MSSS (hors COVID) : 90 % des chirurgies effectuées à l'intérieur de 28 jours et 100 % des chirurgies effectuées à l'intérieur de 56 jours.

Priorisation des traitements systémiques

Tableau 2 : Priorisation des traitements systémiques et délais **maximums** en période de COVID-19

Délai maximal adapté à la pandémie COVID-19	Indications de traitement systémique
≤ 4 semaines	<ul style="list-style-type: none">• Thérapie néoadjuvante HER2+• Thérapie néoadjuvante triple négatif
≤ 6-8 semaines	<ul style="list-style-type: none">• Thérapie néoadjuvante RH+ et HER2- chez patientes préménopausées• Thérapie adjuvante HER2+• Thérapie adjuvante triple négatif• Thérapie post néoadjuvante HER2+
≤ 8-10 semaines	<ul style="list-style-type: none">• Toutes autres thérapies adjuvantes

Les délais habituels recommandés d'accès aux traitements systémiques par le MSSS (hors COVID) : 90 % des traitements débutés à l'intérieur de 28 jours et 100 % traitements débutés à l'intérieur de 56 jours.

Personnes ayant contribué à la réalisation de ce guide :

Dre Louise Provencher, présidente du Comité de cancérologie mammaire du Programme québécois de cancérologie (PQC), chirurgienne oncologue, CHU de Québec – Université Laval (CHU de Québec – UL)

Dre Danielle Charpentier, oncologue médicale, cogestionnaire médicale du programme de cancérologie, Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)

Dr Jamil Asselah, oncologue médical, Centre universitaire de santé McGill (CUSM)

Dr Michael Yassa, radio-oncologue, Hôpital Maisonneuve-Rosemont

Dre Valérie Théberge, radio-oncologue, CHU de Québec – UL

Dre Catherine Prady, oncologue médicale, cogestionnaire médicale, du Centre intégré de cancérologie de la Montérégie et du Réseau de cancérologie de la Montérégie

Dr Michel Pavic, chef du service d'hémo-oncologie, Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

Dre Laurence Eloy, médecin-conseil, PQC

Dr Jean-François Boileau, chirurgien oncologue, Hôpital général juif

Dre Jocelyne Chiquette, médecin responsable, Centre de coordination des services régionaux de la Capitale-Nationale, Programme québécois de dépistage du cancer du sein

Dre Julie Lemieux, hémo-oncologue, CHU de Québec – UL

Dre Brigitte Poirier, chirurgienne oncologue, CHU de Québec – UL

Dr Rami Younan, chirurgien oncologue, CHUM

Dr Tarek Hijal, radio-oncologue, Centre universitaire de santé McGill

Mme Annick Dufour, pharmacienne, présidente du Comité de l'évolution de la pratique des soins pharmaceutiques (CEPSP)

Mme Mélanie Morneau, directrice de l'offre de soins et de services en cancérologie, PQC

Mme Sara Vaillancourt, conseillère en offre de soins et de services en cancérologie, PQC

Approuvé par : les membres du sous-comité clinique COVID-19 en cancérologie et adopté par le PQC.