

Digestif haut

Pandémie COVID-19

Guide de référence pour traitements en radiothérapie – Digestif haut

*Ces guides ont été conçus en réponse à la pandémie de COVID19. L'objectif est d'exposer les radiooncologues à des façons de faire et à des protocoles pouvant être appliqués en clinique. Ils ont été rédigés rapidement par des membres experts de l'AROQ. Il ne s'agit pas de lignes directrices, mais d'un outil pour répondre aux besoins de notre clientèle en temps de crise.

Œsophage thoracique

- En contexte curatif, il est préférable d'éviter l'hypofractionnement. Discussion en réunion multidisciplinaire (visioconférence) à privilégier.
 - Pour les adénocarcinomes de l'œsophage distal et de la jonction gastro-oesophagienne, une alternative à la radiothérapie est la chimiothérapie péri-opératoire (FLOT). Quand la radiothérapie néo-adjuvante est nécessaire, favoriser le régime CROSS (41.4Gy en 23 fractions) si le patient est opérable. Si un hypofractionnement est nécessaire, il est possible de faire comme le protocole Walsh (NEJM1996), soit 40Gy en 15 fractions.
 - Pour les carcinomes épidermoïdes, le régime CROSS est adéquat si le patient est opérable. Si le patient n'est pas opérable, ou si l'option de ne pas opérer advenant une réponse clinique complète soit envisagée, 50Gy en 25 fractions est raisonnable et suffisant.
- En palliation, l'hypofractionnement est favorisé. La dose dépend du jugement clinique, de l'état de performance du patient, son âge, ses comorbidités et les symptômes à pallier. Pour la dysphagie, chez les patients avec un bon état de performance et un fardeau métastatique relativement petit, nous favorisons tout de même une dose égale ou supérieure à 30Gy en 10 fractions. 20Gy en 5 fractions est adéquat mais parfois insuffisant pour la dysphagie, c'est donc à voir selon jugement clinique. Une dose de 8Gy en 1 fraction est aussi possible, par exemple chez les personnes âgées.

Estomac

- Si une irradiation palliative à l'estomac est indiquée purement dans un contexte de saignement, le régime de 8 Gy en 1 fraction serait à privilégier. Les régimes de 20 Gy en 5 fractions et 30 Gy en 10 fractions seraient à considérer dans un autre contexte palliatif.

- Il n'y a pas d'indication pour l'hypofractionnement dans le contexte de traitement adjuvant. Idéalement, si le patient a eu une chirurgie adéquate incluant un bon échantillonnage ganglionnaire (D2 au moins), même s'il n'a pas eu de chimiothérapie néo-adjuvante, il serait adéquat dans le contexte actuel d'omettre une radiothérapie adjuvante et de favoriser une chimiothérapie seule (FLOT) adjuvante.

Foie

- Si une irradiation palliative pour le foie est indiquée dans le contexte de métastases multiples symptomatiques, le régime de 8 Gy en 1 fraction au foie entier serait à privilégier. Comme alternative à la radiothérapie, les traitements systémiques et la gestion de symptômes par soins de support seraient à considérer.
- Les traitements de SBRT pour métastase hépatique, carcinome hépatocellulaire et cholangiocarcinome devraient être considérés au cas par cas, après évaluation des autres options de traitements et idéalement, après discussion multidisciplinaire.

Pancréas

- L'utilisation de la radiothérapie demeure controversée dans tous les contextes de néoplasie pancréatique (autant en néoadjuvant, adjuvant et localement avancé non résécable). Plusieurs études n'ont pas démontré d'avantage à la radiothérapie comparativement à la chimiothérapie. Dans le contexte actuel de pandémie de coronavirus, nous croyons que l'utilisation de la chimiothérapie devrait être favorisée en raison du bénéfice clinique et en raison de la diminution du nombre de visites du patient à l'hôpital.
- Le traitement des cancers du pancréas par SBRT demeure en investigation. Dans le contexte actuel, il n'apparaît pas raisonnable d'offrir cette option.