



**QUESTIONS ET REPONSES DE LA SFED  
SUR ENDOSCOPIE DIGESTIVE ET COVID-19 :  
QUEL EST LE DELAI ACCEPTABLE OU NON POUR LA REALISATION  
D'EXAMENS A VISEE DIAGNOSTIQUE EN CANCEROLOGIE DIGESTIVE ?**

**9 avril 2020**

**Introduction**

L'épidémie de COVID-19, en France et dans le Monde, désorganise les systèmes de soins. La prise en charge d'un afflux de patients massif et brutal a imposé dans chaque région sous l'égide des ARS une restructuration des établissements et une focalisation des moyens techniques et humains vers les patients infectés et en particulier la mobilisation des anesthésistes-réanimateurs vers les unités de réanimation. La réalisation des examens endoscopiques est fortement perturbée et des délais apparaissent. Les personnes sont invitées à ne consulter que pour des symptômes urgents, ce qui est un facteur de retard dans le diagnostic et le suivi des patients atteints de cancer. En France, pendant la période de confinement, si on considère qu'il existe environ 70 000 cas annuels incidents de cancers digestifs c'est environ 11 000 patients pendant 2 mois qu'il faudra prendre en charge, en évitant toute perte de chance, dans la mesure du possible, par rapport à une situation normale pendant cette période. Face aux perturbations du système de soins et au risque de transmission du SARS-CoV-2, la *British Society of Gastroenterology (BSG)* considère que le risque d'être délétère en cas de report de 6 semaines d'un examen endoscopique (non urgent et qui normalement doit être réalisé dans les 2 semaines, pour suspicion de cancer et FIT+) concerne très peu de patients. Dans la mesure où les délais pour réaliser un acte chirurgical sont allongés, elle recommande une pause de 6 semaines pendant laquelle une priorisation des examens à reprogrammer peut être réalisée au cas par cas. Le dépistage national du cancer colo-rectal (CCR) est interrompu en Grande-Bretagne. Les courriers d'invitation au programme français de dépistage du CCR sont suspendus. L'ESGE (1) recommande de décaler les examens non urgents au regard des ressources humaines et matérielles et des contraintes sanitaires locales puis de les prioriser en fonction du bénéfice-risque de pathologie digestive et d'infection par le SARS-CoV-2.

**1- Données concernant la population atteinte de cancer**

Liang et al. (2) ont été les premiers à évaluer l'impact de l'épidémie de SARS-CoV-2 sur la prise en charge des patients atteints de cancer. Cette étude est discutable mais fait ressortir un nombre plus important d'infections SARS-CoV-2 chez les patients cancéreux, avec une plus forte proportion de formes sévères en particulier en cas de cancer pulmonaire. Ces données ressortent dans une étude plus vaste du centre universitaire de radiothérapie et d'oncologie de la province du Wuhan réalisée entre décembre 2019 et février 2020, qui suggère un risque 3 fois plus élevé d'infection par le SARS-CoV-2, de formes graves

5 fois plus élevé (10 %) et un risque de décès 8 fois supérieur (25 %) chez les personnes atteintes de cancer par rapport à la population générale (3).

Des équipes italiennes (4,5) ont décrit les conséquences de la désorganisation du système de soins sur la prise en charge des patients non infectés par le SARS-CoV-2, en particulier en Lombardie. Sans pouvoir en évaluer les conséquences en termes de survie et de qualité des soins, des décisions de traitement alternatif à la chirurgie chez des patients à un stade précoce ou avancé ont été prises, et les patients nécessitant des soins intensifs post-opératoires ont été regroupés dans des centres de soins tertiaires (6). En Chine, Whang H et Zhang L (7) ont mis en évidence l'incapacité du système de soins à délivrer les soins médicaux et chirurgicaux nécessaires aux patients atteints de cancer.

La FFCD a ouvert une cohorte (GCO-02 CACOV19), avec 5 groupes coopérateurs, le 3 avril 2020, afin de recueillir des données sur les caractéristiques de l'infection chez les personnes atteintes de cancer digestif ainsi que l'impact sur la prise en charge thérapeutique. Le TNCD (8) a adapté la prise en charge des cancers digestifs à la situation épidémique actuelle ; certains délais peuvent apparaître acceptables voire recommandés en cas de morbi-mortalité chirurgicale importante, comme pour la DPC ou la chirurgie hépatique lourde pour métastases de CCR. Les personnes suspectes de cancers doivent donc être diagnostiquées autant que possible afin que la balance bénéfice-risque d'une prise en charge adaptée au type de cancer soit évaluée.

## **2- Risques et conséquences d'un report**

Le TNCD recommande, en situation normale, le délai le plus court possible pour la prise en charge thérapeutique. En cas de cancer, le retard diagnostique expose à une altération du pronostic et une augmentation de la morbi-mortalité opératoire si la chirurgie est différée (dénutrition, complications péri-opératoires).

La survie à 3 et 10 ans est diminuée si le traitement d'un cancer du côlon débute plus de 90 jours après le diagnostic (9). Le délai habituellement recommandé est de moins de 6 semaines pour le traitement du cancer du côlon (10).

La perte de poids est un critère pronostic avéré, et en particulier dans le cancer de l'œsophage, pour lequel une perte supérieure à 15 % de poids non récupéré par l'assistance nutritionnelle est une contre-indication relative à la chirurgie (10). Une perte de moins de 10 % du poids doit être un objectif dans la prise en charge globale afin de ne pas exposer le patient à une perte de chance importante.

## **3- Risques de réaliser un examen endoscopique sans le différer**

Les structures de soins et le personnel sont actuellement, et le plus souvent, réorganisés vers une prise en charge des patients COVID+. Des recommandations de protection du personnel ont été publiées par la SFED. L'efficacité de ces mesures de protection pour réduire le risque de transmission patient/soignant et soignant/patient n'est pas encore suffisamment évaluée pour pouvoir quantifier précisément le risque mais il semble que les mesures de protection du personnel médical et non médical soient associées à un risque plus faible de transmission du COVID.

L'activité d'endoscopie digestive par l'exposition des voies respiratoires est un facteur de transmission de l'infection dans la population générale. La réalisation d'examens endoscopiques expose aux risques suivants :

- transmission du SARS-CoV-2 aux patients qui entrent dans un environnement à risque élevé (patients hospitalisés dans l'établissement COVID+, personnel soignant, respect des mesures d'hygiène et moyens à disposition pour les respecter) ;
- transmission aux soignants d'une forme pauci-symptomatique non diagnostiquée. Dans une première publication à Wuhan, 29 % des personnes infectées appartenaient au personnel soignant (10) ;
- risque que les ressources chirurgicales, de soins intensifs post-opératoires et de réanimation soient réduites en cas de complications de l'endoscopie digestive ;
- risque plus élevé d'infection grave et de décès chez les patients de plus de 60 ans, avec co-morbidités et cancer.

#### 4- Cas particuliers

**Cancer de l'œsophage.** Dans le TNCD (10), la radio-chimiothérapie est privilégiée, et l'intervention peut être décalée, en particulier si un abord thoracique est nécessaire et en cas de réponse complète à la radio-chimiothérapie la chimiothérapie pré-opératoire peut être prolongée. En revanche, l'existence d'une dysphagie et un amaigrissement, qui sont fortement pronostiques, incitent à ne pas décaler la prise en charge (chirurgicale), ou de permettre une réalimentation (gastrostomie, prothèses) sans délai.

**Cancer du pancréas.** L'ictère par obstruction fait partie des urgences. Le TNCD (10), sur avis d'experts recommande de décaler la chirurgie d'une tumeur résécable/borderline selon la localisation tumorale (DPC *versus* spléno-pancréatectomie gauche moins morbide), les possibilités locales et l'évolution de l'épidémie. Une chimiothérapie d'attente peut être discutée en RCP si la preuve histologique est obtenue. Dans ces cas, l'écho-endoscopie avec ponction pour l'obtenir peut s'avérer nécessaire sans délai. En cas de résécabilité possible sur le scanner, le bilan nécessaire doit être réalisé afin de ne pas laisser évoluer une lésion potentiellement curable.

**Cancer colo-rectal.** La chirurgie est recommandée avec un délai normal en dehors de tumeurs > T4 (chimiothérapie d'attente possible ; dans ce cas, la coloscopie doit être réalisée pour preuve histologique) et des sujets fragiles dont le bénéfice-risque de l'intervention doit être évalué en staff. En cas de suspicion clinico-biologique de CCR, la coloscopie doit être réalisée avec le délai le plus court possible chez un patient à risque (âge supérieur à 60 ans, co-morbidités, altération de l'état général). Une coloscopie virtuelle ou un scanner TAP en première intention permettent par la suite de prioriser ou non la coloscopie. Après radio-chimiothérapie pour cancer du rectum, la chirurgie peut être décalée jusqu'à 11 semaines, et par conséquent le bilan d'évaluation également.

**GIST.** En cas de suspicion, la chirurgie peut être décalée et, en fonction du délai, un traitement d'attente peut être entrepris (10).

**Test FIT+.** Le risque de cancer avéré est de 6 %. Dans 50 % des cas, il existe un polype dont le traitement peut être éventuellement différé. Un décalage de la coloscopie de 6 semaines ne paraît pas exposer à une perte de chance excessive. En cas de signes cliniques ou de rectorragies suspectes, la coloscopie peut être réalisée ; en cas d'impossibilité, une coloscopie virtuelle par scanner, une vidéo-capsule ou une recto-sigmoïdoscopie peuvent être réalisées. Certains patients, très inquiets, ne supporteront pas la moindre attente ; d'autres, moins inquiets, admettront sans difficulté un report de 6 semaines.

## 5- Synthèse et recommandations

En dehors des situations d'urgences précisées par la SFED, le maintien des indications de l'endoscopie en cas de suspicion de cancer digestif doit prendre en compte les données ci-dessus, la situation de l'établissement (organisation, niveau de risque de transmission du SARS-CoV-2) et les possibilités locales de prise en charge du cancer. Les secteurs public et privé et les différentes filières de soins doivent collaborer et mettre en commun leurs ressources dans l'intérêt du patient et pour une prise en charge optimale sur le territoire.

Il est recommandé :

- en cas de forte suspicion de cancer, si la situation locale le permet, de ne pas décaler des actes diagnostiques essentiels pour guider la prise en charge thérapeutique ;
- d'établir, par service ou praticien, une liste des examens non urgents qui ont été déprogrammés ou qui sont à programmer, et de les prioriser en fonction du risque de diagnostiquer un cancer en particulier ou une autre pathologie grave ;
- de décider de la priorisation des examens à réaliser en commission de bloc opératoire, de manière à allouer les ressources médico-chirurgicales au cas par cas ;
- de prendre en compte l'âge et les co-morbidités du patient afin de ne pas l'exposer à un risque d'infection grave ou de décès, en fonction des conditions de sécurité vis-à-vis du SARS-CoV-2 qui ont pu être mises en place ;
- en cas de suspicion clinico-biologique de cancer, un scanner TAP permet de préciser si une exploration endoscopique doit être réalisée en priorité ;
- de prendre en compte les recommandations du TNCD en situation d'épidémie de SARS-CoV-2 récemment publiées dans les reports d'indications endoscopiques lorsque la chirurgie peut ou doit être reportée ;
- une coloscopie pour un test FIT+ peut être décalée de 6 semaines sans exposer à une perte de chance excessive s'il n'y a pas de signe clinico-biologique de CCR.

## Références

- 1- <https://www.esge.com/esge-and-esgena-position-statement-on-gastrointestinal-endoscopy-and-the-covid-19-pandemic/>
- 2- Liang W, Guan W, Chen R et al. Cancer patients in SARS-Cov-2 infection: a nationwide analysis in China. *Lancet Oncol.* 2020; 21: 335-337.
- 3- Yu J, Ouyang W, Chua ML. SARS-CoV-2 transmission in patients with cancer at a tertiary care hospital in Wuhan, China. *JAMA Oncol.* Published online March 25, 2020. doi:10.1001/jamaoncol.2020.0980).

- 4- Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana GU Serie Generale n 59 del 08/03/2020 <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2020/03/08/20A01522/sg> (date accessed: Mar 11 2020).
- 5- Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana GU Serie Generale n 64 del 11/03/2020 [https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie\\_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=2020-03-11&atto.codiceRedazionale=20A01605&elenco30giorni=false](https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=2020-03-11&atto.codiceRedazionale=20A01605&elenco30giorni=false).
- 6- Pellino G, Spinelli A. How COVID 19 outbreak impacting colorectal cancer patients in Italy: a long shadow beyond infection. *Dis Colon Rectum*. Publish ahead of print.
- 7- Whang H, Zhang L. Risk of COVID-19 for patient with cancer. *Lancet Oncol*. 2020 Mar 3. pii: S1470-2045(20)30149).
- 8- <https://www.snfge.org/content/21-prise-en-charge-des-cancers-digestifs-en-fonction-de-la-situation-epidemie-covid-19>
- 9- Roder D, Karapetis CS, Oliver I et al. Time from diagnosis to treatment of colorectal cancer in a South Australian clinical registry cohort: how it varies and relates to survival. *BMJ open* 2019; 9: e031421.
- 10- <https://www.snfge.org/tncd>
- 11- Kucekko RJ, Holleran TJ, Stein DE, Poggio JL. How should patient with colon cancer undergo definitive resection. *Dis Colon Rectum* 2020; 63: 172-182.
- 12- Wang D, Hu B, Hu C et al. Clinical characteristics of 138 hospitalized patients with 2019 novel coronavirus-infected pneumonia in Wuhan, China. *JAMA* 2020; 323: 1061-1069.