

Recommandations d'activité dans les services de chirurgie viscérale et digestive de l'AP-HP au stade 3 de l'épidémie COVID-19

Version 1 – 24 mars 2020

Groupe de travail : Jérémie Lefevre (Saint Antoine), Pierre Cattan (St Louis), et Olivier Soubrane (Beaujon) pour la Collégiale de chirurgie viscérale et digestive de l'AP-HP

L'épidémie COVID-19 a imposé une redistribution majeure des moyens dédiés à notre activité chirurgicale avec une diminution des lits d'hospitalisation et de soins critiques réorientés vers l'accueil des patients infectés. En outre une proportion très importante des anesthésistes – réanimateurs et du personnel non médical, a été réaffectée pour la prise en charge des malades COVID-19 +. A terme, une pénurie de consommables dédiés à l'anesthésie et la réanimation peut apparaître. Cela nous a conduit à réduire considérablement notre activité.

Comme le cancer, l'acte chirurgical en lui-même est considéré comme un facteur de risque de forme grave d'infection au coronavirus et de décès. C'est pourquoi il apparaît nécessaire de proposer des éléments de réflexion sur la prise en charge chirurgicale de nos malades, afin que l'épidémie en cours n'affecte pas, dans la mesure du possible, leur pronostic, particulièrement pour ceux atteints de cancer.

Les membres du groupe de travail ont consulté les chirurgiens des principaux centres de chirurgie digestive d'Ile de France. Ces chirurgiens insistent sur la notion d'urgence oncologique relative des cancers digestifs et de potentielle perte de chance en cas de retard de plusieurs semaines dans leur prise en charge chirurgicale.

Ces recommandations sont rédigées alors que nous sommes dans la phase 3 de l'épidémie (pic). Elles sont donc modulables en fonction du temps et des disponibilités locales.

1. Recommandations d'ordre général :

- Compte tenu des répercussions d'un statut COVID + pour le patient lui-même et pour la structure de soins qui l'accueille, il est souhaitable de dépister l'infection pour tout patient susceptible d'être opéré, dans la mesure du possible. Cette recherche doit être systématique (PCR ou TDM thoracique) chez les patients opérés de cancer.
- La tendance actuelle est de transférer toutes les pathologies chirurgicales ne nécessitant pas une prise en charge spécifique dans des structures privées ou PSPH, afin de permettre aux structures plus importantes de prendre en charge les patients nécessitant de la réanimation. Cependant, il est préférable de ne pas transférer des patients COVID + dans des structures de soins relativement épargnées par l'épidémie. De la même manière, il est préférable de définir des sites COVID+ où pourraient être préférentiellement pris en charge les patients infectés.
- Toute intervention déprogrammée doit faire l'objet d'une traçabilité en définissant un degré d'urgence afin de faciliter la reprogrammation en sortie d'épidémie. La nécessité d'une reprogrammation d'une consultation d'anesthésie préopératoire (qui

- a souvent eu déjà lieu avant la déprogrammation) doit aussi être colligée, en raison de l'encombrement potentiel des consultations d'anesthésie en sortie de crise.
- Toutes les interventions programmées pour pathologies bénignes non urgentes doivent être reportées *sine die*, en dehors des pathologies exposant à un risque de complication imminente.

2. Urgences chirurgicales

Depuis le début de l'épidémie, les urgences chirurgicales dans les hôpitaux publics semblent s'être raréfiées. Les raisons peuvent en être multiples : transfert vers des centres privés ou PSPH, retard ou non-consultation en raison du confinement et/ou peur de se déplacer à l'hôpital. Cette situation pourrait être à l'origine d'une recrudescence de formes cliniques sévères pouvant exposer à une surmortalité. Lorsqu'elles se présentent, les urgences chirurgicales doivent être prises en charge sans retard et de manière prioritaire.

3. La transplantation hépatique

Les 3 programmes de transplantation hépatique (Beaujon, Paul Brousse et Pitié) restent opérationnels en privilégiant les greffes les plus urgentes. La réalisation d'un dépistage de SARS-CoV-2 est souhaitable chez le donneur et le receveur juste avant la greffe qui serait contre-indiquée en cas de positivité mais elle se heurte à la disponibilité de la RT-PCR selon les sites et à la sensibilité de la technique chez les malades asymptomatiques. L'alternative serait la réalisation d'un scanner thoracique pré opératoire immédiat.

L'évolution de l'épidémie COVID-19 peut réduire de façon considérable le nombre de lits dans les structures de soins critiques « COVID-free » nécessaires à la phase post-opératoire précoce de la transplantation. Une telle situation pourrait nécessiter de mutualiser les moyens de transplantation et de sanctuariser un seul site de greffe à l'AP-HP.

4. La cancérologie digestive : recommandations par organe

D'une façon générale, tous les moyens doivent être mis en œuvre pour ne pas compromettre les stratégies thérapeutiques et les chances de guérison chez les malades atteints de cancer digestif avec indication de résection chirurgicale établie en RCP. Ce principe doit néanmoins tenir compte des moyens disponibles notamment en termes de soins critiques post-opératoires, des comorbidités des patients, comme du risque majoré de complications sévères et de décès lié au COVID 19 chez les patients atteints de cancer et opérés. Des solutions alternatives temporaires existent parfois. L'existence de traitements d'attente et leurs résultats attendus doivent faire l'objet d'un examen attentif.

Les principes généraux suivants s'appliquent à tous les types de cancer :

- En fonction des situations locales, limiter autant que possible les interventions qui nécessitent un séjour post-opératoire en réanimation

- Reporter les interventions des patients chez lesquels ce report n'altère pas le pronostic. Sélectionner les cas pour lesquels le rapport bénéfice/risque associé à l'intervention est le plus favorable (type de cancer - statut tumoral - réponse au traitement néo-adjuvant - espérance de vie)
- Le statut COVID+ doit inciter à la prudence avant de programmer une chirurgie oncologique
- Assurer une traçabilité des reports d'interventions.

a. Cancer de l'œsophage (ADK et épidermoïde)

La principale limite à la réalisation d'une oesophagectomie (avec ou sans thoracotomie) dans le contexte actuel est la nécessité d'une hospitalisation prolongée en réanimation après l'intervention. Il est recommandé dans tous les cas de débiter un traitement par radio chimiothérapie pour les adénocarcinomes et les carcinomes épidermoïdes. En cas de réponse clinique complète, une surveillance sera instaurée avec oesophagectomie de sauvetage en cas de récurrence au décours de l'épidémie. En cas de réponse partielle, le délai après radio chimiothérapie pourra être prolongé jusqu'à 12 semaines. Il est cependant préférable d'attendre la phase 4 de l'épidémie (décrue) pour reprogrammer cette intervention, selon les conditions locales.

b. Cancer de l'estomac et de la jonction oeso-gastrique

La même politique de report de l'intervention doit s'appliquer en cas de nécessité prévisible d'une réanimation post-opératoire après gastrectomie (anastomose intra-thoracique par thoracotomie, exérèse élargie, comorbidités). Dans les autres cas, il est préférable de trouver une solution d'attente pour reporter la chirurgie à la phase 4 de l'épidémie : chimiothérapie néo adjuvante jusqu'à 8 cures.

c. GIST gastrique

Selon la taille de la lésion et le délai prévisible d'attente de la chirurgie attendue sans traitement ou traitement d'attente par imatinib, jusqu'à la phase 4 de l'épidémie (décrue) avant de programmer une résection chirurgicale.

Si chirurgie complexe ou lésion difficilement résécable, traitement par imatinib

d. Cancer colorectal non métastatique :

Les résections pour cancers localisés réalisées selon les bonnes pratiques actuelles (réhabilitation améliorée, voie d'abord laparoscopique...) permettent à la quasi-totalité des patients de ne pas passer en unité de soins critiques avec une hospitalisation comprise entre 3 et 5 jours.

Il n'y a pas de place pour une chimiothérapie d'attente qui n'est fondée sur aucune donnée scientifique et expose à des complications propres à la tumeur en cas de progression et à la pandémie actuelle de Covid-19.

Ils proposent donc en accord avec les recommandations du TNCD (Chapitre 21 du 23/03/2020) de maintenir les indications actuelles de résections colorectales curatives :

- Cancer colique cT1-T3Nx : résection immédiate
- Cancer colique localement avancé (cT4) : chimiothérapie néo-adjuvante
- Cancer en occlusion : stomie d'amont en urgence puis chimiothérapie ou chirurgie différée après l'épidémie.
- Cancer rectal sans indication de radiothérapie : résection immédiate. Cancer après radio-chimiothérapie longue : résection entre 7-12 semaines. Au-delà, le risque de complication et de difficulté opératoire augmente.

e. Métastases hépatiques de cancer colo-rectal

- Les métastases facilement résécables (classe 1) ayant déjà reçu une chimiothérapie d'induction, ou sans indication de chimiothérapie néo-adjuvante : résection hépatique sans délai en privilégiant les résections limitées par laparoscopie. En cas de report de nécessité, poursuite de la chimiothérapie et programmation prioritaire lors de la reprise d'activité.
- Les métastases d'exérèse complexe (classe 2), notamment les deux temps classiques et ALPPS : discussion au cas par cas selon l'urgence oncologique et les ressources locales. En cas d'arrêt de programmation, poursuite de la chimiothérapie.

f. Carcinome hépato-cellulaire

- Le petit CHC unique avec indication d'ablation per-cutanée ou de résection chirurgicale doit être traité sans délai en privilégiant pour la chirurgie la résection limitée par laparoscopie
- Le gros CHC doit être opéré sans délai, éventuellement après préparation si nécessaire pour une résection majeure. En cas d'arrêt de programmation, inscription en priorité à la réouverture des blocs.

g. Cholangiocarcinomes

- Le cholangiocarcinome intra-hépatique unique et résécable doit être opéré d'emblée sans délai. Les formes résécables mais de mauvais pronostic (par exemple multi nodulaires ou N+) peuvent être traitées par chimiothérapie d'induction
- Le cancer de la vésicule doit être réséqué d'emblée pour dans les formes précoces localisées à la vésicule. Les formes évoluées sont traitées par chimiothérapie palliative
- Le cholangiocarcinome péri-hilaire doit avoir la prise en charge habituelle avec drainage biliaire en cas d'ictère, embolisation portale en cas d'exérèse élargie. La morbidité post-opératoire élevée de ces interventions implique de disposer

de ressources de soins critiques pour décider de la meilleure date opératoire.
En cas d'arrêt de la chirurgie programmée, report en priorité dès la reprise

- Les cholangiocarcinomes distaux ont les mêmes indications que les cancers de la tête du pancréas

h. Les tumeurs hépato-biliaires rares

Elles doivent faire l'objet d'une analyse collégiale au cas par cas en tenant compte de la co-morbidité des malades, de l'étendue de la résection et de sa morbidité post-opératoire, de la disponibilité de lits de soins critiques, de l'existence de traitements d'attente ou alternatifs.

i. Les cancers du pancréas

- Les adénocarcinomes résécables d'emblée peuvent être candidats à une chimiothérapie néoadjuvante, stratégie non validée mais paraissant raisonnable à la communauté des chirurgiens HPB. En revanche, les malades ayant déjà eu leur chimiothérapie néoadjuvante, a fortiori si elle a été complétée par une radiothérapie, doivent être opérés dans les délais habituels dans la mesure du possible.
- Les tumeurs neuro-endocrines, les petits cancers sur TIPMP et les petits cancers de la région ampullaire peuvent le plus souvent être réséqués de façon différée après discussion collégiale au cas par cas.

5. Évolution de la situation

Plusieurs problèmes sont à envisager :

1. L'aggravation de l'épidémie et la diminution des ressources chirurgicales risquent de conduire à court terme à l'arrêt de toute activité chirurgicale programmée, y compris oncologique. Ce scénario, doit amener les chirurgiens à envisager et préparer :
 - a. Le transfert d'activité pour les interventions « simples » pour lesquelles nos plateaux techniques n'apportent pas de valeur ajoutée (exemples : côlon simple, résection hépatique limitée pour méta ou CHC, pancréatectomie gauche).
 - b. La mutualisation dans un ou deux centres de l'AP disposant de lits critiques COVID-free pour les actes plus lourds (exemple : proctectomie, oesophagectomie, hépatectomie majeure, DPC, transplantation hépatique).
2. Anticiper la phase 4 de retour à une activité « normale » qui sera longue avec des personnels ayant besoin de repos. Elle posera plusieurs problèmes :
 - a. Les interventions reportées ne pourront être réalisées que sur une période assez longue
 - b. Il existe donc un risque de saturation potentielle en raison de la fatigue des PM et PNM post-épidémie.

- c. La hiérarchisation des interventions à reprogrammer en priorité doit déjà faire l'objet de discussion au sein des équipes pour préparer au mieux cette phase.

Exemples de règles de désescalade / patients à reprogrammer en priorité

- A. Tumeurs primitives localisées – priorisation en fonction de
 - 1. la symptomatologie
 - 2. la nécessité d'une expertise spécifique (activité non transférable)
 - 3. du risque chirurgical
 - 4. de l'impossibilité de prolonger le traitement préopératoire, ou le délai après traitement

- B. Tumeurs métastatiques - priorisation en fonction de
 - 1. la tolérance du traitement et des possibilités d'allonger la durée du traitement préopératoire
 - 2. du bénéfice attendu du traitement chirurgical
 - 3. de l'expertise spécifique
 - 4. des possibilités d'hospitalisation en réanimation en post-opératoire

- C. Patients symptomatiques hors oncologie dont l'attente ne peut être prolongée à prioriser en fonction de la symptomatologie