

## Recommandations pour la priorisation des patients en contexte de pandémie de COVID-19 – Volet Cancers colorectaux

Recommandations en date du 15 avril 2020

### 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.

Les recommandations sont traitées par siège tumoral et modulées en fonction de la priorité clinique et leur application doit tenir compte du niveau d'activités en oncologie lorsqu'applicable. **Généralement, les premières recommandations s'appliquent au niveau d'activités 1 et 2. Des ajustements thérapeutiques sont proposés et ils peuvent s'appliquer au niveau d'activités 2 et 3, lorsque mentionnés. Un degré de flexibilité plus important (exemple : doubler les délais) pourrait être acceptable dans un contexte de niveau 3 ou 4. Lorsque les ressources sont disponibles, le traitement standard doit être privilégié.**

Une description des niveaux d'activités figure d'ailleurs dans le document : « Plan de délestage et niveaux d'activités 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/](http://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/](http://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;
  - 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 être 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.

### Méthodologie pour l'élaboration des recommandations spécifiques aux cancers colorectaux

Dans un premier temps, une recension sommaire des principales lignes directrices et prises de position par des associations et sociétés savantes en lien avec la priorisation des soins en contexte d'urgence sanitaire a été effectuée par les professionnels de l'INESSS (l'avis sera disponible sur le site de l'INESSS : <https://www.inesss.qc.ca/covid-19.html>). Un comité d'experts québécois spécialisés en cancers colorectaux a par la suite été formé pour discuter des informations extraites de la littérature et formuler, par consensus, des recommandations en lien avec la priorisation des soins. Le présent document a également été approuvé par les membres du sous-comité clinique COVID-19 en oncologie et adopté par le Programme québécois de cancérologie.

### Considérations générales pour les cancers colorectaux

- Chaque cas devrait être évalué dans son contexte et les cas incertains devraient être discutés au Comité du diagnostic et du traitement du cancer (CDTC) afin de déterminer la meilleure approche thérapeutique à préconiser en tenant compte des risques et des bénéfices.
- Les examens d'imagerie prévus en cours de traitement peuvent être retardés pour un délai maximal de 3-4 mois. Les examens de suivi post-traitement (adjuvant) peuvent être retardés jusqu'à un maximum de 12 mois, sauf dans le cas d'une surveillance active (*watch and wait*), où les examens devront être idéalement réalisés dans les 3 mois.
- Privilégier le suivi des patients par la cinétique des marqueurs tumoraux, sinon, à l'aide de l'examen clinique.

### Cancer du côlon localisé ou avancé (TxNxM0)

#### Cancer du côlon < T4, < N2

- La chirurgie à visée curative est le traitement standard et elle devrait être réalisée dans les délais appropriés (report maximal de 4 à 6 semaines).

- Si l'accès au bloc opératoire est limité (niveau 3) :
  - Cancer asymptomatique : la chirurgie pourrait être reportée jusqu'à un maximum de 8 semaines ; un dosage des marqueurs tumoraux (CEA) devra être réalisé avant la chirurgie et si une augmentation significative était observée, il est souhaitable de refaire un examen d'imagerie (TDM) avant la chirurgie ;
  - Cancer symptomatique : le report de la chirurgie jusqu'à un maximum de 2 à 4 semaines est acceptable, selon le jugement clinique du chirurgien.

#### Cancer du côlon, stade localement avancé (T4), ou $\geq$ N2

- Une chimiothérapie néoadjuvante pourrait être administrée afin de retarder la chirurgie.
- Les protocoles CapOX et FOLFOX sont indiqués ; ils présentent des bénéfices différents selon le contexte clinique (avantage d'administration et de fréquence pour le CapOX et meilleure tolérance générale pour le FOLFOX).

#### Cancer du côlon réséqué

- Une chimiothérapie adjuvante devrait être envisagée selon le protocole standard, en fonction du contexte clinique de la maladie :
  - Stade 2 : l'omission de la chimiothérapie adjuvante pourrait être discutée ;
  - Stade 3 : l'administration d'une chimiothérapie adjuvante devrait être envisagée si elle est indiquée. Le choix de la chimiothérapie à utiliser dépend du contexte clinique. Les options disponibles sont :
    - Capécitabine (patients plus âgés, comorbidités, neuropathie, absence d'instabilité des microsatellites) ;
    - CapOX (traitement de 3 mois, maladie à faible risque de récurrence) ;
    - FOLFOX (traitement de 6 mois, maladie à haut risque de récurrence).

#### Cancer du côlon obstructif, microperforé ou perforé

- Effectuer une chirurgie de manière urgente. Aucun délai n'est à envisager, quel que soit le niveau d'urgence sanitaire (niveaux 1 à 4).

### Cancer du rectum localisé

#### T1, N0

- La chirurgie à visée curative est le traitement standard et elle devrait être réalisée dans les délais appropriés (niveaux 1 et 2).

- Si l'accès au bloc est limité (niveau 3) et qu'il n'y a pas de facteurs de mauvais pronostic associés, la chirurgie pourrait être retardée et une réévaluation du stade tumoral devrait être réalisée dans les 6 à 8 semaines.

#### T2, N0

- La chirurgie oncologique à visée curative est le traitement standard et elle devrait être réalisée dans les délais appropriés (niveaux 1 et 2).
- Si l'accès au bloc est limité (niveau 3) :
  - Une radiochimiothérapie (*long-course*) à visée curative pourrait être administrée, suivie d'observation si une réponse clinique complète était obtenue ;
  - Dans l'impossibilité de réaliser un traitement de radiochimiothérapie, le protocole de radiothérapie de 25 Gy en 5 fractions (*short-course*) pourrait être envisagé et la chirurgie pourrait être reportée de 6 à 8 semaines.

#### T3, N0-N1 (sauf tiers distal et CRM+)

- Un traitement néoadjuvant pourrait être administré, en privilégiant le protocole de radiothérapie de 25 Gy en 5 fractions (*short-course*), plutôt que la radiochimiothérapie (*long-course*).
- Si l'accès au bloc est limité (niveau 3), une radiochimiothérapie à visée curative (*long-course*) pourrait être administrée ;
  - En présence d'une réponse clinique complète, la stratégie de surveillance active (*watch and wait*) avec un suivi rapproché pourrait être envisagée ;
  - Sinon, la chirurgie à visée curative devrait être réalisée dans un délai de 8 à 12 semaines maximum.

#### T4, N0-N1

- Une radiochimiothérapie néoadjuvante (*long-course*) pourrait être envisagée, suivie d'une chirurgie 6 à 12 semaines plus tard.
- Si les ressources sont limitées (niveau 3), une chimiothérapie néoadjuvante (CapOX, capécitabine) pourrait être envisagée, suivie d'une radiothérapie de 25 Gy en 5 fractions (*short-course*) ou d'une radiochimiothérapie néoadjuvante (*long-course*), puis d'une chirurgie 6 à 12 semaines plus tard, selon la réponse tumorale.
- Pour les patients dont le traitement néoadjuvant de radiochimiothérapie est terminé, qu'une réponse complète n'est pas obtenue et que l'accès au bloc opératoire est toujours compromis :
  - Considérer la chirurgie prioritaire si un délai de 14 semaines est dépassé ;

- En cas d'impossibilité, une réévaluation du stade tumoral devrait être effectuée aux 4 semaines ;
- L'administration d'une chimiothérapie pourrait être discutée (FOLFOX, CapOX, capécitabine) si la maladie présentait une progression.

#### T4, N2 (T3, N2 sans équivoque)

- Si les ressources sont limitées (niveau 3), une chimiothérapie néoadjuvante (CapOX, capécitabine) pourrait être envisagée, suivie d'une radiothérapie de 25 Gy en 5 fractions (*short-course*) ou d'une radiochimiothérapie néoadjuvante (*long-course*), puis d'une chirurgie 6 à 12 semaines plus tard, selon la réponse tumorale.

#### Tiers distaux et CRM rapprochés

- Un traitement de radiochimiothérapie (*long-course*) est privilégié.

#### Cancer du rectum avec occlusion

- Effectuer une chirurgie de diversion urgente (stomie). Aucun délai n'est à envisager, quel que soit le niveau d'urgence sanitaire (niveaux 1 à 4).

#### Cancer colorectal métastatique

- Un traitement systémique devrait être envisagé selon les protocoles conventionnels (niveaux 1 et 2).
- Les protocoles indiqués sont FOLFIRI, FOLFOX, CapOX, Caplri, avec ou sans thérapie ciblée (bévacicumab ou panitumumab).
- Si l'accès aux soins est limité (niveaux 3 et 4), les traitements associés à moins de visites à l'hôpital et les formes orales (capécitabine) devraient être envisagés.
- Les trichimiothérapies (FOLFOXIRI) sont à éviter ; le traitement Caplri peut nécessiter une réduction des doses initiales, en raison de la toxicité associée.
- En présence d'une maladie stable ou à progression lente, les traitements oraux (capécitabine) sont à privilégier avec suivi téléphonique. Si un traitement d'entretien est envisagé, la capécitabine (avec ou sans bévacizumab ou panitumumab) doit être privilégiée. Une pause thérapeutique de 2 mois ou plus selon l'évolution peut également être discutée.
- Pour les lignes de traitements subséquentes, les options thérapeutiques doivent être discutées selon la situation clinique.
- L'utilisation de trifluridine-tipiracil ou du regorafenib doit être considérée avec prudence.

## Cancer du canal anal

- Pour le cancer du canal anal localisé, le traitement standard de radiochimiothérapie devrait être envisagé. Les options disponibles de chimiothérapie associées à la radiothérapie sont la capécitabine ou le 5-FU associé à la mitomycine C.
- Privilégier le schéma capécitabine-mitomycine avec la radiothérapie au lieu du 5-FU en perfusion continue.

## Carcinomes in situ, polypes

- La chirurgie pourra être retardée jusqu'à la fin de la pandémie pour les carcinomes *in situ* ou toute autre lésion précancéreuse et les polypes bénins ou malins.

---

### **Document élaboré par :**

Dr Jamil Asselah, oncologue médical, Centre universitaire de santé McGill – Site Glen / Hôpital Royal Victoria

Dre Francine Aubin, hématologue et oncologue médical, Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)

Dre Laurence Bernier, radio-oncologue, CHU de Québec – Université Laval (CHU de Québec – UL) / Hôtel-Dieu de Québec

Dre Marylise Boutros, chirurgienne générale, Hôpital général juif

Dr Alexis Bujold, radio-oncologue, CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal / Hôpital Maisonneuve-Rosemont

Dr Félix Couture, hématologue et oncologue médical, CHU de Québec – UL / Hôtel-Dieu de Québec

Dre Carole Richard, chirurgienne générale et colorectale, CHUM

Dr Benoit Samson, hématologue et oncologue médical, CISSS de la Montérégie-Centre / Hôpital Charles-Le Moyne

Mme Anne-Julie Rancourt-Poulin, conseillère, Programme québécois de cancérologie (PQC)

M. Oronzo De Benedictis, conseiller, PQC

Dre Laurence Eloy, médecin-conseil, PQC

Mme Caroline Riou, conseillère, PQC

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

### **Avec la collaboration de :**

Mme Camille Lehuédé, professionnelle scientifique, Unité d'évaluation en cancérologie, INESSS

M. Jim Boulanger, coordonnateur scientifique de l'Unité d'évaluation en cancérologie, INESSS