

4 mai 2020

**Réponse
rapide**

**COVID-19 : Revue des lignes
directrices et recommandations
pour la prise en charge des cancers
urologiques en contexte de
pandémie**

Une production de l'Institut
national d'excellence en santé
et en services sociaux (INESSS)

Cette réponse rapide a été préparée par les professionnels scientifiques de la Direction des services de santé de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS).

RESPONSABILITÉ

L'INESSS assume l'entière responsabilité de la forme et du contenu définitif de ce document au moment de sa publication. Ses conclusions ne reflètent pas forcément les opinions des personnes consultées aux fins de son élaboration. Suivant l'évolution de la situation, cette réponse rapide pourraient être appelées à changer.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2020

Bibliothèque et Archives Canada, 2020

ISBN : 978-2-550-86588-9 INESSS (PDF)

© Gouvernement du Québec, 2020

La reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée à condition que la source soit mentionnée.

Pour citer ce document : Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). COVID-19 : Revue des lignes directrices et recommandations pour la prise en charge des cancers urologiques en contexte de pandémie. Québec, Qc : INESSS; 2020. 40 p.

L'Institut remercie les membres de son personnel qui ont contribué à l'élaboration du présent document.

COVID-19 : Revue des lignes directrices et recommandations pour la prise en charge des cancers urologiques en contexte de pandémie

CONTEXTE

Le présent document a été rédigé en réponse à une interpellation du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) dans le contexte de l'urgence sanitaire liée à la maladie à coronavirus (COVID-19) au Québec. L'objectif est de réaliser une recension sommaire des recommandations publiées afin d'appuyer les travaux du MSSS visant à se doter de directives provinciales en matière de prise en charge des patients atteints d'un cancer urologique, destinées aux décideurs publics et aux professionnels de la santé et des services sociaux. Vu la nature rapide de cette réponse, les présents travaux ne reposent pas sur un repérage exhaustif des données publiées et une évaluation de la qualité méthodologique des publications avec une méthode systématique ou sur un processus de consultation élaboré. Dans les circonstances d'une telle urgence de santé publique, l'INESSS reste à l'affût de toutes nouvelles publications susceptibles de lui faire modifier cette réponse rapide.

PRÉSENTATION DE LA DEMANDE

Dans le présent contexte d'urgence sanitaire, une réorganisation significative des soins destinés aux patients atteints de cancer a été entreprise afin de protéger les patients des risques de contracter la COVID-19 et aussi de permettre une réallocation de certaines ressources à la prise en charge de la COVID-19. Le MSSS a entrepris des travaux dans le but d'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 à certains services.

Une recension sommaire des principales lignes directrices et prises de position par des associations, des sociétés savantes et des consensus d'experts en lien avec la priorisation des soins en contexte d'urgence sanitaire a été effectuée. Un comité d'experts québécois spécialisés en cancers urologiques (prostate, rein, glande surrénale, voies excrétrices supérieures, vessie, testicule, pénis et urètre) a par la suite été formé par le MSSS pour discuter des informations extraites de la littérature et formuler, par consensus, des recommandations en lien avec la priorisation des soins propre au contexte québécois. Le présent document expose la revue de la littérature réalisée dans le but d'appuyer les travaux du groupe d'experts. Les recommandations finales sont disponibles sur le site du MSSS au lien suivant : [Priorisation des patients](#).

MÉTHODOLOGIE

Question d'évaluation

Quels sont les principales lignes directrices et prises de position des associations, des sociétés savantes et des consensus d'experts en lien avec la priorisation des soins pour le traitement de cancers urologiques en contexte d'urgence sanitaire?

Revue de littérature

Repérage des publications :

Littérature scientifique :

- La revue de la littérature scientifique (langue anglaise et française) a été réalisée entre le 27 mars et le 2 avril 2020 dans PubMed avec différentes combinaisons des mots-clés suivants : « COVID-19 », « coronavirus », « cancer », « oncologie (*oncology*) », « prise en charge du cancer (*cancer management*) », « urologie (*urology*) », « soins en cancérologie (*cancer care*) », « options thérapeutiques (*therapeutic options*) », « pratique clinique (*clinical practice*) », « recommandation (*recommendation*) », et « priorisation (*prioritisation*) ».
- Les listes de références des documents retenues ont été consultées afin de repérer d'autres publications admissibles. Les liens *similar articles* et *cited by* de l'interface PubMed ont été consultés pour chacune des publications scientifiques retenues ainsi que des revues narratives pertinentes.

Littérature grise :

- Une recherche dans google a été faite avec les mots-clés mentionnés (langue française et anglaise).
- Les sites Web des organismes consultés sont présentés à l'[annexe A](#).

Sélection des publications :

- Les publications pertinentes (lignes directrices, orientations cliniques, éditoriaux, lettres d'opinion, communications scientifiques ou documents de travail) et spécifiques à la prise en charge des cancers urologiques en contexte de pandémie de COVID-19 ont été retenues.
- Les recommandations d'ordre général quant aux mesures de protection contre le coronavirus n'ont pas été retenues.
- La sélection des publications a été effectuée une professionnelle scientifique en cancérologie selon les critères d'inclusion suivants :
 - Population : patients atteints d'un cancer urologique (prostate, rein, glande surrénale, voies excrétrices supérieures, vessie, testicule, pénis et urètre);
 - Intervention : procédure diagnostique, chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie, thérapie ciblée, hormonothérapie, immunothérapie, traitement par instillation, traitement systémique, surveillance active, suivi;

- Contexte : priorisation des soins (maintien, délestage ou adaptation thérapeutique) en contexte d'urgence sanitaire liée à la pandémie de COVID-19.

Extraction des données et synthèse :

- L'extraction des données a été effectuée une professionnelle scientifique en oncologie.
- Les données extraites comprennent, s'il y a lieu (si applicable et selon la disponibilité de l'information) :
 - Caractéristiques de la publication : auteur, date de publication ou de diffusion, juridiction, type de publication;
 - Recommandations : siège tumoral, situation clinique (stade, grade, symptômes, etc.), modalité clinique, risque de récurrence ou de progression de la maladie, alternative de prise en charge proposée (maintien, délestage ou adaptation thérapeutique), technique, source des données probantes en appui à la décision (p. ex. une étude clinique), autres particularités.
- Les recommandations ont été extraites telles que publiées, et celles rédigées en anglais ont été traduites en français (traduction libre).
- Les recommandations ont été classées selon différentes catégories relatives à la trajectoire clinique de soins.

Validation et assurance qualité

Le tableau synthèse des lignes directrices et recommandations extraites de la littérature a été présenté et a fait l'objet de discussion au sein du comité d'experts mis en place par le MSSS pour la formulation de leurs recommandations.

Une validation du contenu du document a par la suite été effectuée par la coordination scientifique et la direction des services de santé responsable de sa production. Une validation de la cohérence avec le gabarit de réponse rapide et de la transparence des aspects méthodologiques a été réalisée sous la responsabilité de la Vice-présidence scientifique de l'INESSS par le Bureau – Méthodologie et éthique. Une validation finale de la réponse rapide a été effectuée par la Vice-présidence scientifique de l'INESSS.

SOMMAIRE DES RÉSULTATS

Résultat de la recherche documentaire

Prises de positions et lignes directrices des sociétés savantes, associations médicales, consensus ou opinions d'experts

- Douze publications rapportant des prises de position et des lignes directrices relatives à la priorisation des soins en contexte d'urgence sanitaire ainsi que les alternatives thérapeutiques proposées concernant la prise en charge des cancers

urologiques ont été retenues. L'ensemble des recommandations se trouve dans le tableau suivant.

Lignes directrices et recommandations par siège tumoral et situation clinique

Situation clinique	Recommandation	Référence, type de publication, date
Cancer de la prostate		
Principes généraux	<p>PRISE EN CHARGE GÉNÉRALE</p> <p><i>Patients symptomatiques</i> : Écourter ou réduire. Des mesures conservatrices devraient être prioritaires (p. ex. thérapie médicale, thérapie anti-androgénique, cathétérisme intermittent aseptique). Si nécessaire, la chirurgie ou la radiothérapie peut être considérée.</p> <p>CHIRURGIE</p> <p>La prostatectomie devrait être reportée pour la plupart des indications.</p> <p>RADIOTHÉRAPIE EXTERNE</p> <p>Écourter ou réduire. Si l'administration de la radiothérapie est jugée sécuritaire pour le patient, le protocole le plus court et sécuritaire de radiothérapie externe devrait être employé. Il peut consister en 5 à 7 fractions, conformément aux lignes directrices actuelles du NCCN.</p> <p><i>Indication prophylactique</i> : en général, l'irradiation pelvienne (WPRT) prophylactique devrait être évitée en période d'état d'urgence sanitaire en raison du risque accru de lymphopénie de grade IV (données non publiées, étude RTOG 9413).</p> <p><i>Patients qui doivent subir une radiothérapie</i> : Le traitement de radiothérapie peut être retardé de 4 à 5 mois.</p> <p>TRAITEMENT SYSTÉMIQUE</p> <p>Écourter ou réduire. L'emploi de thérapies anti-androgéniques dont le protocole s'étale sur 3, 4 ou 6 mois devrait être préféré aux injections pour 1 mois (à considérer).</p> <p>Les thérapies anti-androgéniques ne devraient pas être interrompues sans justification. Les thérapies ciblées contre les récepteurs des androgènes par voie orale peuvent être administrées préférentiellement, plutôt que la chimiothérapie (en assumant une efficacité similaire entre les protocoles).</p> <p>Les protocoles dont les cycles sont plus espacés (nivolumab en cycles de 4 semaines, pembrolizumab en cycles de 6 semaines) devraient être employés dans</p>	<p>NCCN [2020] (États-Unis) <i>Consensus d'experts</i> Publié le 31 mars 2020</p> <p>EAU : Stensland <i>et al.</i> [2020] (Europe) <i>Opinion d'experts</i> Publié le 15 mars 2020</p> <p>NCCN [2020] (États-Unis) <i>Consensus d'experts</i> Publié le 31 mars 2020</p> <p>ESTRO : Simcock <i>et al.</i> [2020] (Europe) <i>Consensus d'experts</i> Publié le 20 mars 2020</p> <p>NCCN [2020] (États-Unis) <i>Consensus d'experts</i> Publié le 31 mars 2020</p> <p>EAU : Gillissen et Powles [2020] (Europe) <i>Opinion d'experts</i> Date de publication nd Consulté le 31 mars 2020</p>

	<p>la mesure du possible. Il peut être justifié de diminuer le nombre de cycle de chimiothérapie ou d'espacer les cycles, après mûre réflexion.</p> <p>Les traitements nécessitant l'usage de corticostéroïdes peuvent potentiellement être interrompus ou reportés après mûre réflexion.</p> <p><i>Patients avec un risque substantiel d'infection de COVID-19</i> : La chimiothérapie ne devrait pas être débutée sans justification. Elle devrait toutefois être envisagée chez les patients plus jeunes ou sans comorbidités, étant donné que le risque associé à COVID-19 pourrait être moindre chez ceux-ci.</p> <p><i>Patients qui doivent subir une radiothérapie</i> : L'alternative possible consiste à reporter le début du traitement anti-androgénique, puis à l'administrer selon un protocole d'une durée de 2 à 3 mois, ou sinon, à prolonger le traitement anti-androgénique, avec des données d'innocuité montrant que la prolongation du traitement jusqu'à 8 mois est une option raisonnable.</p> <p>SUIVI</p> <p>Retarder la première visite de suivi après un traitement radical (chirurgie ou radiothérapie) jusqu'à ce que la réalisation de la surveillance initiale post-traitement (test d'APS et toucher rectal) soit jugée sûre pour le patient ou considérer la télé-médecine avec discussion de l'APS et de la testostérone.</p> <p>Considérer reporter la répétition des examens d'imagerie si le taux d'APS décline et en l'absence de symptôme, jusqu'à ce que le risque de COVID-19 résolu.</p>	<p>ESTRO : Simcock <i>et al.</i> [2020] (Europe) <i>Consensus d'experts</i> Publié le 20 mars 2020</p> <p>EAU : Gillesen et Powles [2020] (Europe) <i>Opinion d'experts</i> Date de publication nd Consulté le 31 mars 2020</p>
Suspicion de cancer de la prostate	<p>DIAGNOSTIC</p> <p>Reporter la biopsie. Si l'état d'urgence sanitaire devait se prolonger, reconsidérer réaliser la biopsie chez les patients qui présentent des signes cliniques laissant fortement suspecter un cancer de la prostate.</p> <p><i>En cas d'augmentation du taux d'APS, avec toucher rectal et demande d'IRM multiparamétrique</i> : la prise en charge diagnostique n'est pas modifiée. C'est la disponibilité des IRM qui conditionnera la date de réalisation des biopsies de la prostate. Le délai risque d'être augmenté par la mobilisation des ressources de radiologie pour la prise en charge des patients COVID-19.</p> <p><i>En cas de suspicion de maladie à haut risque ou métastatique (T3/4, APS, imagerie)</i> : Les biopsies de la prostate doivent être réalisées sans délai, sans IRM préalable. Dans certains cas une complication est révélatrice de cancer de la prostate et nécessite une prise en charge spécifique.</p> <p><i>En cas de suspicion de compression médullaire secondaire à un cancer de la prostate métastatique</i> : Les examens d'imagerie spécifiques et les biopsies</p>	<p>Ficarra <i>et al.</i> [2020] (Italie) <i>Consensus d'experts</i> Communication courte Publié le 23 mars 2020</p> <p>Comité de cancérologie de l'AFU [2020] (France) <i>Consensus d'experts</i> Publié le 25 mars 2020</p>

	<p>prostatiques seront effectués en urgence afin de ne pas retarder le traitement hormonal simultanément au traitement symptomatique.</p>	
<p>Cancer de la prostate à faible risque ou de risque intermédiaire favorable</p>	<p>PRISE EN CHARGE GÉNÉRALE</p> <p>Le bénéfice associé aux soins de routine du cancer de la prostate localisé ne devrait pas être surestimé. Dans la plupart des cas, le préjudice anticipé d'un report de traitement de 3 à 6 mois est minime, particulièrement en comparaison du risque de mortalité découlant de COVID-19.</p> <p>Éviter la stadification, la surveillance active, les tests de confirmation ou de suivi et les traitements. Les patients ne devraient subir aucune intervention jusqu'à ce que la situation soit jugée sécuritaire.</p> <p>La maladie peut être prise en charge avec une surveillance active, la chirurgie ou la radiothérapie. Pendant la pandémie, les stratégies globales de prise en charge incluent l'hypofractionnement et le report des traitements lorsque nécessaire.</p> <p><i>Maladie à faible risque</i> : la surveillance active doit être privilégiée</p> <ul style="list-style-type: none"> • ESTRO : prévoir une visite médicale de retour dans 6 mois pour évaluer le taux d'APS. • GETUG : la recommandation s'applique à une maladie localisée; dans ce cas, il est possible de différer un traitement radical de plusieurs mois. <p>BIOPSIE :</p> <p>Le report des biopsies de confirmation et de suivi doit être discutée pour chaque patient.</p> <p>CHIRURGIE</p> <p><i>Maladie à faible risque</i> : il est sécuritaire de retarder l'intervention de > 3 mois. Faible risque de progression en cas de délai de traitement.</p>	<p>NCCN [2020] (États-Unis) <i>Consensus d'experts</i> Publié le 31 mars 2020</p> <p>ESTRO : Simcock <i>et al.</i> [2020] (Europe) <i>Consensus d'experts</i> Publié le 20 mars 2020</p> <p>ESTRO : Simcock <i>et al.</i> [2020] (Europe) <i>Consensus d'experts</i> Publié le 20 mars 2020</p> <p>Comité de cancérologie de l'AFU [2020] (France) <i>Consensus d'experts</i> Publié le 25 mars 2020</p> <p>GETUG [2020] (France) <i>Consensus d'experts</i> Date de publication nd Consulté le 30 mars 2020</p> <p>Comité de cancérologie de l'AFU [2020] (France) <i>Consensus d'experts</i> Publié le 25 mars 2020</p> <p>Kutikov <i>et al.</i> [2020] <i>Opinion d'experts</i> Publié le 27 mars 2020</p>

- Orientation des décisions selon le risque de comorbidité lié à COVID-19 : Retarder le traitement immédiat, que le risque soit faible (patient âgé de < 50 ans), moyen (patient âgé de 50 à 70 ans) ou élevé (patients âgés de > 70 ans).

Maladie à faible risque, patient non-candidat à la surveillance active : un délai de 2 mois avant la chirurgie est peu susceptible d'affecter l'issue clinique.

RADIOTHÉRAPIE EXTERNE

Maladie localisée (tous risques) : le fractionnement peut être diminué à 20 fractions quotidienne de RCMI de 3 Gy chacune (données de noninfériorité basé sur les études CHHiP et PROFIT).

Prostate seulement : le fractionnement peut être diminué à 5 fractions SABR de 7,25-8 Gy chacune, aux 2 jours (données basées sur les études de phase I-II MSKCC NRG GU005 [phase III en cours]).

Maladie à faible risque : reporter.

- ESTRO : la radiothérapie peut être omise.
- Kutikov *et al.* : il est sécuritaire de retarder l'intervention de > 3 mois. Faible risque de progression en cas de délai de traitement.
 - Orientation des décisions selon le risque de comorbidité lié à COVID-19 : Retarder le traitement immédiat, que le risque soit faible (patient âgé de < 50 ans), moyen (patient âgé de 50 à 70 ans) ou élevé (patients âgés de > 70 ans).

Maladie localisée ou localement avancée à faible ou très faible risque : reporter les visites médicales pour les nouvelles consultations, les visites médicales de retour, l'implantation de repères radio-opaques et la simulation jusqu'à ce que la situation soit jugée sûr pour les patients. La surveillance active est l'option préférée pendant la pandémie lorsqu'un traitement est nécessaire. Ne pas employer la curiethérapie, la radiothérapie externe ou les traitements anti-androgéniques.

Maladie de risque intermédiaire favorable :

- ASTRO : reporter les visites médicales pour les nouvelles consultations de 3 mois et retarder les visites médicales de retour, l'implantation de repères radio-opaques et la simulation jusqu'à ce que la situation soit jugée sûr pour les patients. La surveillance active est l'option préférée pendant la pandémie lorsqu'un traitement est nécessaire.

OH-CCO [2020] (Ontario)
Consensus d'experts
 Date de publication nd
 Consulté le 29 mars 2020

ESTRO : Simcock *et al.* [2020] (Europe)
Consensus d'experts
 Publié le 20 mars 2020

Kutikov *et al.* [2020]
Opinion d'experts
 Publié le 27 mars 2020

ASTRO : Zaorsky *et al.* [2020] (États-Unis)
Consensus d'experts
 Publié le 24 mars 2020

ASTRO : Zaorsky *et al.* [2020] (États-Unis)
Consensus d'experts
 Publié le 24 mars 2020

	<ul style="list-style-type: none"> ESTRO : le traitement peut être omis. Un délai de 3 à 6 mois avant de débiter la radiothérapie si elle s'avère éventuellement nécessaire est bien appuyé par la littérature concernant la surveillance active dans cette population. Ne pas employer la curiethérapie, la radiothérapie externe ou les traitements anti-androgéniques. 	<p>ESTRO : Simcock <i>et al.</i> [2020] (Europe) <i>Consensus d'experts</i> Publié le 20 mars 2020</p>
<p>Cancer de la prostate de risque intermédiaire défavorable ou à haut risque</p>	<p>PRISE EN CHARGE GÉNÉRALE</p> <p>Retarder la stadification, le traitement radical et le traitement systémique si le patient est asymptomatique. Les interventions subséquentes peuvent être reportées jusqu'à ce que la situation soit jugée sûre pour le patient.</p> <p>CHIRURGIE</p> <ul style="list-style-type: none"> EAU : La prostatectomie devrait être retardée chez certains patients sélectionnés. Kutikov <i>et al.</i> : Il est sécuritaire de retarder l'intervention d'environ 3 mois. Risque intermédiaire de progression en cas de délai de traitement. Considérer débiter une thérapie anti-androgénique si le délai est substantiel. Orientation des décisions selon le risque de comorbidité lié à COVID-19 : Procéder au traitement immédiatement si le risque est faible (patient âgé de < 50 ans). Mettre en balance les risques et les bénéfices possibles d'un traitement immédiat si le risque est moyen (patient âgé de 50 à 70 ans). Retarder le traitement immédiat si le risque est élevé (patients âgés de > 70 ans). <p><i>Maladie de risque intermédiaire :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> OH-CCO : un délai de 2 mois avant la chirurgie est peu susceptible d'affecter l'issue clinique. <p><i>Maladie à haut risque :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> AFU : si la maladie est à haut risque ou localement avancée, pas de report de la prostatectomie et du curage ganglionnaire supérieur à 2 mois. En cas d'impossibilité de réalisation dans les 2 mois, on doit discuter une orientation vers une hormono-radiothérapie. On pourrait également discuter une hormonothérapie d'attente avant prostatectomie (sans recommandation pour cela). Ficarra <i>et al.</i> : lorsque la radiothérapie n'est pas une option, la prostatectomie et du curage ganglionnaire est fortement recommandée. GETUG : si une prostatectomie est envisagée, discuter avec le patient de changer cette option pour celle d'une hormono-radiothérapie étant donné le contexte épidémique et afin de ne pas différer le début du traitement. 	<p>NCCN [2020] (États-Unis) <i>Consensus d'experts</i> Publié le 31 mars 2020</p> <p>EAU : Stensland <i>et al.</i> [2020] (Europe) <i>Opinion d'experts</i> Publié le 15 mars 2020</p> <p>Kutikov <i>et al.</i> [2020] <i>Opinion d'experts</i> Publié le 27 mars 2020</p> <p>Comité de cancérologie de l'AFU [2020] (France) <i>Consensus d'experts</i> Publié le 25 mars 2020</p> <p>OH-CCO [2020] (Ontario) <i>Consensus d'experts</i> Consulté le 29 mars 2020</p> <p>Ficarra <i>et al.</i> [2020] (Italie) <i>Consensus d'experts</i> Publié le 23 mars 2020</p> <p>GETUG [2020] (France) <i>Consensus d'experts</i> Date de publication nd Consulté le 30 mars 2020</p>

- OH-CCO : pour une maladie dont le score de Gleason est ≥ 8 , un délai de < 4 semaines ne fait pas craindre un effet délétère significatif sur la survie.

RADIOTHÉRAPIE EXTERNE

- ESTRO : l'intervention peut être retardée (priorité intermédiaire). D'autres options de prise en charge, quoiqu'équivoques, sont possibles pour les patients qui requièrent des services de santé (p. ex. un traitement), mais dont la situation clinique n'est pas critique (ne pose pas un danger immédiat pour la vie), dont l'optimisation de la prise en charge médicale (p. ex. opiacés pour la gestion de la douleur). Cela requiert une priorisation individualisée en fonction de la disponibilité des ressources (incluant le risque de transmission de COVID-19) et de l'issue clinique. Le report de traitement devrait être le plus court possible, tout en prenant en considération lors de la priorisation les situations où les risques liés à la pandémie (risques additionnels du patient et [ou] du système) surpassent les risques liés au délai de prise en charge.
- Kutikov *et al.* : Il est sécuritaire de retarder l'intervention d'environ 3 mois. Risque intermédiaire de progression en cas de délai de traitement. Débuter une thérapie anti-androgénique. Orientation des décisions selon le risque de comorbidité lié à COVID-19 : procéder au traitement immédiatement si le risque est faible (patient âgé de < 50 ans). Mettre en balance les risques et les bénéfices possibles d'un traitement immédiat si le risque est moyen (patient âgé de 50 à 70 ans). Retarder le traitement immédiat si le risque est élevé (patients âgés de > 70 ans).
- OH-CCO : Si la radiothérapie est administrée d'emblée plutôt que retardée en la remplaçant par un traitement anti-androgénique, opter pour un protocole de SABR de 5 fractions (étude PACE) ou de RCMI ou de VMAT de 7 fractions.

Maladie localisée (tous risques) : le fractionnement peut être diminué à 20 fractions quotidiennes de RCMI de 3 Gy chacune (données de noninfériorité, basé sur les études CHHiP et PROFIT).

Prostate seulement, T1c-3a, APS ≤ 20 : le fractionnement peut être diminué à 7 fractions de RTC-3D, RCMI ou VMAT (pas SABR) de 6,1 Gy chacune, aux 2 jours (données de noninfériorité, basé sur l'étude HYPO-RT-PC)

Maladie de risque intermédiaire :

- AFU : report possible d'au moins 2 mois (recommandations de la SFRO)
- GETUG : si la radiothérapie est envisagée, la reporter. Mettre en place d'un traitement néoadjuvant par hormonothérapie pendant 3 mois (voire plus) avant de débiter la radiothérapie. Si la radiothérapie ne peut pas attendre la fin de

ESTRO : Simcock *et al.* [2020] (Europe)
Consensus d'experts
 Publié le 20 mars 2020

Kutikov *et al.* [2020]
Opinion d'experts
 Publié le 27 mars 2020

OH-CCO [2020] (Ontario)
Consensus d'experts
 Date de publication nd
 Consulté le 29 mars 2020

ESTRO : Simcock *et al.* [2020] (Europe)
Consensus d'experts
 Publié le 20 mars 2020

Comité de cancérologie de l'AFU [2020]
 (France)
Consensus d'experts
 Publié le 25 mars 2020

l'épidémie, privilégier l'hypofractionnement (60 Gy/20 séances ou stéréotaxie en 5-7 séances).

Maladie de risque intermédiaire défavorable : reporter les visites médicales pour les nouvelles consultations de 1 à 3 mois et retarder les visites médicales de retour de 4 mois. Considérer l'implantation de repères radio-opaques et d'un espaceur rectal si une SABR est prévue. Reporter la simulation de 4 à 6 mois si un traitement anti-androgénique est administré. La radiothérapie (5 ou 20 fractions) précédée d'une thérapie anti-androgénique est l'option préférée pendant la pandémie lorsqu'un traitement est nécessaire. La thérapie anti-androgénique peut être employée pour retarder de 4 à 6 mois la radiothérapie. Considérer un dépôt de 6 mois.

Atteinte ganglionnaire (N+) : reporter les visites médicales pour les nouvelles consultations de 2 à 4 semaines et retarder les visites médicales de retour de 3 mois. Considérer l'implantation de repères radio-opaques si une SABR est prévue. L'implantation d'un espaceur rectal n'est pas recommandé. Reporter la simulation de 4 à 6 mois si un traitement anti-androgénique est administré. La radiothérapie (5 ou 20 fractions) précédée d'une thérapie anti-androgénique est l'option préférée pendant la pandémie lorsqu'un traitement est nécessaire. La thérapie anti-androgénique peut être employée pour retarder de 4 à 6 mois la radiothérapie. Considérer un dépôt de 6 mois.

Maladie à haut risque :

- AFU : si la maladie est à haut risque ou localement avancé, la radiothérapie sera réalisée selon les recommandations de la SFRO.
- ASTRO : reporter les visites médicales pour les nouvelles consultations de 1 mois et retarder les visites médicales de retour de 3 mois. Considérer l'implantation de repères radio-opaques si une SABR est prévue. Si le clinicien possède l'expérience avec l'implantation d'un espaceur rectal, considérer cette procédure uniquement si une SABR est prévue. Reporter la simulation de 4 à 6 mois si un traitement anti-androgénique est administré. La radiothérapie (5 ou 20 fractions) précédée d'une thérapie anti-androgénique est l'option préférée pendant la pandémie lorsqu'un traitement est nécessaire. La thérapie anti-androgénique peut être employée pour retarder de 4 à 6 mois la radiothérapie. Considérer un dépôt de 6 mois.
- ESTRO : la radiothérapie peut être retardée. Un délai court de 2 à 4 mois, mais en débutant une thérapie anti-androgénique est recommandée en tant qu'approche sécuritaire et pragmatique. Les études d'escalade de dose pour le traitement définitif du cancer de la prostate n'ont pas réussi à démontrer un

GETUG [2020] (France)
Consensus d'experts
Date de publication nd
Consulté le 30 mars 2020

ASTRO : Zaorsky *et al.* [2020] (États-Unis)
Consensus d'experts
Publié le 24 mars 2020

ASTRO : Zaorsky *et al.* [2020] (États-Unis)
Consensus d'experts
Publié le 24 mars 2020

Comité de cancérologie de l'AFU [2020]
(France)
Consensus d'experts
Publié le 25 mars 2020

ESTRO : Simcock *et al.* [2020] (Europe)
Consensus d'experts
Publié le 20 mars 2020

GETUG [2020] (France)
Consensus d'experts
Date de publication nd
Consulté le 30 mars 2020

bénéfice de survie globale, mais dans cette situation, une telle approche apporte un degré de confiance accru face à l'emploi d'un schéma de dose réduit. Lorsqu'une radiothérapie est nécessaire, des données appuient les protocoles d'hypofractionnement modéré (dose totale de 60 Gy en 20 fractions) ou d'ultra-hypofractionnement (dose totale de 42,7 Gy en 7 fractions, aux 3 jours pendant 2 ½ semaines, ou 36 Gy en 6 semaines). L'ultra-hypofractionnement (5 fractions) par SABR pourrait être l'option à privilégier si le personnel médical est disponible.

- GETUG : Reporter si la maladie est localisée. Si la radiothérapie est envisagée, mise en place du traitement néoadjuvant par hormonothérapie pendant 3-6 mois avant de débiter la radiothérapie.

Maladie à haut risque chez un patient âgé de ≥ 75 ans (ou ≥ 70 ans en présence de comorbidité modérée) : le fractionnement peut être diminué à 6 fractions hebdomadaires de RCT-3D (ou techniques coplanaires équivalentes) de 6 Gy chacune (basé sur l'étude STAMPEDE).

CURIETHÉRAPIE

Éviter la curiethérapie.

Maladie à haut risque, à très haut risque : reporter jusqu'à ce que la situation soit jugée sûre pour le patient.

Atteinte ganglionnaire (N+) : La curiethérapie n'est pas recommandée.

Maladie de risque intermédiaire : report possible d'au moins 2 mois (recommandations de la SFRO)

TRAITEMENT SYSTÉMIQUE

- AFU : lorsqu'une hormonothérapie est indiquée pour une maladie à haut risque ou localement avancée, pas de délai à l'initiation.
- ESTRO : la prolongation de la thérapie anti-androgénique jusqu'à 6 ou 7 mois est raisonnable.
- GETUG : si la maladie est à haut risque, éviter de débiter le traitement néoadjuvant pendant la période épidémique.
- NCCN : Une thérapie anti-androgénique néoadjuvante devrait être considérée pour les patients chez qui une radiothérapie radicale est planifiée. Il est

ESTRO : Simcock *et al.* [2020] (Europe)
Consensus d'experts
Publié le 20 mars 2020

ESTRO : Simcock *et al.* [2020] (Europe)
Consensus d'experts
Publié le 20 mars 2020

Comité de cancérologie de l'AFU [2020]
(France)
Consensus d'experts
Publié le 25 mars 2020

Comité de cancérologie de l'AFU [2020]
(France)
Consensus d'experts
Publié le 25 mars 2020

ESTRO : Simcock *et al.* [2020] (Europe)
Consensus d'experts
Publié le 20 mars 2020

GETUG [2020] (France)
Consensus d'experts
Date de publication nd
Consulté le 30 mars 2020

	<p>sécuritaire d'administrer la thérapie anti-androgénique pour une durée de 4 à 6 mois si nécessaire.</p> <p><i>Maladie de risque intermédiaire</i> : un traitement d'hormonothérapie néoadjuvant n'est pas recommandé si une prostatectomie est envisagée</p>	<p>NCCN [2020] (États-Unis) <i>Consensus d'experts</i> Publié le 31 mars 2020</p> <p>GETUG [2020] (France) <i>Consensus d'experts</i> Date de publication nd Consulté le 30 mars 2020</p>
<p>Cancer de la prostate récidivant après un traitement local</p>	<p>PRISE EN CHARGE GÉNÉRALE</p> <p>Les traitements de rattrapage après le traitement local ne s'inscrivent pas dans le cadre de l'urgence et peuvent être différés.</p> <p>RADIOTHÉRAPIE EXTERNE</p> <p>Pour une récurrence post-prostatectomie, l'intervention peut être retardée (priorité intermédiaire). D'autres options de prise en charge, quoiqu'équivoques, sont possibles pour les patients qui requièrent des services de santé (p. ex. un traitement), mais dont la situation clinique n'est pas critique (ne pose pas un danger immédiat pour la vie), dont l'optimisation de la prise en charge médicale (p. ex. opiacés pour la gestion de la douleur). Cela requiert une priorisation individualisée en fonction de la disponibilité des ressources (incluant le risque de transmission de COVID-19) et de l'issue clinique. Le report de traitement devrait être le plus court possible, tout en prenant en considération lors de la priorisation les situations où les risques liés à la pandémie (risques additionnels du patient et [ou] du système) surpassent les risques liés au délai de prise en charge.</p> <p><i>Radiothérapie post-prostatectomie, fosse seulement</i> : Le fractionnement peut être diminué à 20 fractions quotidiennes de RCMI de 2,62 Gy chacune (option 1 ; données rétrospectives et prospectives, basé sur l'étude RADICALS) ou à 25 fractions quotidiennes de RCMI de 2,5 Gy chacune (option 2 ; étude en cours [NRG GU 003]).</p> <p>Pour une récurrence post-prostatectomie, reporter les visites médicales pour les nouvelles consultations de ≤ 1 mois et retarder les visites médicales de retour de 3 à 4 mois. Lors d'une visite médicale pour une nouvelle consultation, considérer fortement d'employer une radiothérapie de rattrapage d'emblée. Retarder la simulation de sorte que le traitement soit débuté jusqu'à 120 jours après la chirurgie ou selon le taux et le temps de doublement de l'APS. La radiothérapie (20 fractions) avec ou sans thérapie anti-androgénique est l'option préférée pendant la pandémie lorsqu'un traitement est nécessaire. La thérapie anti-androgénique peut être</p>	<p>Comité de cancérologie de l'AFU [2020] (France) <i>Consensus d'experts</i> Publié le 25 mars 2020</p> <p>ESTRO : Simcock <i>et al.</i> [2020] (Europe) <i>Consensus d'experts</i> Publié le 20 mars 2020</p> <p>ASTRO : Zaorsky <i>et al.</i> [2020] (États-Unis) <i>Consensus d'experts</i> Publié le 24 mars 2020</p>

	<p>employée pour retarder de 4 à 6 mois la radiothérapie. Considérer un dépôt de 6 mois.</p> <p>TRAITEMENT SYSTÉMIQUE</p> <p>Pour une récurrence post-prostatectomie, considérer l'approche évaluée dans l'étude DECIPHER. Pas de traitement adjuvant (seulement en traitement de rattrapage), considérer attendre que le taux d'APS soit > 0,2, ajouter une thérapie anti-androgénique.</p> <p><i>Maladie à haut risque</i> : les données semblent appuyer l'emploi des thérapies anti-androgéniques pour retarder la radiothérapie post-prostatectomie en situation de rattrapage.</p>	<p>ESTRO : Simcock <i>et al.</i> [2020] (Europe) <i>Consensus d'experts</i> Publié le 20 mars 2020</p>
Cancer de la prostate métastatique	<p>RADIOTHÉRAPIE</p> <p><i>Maladie métastatique (M1) de petit volume</i> : maintenir les visites médicales pour les nouvelles consultations si la maladie est nouvellement diagnostiquée. Les visites médicales pour les nouvelles consultations peuvent être retardées de 2 à 3 mois si les patients sont asymptomatiques et reçoivent une thérapie anti-androgénique. Les visites médicales de retour devraient être poursuivies par un oncologue médical au besoin. La simulation peut être retardée de 4 à 6 mois si une thérapie anti-androgénique est administrée. La radiothérapie (5 ou 6 fractions dirigée à la prostate) avec une thérapie anti-androgénique (doit être administrée dans le cadre du traitement standard) est l'option préférée pendant la pandémie lorsqu'un traitement est nécessaire.</p> <p><i>Maladie métastatique (M1) chez un patient âgé de ≥ 75 ans (ou ≥ 70 ans en présence de comorbidité modérée)</i> : le fractionnement peut être diminué à 6 fractions hebdomadaires de RCT-3D (ou techniques coplanaires équivalentes) de 6 Gy chacune (basé sur l'étude STAMPEDE).</p> <p><i>Maladie oligométastatique</i> :</p> <ul style="list-style-type: none"> • AFU : différer la radiothérapie prostatique des formes oligométastatiques si la maladie est sensible à la castration. • ASTRO : maintenir les visites médicales pour les nouvelles consultations si la maladie est nouvellement diagnostiquée. Les visites médicales pour les nouvelles consultations peuvent être retardées de 2 à 3 mois si les patients sont asymptomatiques et reçoivent une thérapie anti-androgénique. Retarder les visites médicales de retour de 3 mois. Ne pas retarder la simulation si la maladie est symptomatique. La radiothérapie (1 ou 3 fractions) avec ou sans thérapie anti-androgénique est l'option préférée pendant la pandémie lorsqu'un 	<p>ASTRO : Zaorsky <i>et al.</i> [2020] (États-Unis) <i>Consensus d'experts</i> Publié le 24 mars 2020</p> <p>ESTRO : Simcock <i>et al.</i> [2020] (Europe) <i>Consensus d'experts</i> Publié le 20 mars 2020</p> <p>ASTRO : Zaorsky <i>et al.</i> [2020] (États-Unis) <i>Consensus d'experts</i> Publié le 24 mars 2020</p> <p>Comité de cancérologie de l'AFU [2020] (France) <i>Consensus d'experts</i> Publié le 25 mars 2020</p>

traitement est nécessaire. La thérapie anti-androgénique peut être employée pour retarder de 4 à 6 mois la radiothérapie.

- ESTRO : La radiothérapie peut être omise ou remplacée par un traitement systémique; l'observation est raisonnable. Aucun bénéfice de survie de niveau de preuve élevé n'a été démontré dans les études cliniques pour cette situation. Pour les cas métastatiques de faible volume, le report de la radiothérapie de 4 à 6 mois en la remplaçant par une thérapie anti-androgénique est une option raisonnable si la maladie est nouvellement diagnostiquée ou si le temps de doublement de l'APS est rapide.
- GETUG : différer la radiothérapie de plusieurs mois (idéalement après l'épidémie) si la maladie métastatique est en début de prise en charge.

TRAITEMENT SYSTÉMIQUE

Les traitements de 1^{re} intention devraient être débutés dans la mesure du possible.

La chimiothérapie palliative a été évaluée avec des protocoles comportant un nombre de cycles spécifique; le risque associé à l'interruption prématurée du traitement n'a pas été évalué, ni le report du traitement. Il existe toutefois des catégories de patients pour lesquels la complétion de la chimiothérapie (administration de tous les cycles) pourrait être associée à davantage de risques que de bénéfices. Les patients doivent participer à la discussion.

En début de prise en charge, privilégier l'association privation androgénique + hormonothérapie de nouvelle génération. L'hormonothérapie de nouvelle génération peut être initiée jusqu'à 3 mois après le début de la castration. Éviter le docétaxel.

Éviter de débiter une thérapie anti-androgénique pour les patients dont le temps de doublement de l'APS est de > 9 mois. Une fois la thérapie anti-androgénique débutée, ou si elle est administrée de manière intermittente, considérer les consultations de télémédecine et l'analyse à distance de l'APS et de la testostérone et d'autres analyses de laboratoire afin d'éviter l'exposition clinique des patients.

Considérer l'administration de protocoles thérapeutiques sans agents myélosuppresseurs lorsque des options de remplacement existent, afin de réduire le risque d'immunosuppression et de complications infectieuses.

Lorsque des agents cytotoxiques sont employés, considérer l'emploi de facteurs de croissance administrés le même jour que la chimiothérapie ou le pegfilgrastim, afin de minimiser les visites à l'hôpital.

ESTRO : Simcock *et al.* [2020] (Europe)

Consensus d'experts
Publié le 20 mars 2020

GETUG [2020] (France)

Consensus d'experts
Date de publication nd
Consulté le 30 mars 2020

EAU : Gillesen et Powles [2020] (Europe)

Opinion d'experts
Date de publication nd
Consulté le 31 mars 2020

GETUG [2020] (France)

Consensus d'experts
Date de publication nd
Consulté le 30 mars 2020

NCCN [2020] (États-Unis)

Consensus d'experts
Publié le 31 mars 2020

Considérer retarder les traitements avec le sipuleucel-T jusqu'à ce que le risque lié à la pandémie de COVID-19 soit résolu, compte tenu du risque d'exposition au virus dans les centres de la Croix Rouge et les cliniques de perfusion des hôpitaux.

Maladie indolente ou sous contrôle depuis plusieurs mois avec la même thérapie : une interruption temporaire (pause) du traitement systémique peut être envisagée afin de limiter l'immunosuppression des patients et les visites médicales à l'hôpital.

Indications palliatives avec un bénéfice majeur de contrôle des symptômes ou un bénéfice modeste de survie : Un traitement à base de radium devrait être préféré à la chimiothérapie étant donné que cette thérapie est moins immunosuppressive. Cependant, l'administration de radium est dépendant de la disponibilité des ressources de médecine nucléaire.

Indications palliatives sans un bénéfice majeur de contrôle des symptômes ni bénéfice de survie : Parmi les thérapies ciblant l'os, il est recommandé de préférer le dénosumab à l'acide zolédronique. Considérer espacer les traitements en administrant des cycles de 12 semaines plutôt que des cycles de 4 semaines.

Maladie sensible à la castration :

- AFU : Suppression androgénique + hormonothérapie de nouvelle génération (apalutamide, enzalutamide). Privilégier les HTNG vs docetaxel. L'acétate d'abiratéron n'est pas recommandée du fait de la nécessité d'y associer une corticothérapie contre indiquée en cas de COVID 19.
- OH-CCO : Les thérapies anti-androgéniques devraient être poursuivies. Les thérapies ARAT sont préférées au docétaxel, mais ne sont actuellement pas remboursées, bien que l'abiratéron et l'apalutamide puissent être obtenues par l'entremise des programmes d'accès spécial aux fins de compassion des fabricants.

Maladie résistante à la castration :

- AFU :
 - Non prétraité par une hormonothérapie de nouvelle génération (HTNG) : Suppression androgénique + enzalutamide. Éviter la corticothérapie. Éviter le docetaxel. L'acétate d'abiratéron n'est pas recommandée du fait de la nécessité d'y associer une corticothérapie contre indiquée en cas de COVID 19.
 - Prétraité par une hormonothérapie de nouvelle génération (HTNG) : Adaptation de la prescription de docetaxel et de cabazitaxel au risque

AMHOQ [2020] (Québec)
Consensus d'experts
 Consulté le 30 mars 2020

OH-CCO [2020] (Ontario)
Consensus d'experts
 Date de publication nd
 Consulté le 29 mars 2020

Comité de cancérologie de l'AFU [2020]
 (France)
Consensus d'experts
 Publié le 25 mars 2020

OH-CCO [2020] (Ontario)
Consensus d'experts
 Document non disponible en ligne
 Date de publication nd
 Consulté le 29 mars 2020

Comité de cancérologie de l'AFU [2020]
 (France)
Consensus d'experts
 Publié le 25 mars 2020

GETUG [2020] (France)
Consensus d'experts
 Date de publication nd
 Consulté le 30 mars 2020

OH-CCO [2020] (Ontario)
Consensus d'experts
 Date de publication nd
 Consulté le 29 mars 2020

	<p>infectieux et aux risques des déplacements. Éviter les corticoïdes. Utiliser G-CSF.</p> <ul style="list-style-type: none"> • GETUG : <ul style="list-style-type: none"> ○ Privilégier l'enzalutamide. Éviter la corticothérapie quand cela est possible. ○ Prétraité par une hormonothérapie de nouvelle génération (HTNG) : Différer l'emploi du docetaxel quand cela est possible (formes indolentes). Limiter le nombre de cycles de chimiothérapie. Discuter une réduction de doses de docetaxel ou cabazitaxel durant la période de pandémie. Éviter l'emploi de la prednisone quotidienne lorsque le docetaxel est employé. Employer le G-CSF systématiquement en cas de chimiothérapie. Limiter l'emploi des corticoïdes à fortes doses lorsque c'est possible. • OH-CCO : <ul style="list-style-type: none"> ○ Si la maladie n'est pas métastatique (indications palliatives avec un bénéfice de survie substantiel), l'apalutamide (remboursé) ou l'enzalutamide sont des options. ○ Si la maladie est métastatique (indications palliatives avec un bénéfice majeur de contrôle des symptômes ou un bénéfice modeste de survie), l'objectif est d'éviter les traitements à base de taxane ou la chimiothérapie. Si aucune thérapie ARAT n'a été administrée auparavant, opter pour cette thérapie. Si une bonne réponse à une thérapie ARAT a été obtenue, l'emploi d'une autre thérapie ARAT est préférée à la chimiothérapie. <p>SUIVI</p> <p>Il est souhaitable de rapprocher la surveillance des patients ayant un cancer avancé pour éviter au maximum la nécessité de recours aux hospitalisations non programmées et les passages aux services des urgences.</p>	<p>Comité de cancérologie de l'AFU [2020] (France) <i>Consensus d'experts</i> Publié le 25 mars 2020</p>
Cancer du rein		
Principes généraux	<p>CHIRURGIE</p> <p>Privilégier, en fonction du stade pronostique, la surveillance (p. ex. en cas de faible volume tumoral) ou le traitement médical premier et la discussion secondaire de la néphrectomie cytoréductive en fonction de l'évolution du patient et de l'épidémie.</p> <p>TRAITEMENT SYTÉMIQUE</p>	<p>Comité de cancérologie de l'AFU [2020] (France) <i>Consensus d'experts</i> Publié le 25 mars 2020</p>

	<p>Après une administration prolongée (1 à 2 ans), les traitements à base d'inhibiteur de point de contrôle immunitaire et les thérapies orales ciblées contre les récepteurs du facteur de croissance de l'endothélium vasculaire (VEGF) peuvent potentiellement être suspendus ou retardés après mûre réflexion.</p> <p>Les protocoles dont les cycles sont plus espacés (nivolumab en cycles de 4 semaines, pembrolizumab en cycles de 6 semaines) devraient être employés dans la mesure du possible.</p> <p>Les thérapies orales contre les VEGF peuvent être administrées préférentiellement aux immunothérapies par voie intraveineuse.</p> <p>Lors d'une immunothérapie, Privilégier la combinaison axitinib et pembrolizumab pour limiter les toxicités de la double immunothérapie (programme d'accès disponible).</p> <p><i>Protocole pour les patients de < 60 ans avec un bon ECOG, si contre-indication à l'axitinib</i> : dose de nivolumab 3 mg/kg + Ipilimumab 1 mg/kg aux 3 semaines pour 4 cycles, suivi d'un entretien de nivolumab 6mg/kg aux 4 semaines.</p> <p>SUIVI</p> <p>Retarder le remplacement des tubes de néphrostomie de 6 mois.</p>	<p>EAU : Gillesen et Powles [2020] (Europe) <i>Opinion d'experts</i> Date de publication nd Consulté le 31 mars 2020</p> <p>AMHOQ [2020] (Québec) <i>Consensus d'experts</i> Document non disponible en ligne Consulté le 30 mars 2020</p> <p>Ficarra <i>et al.</i> [2020] (Italie) <i>Consensus d'experts</i> Publié le 23 mars 2020</p>
Suspicion de cancer du rein	<p>DIAGNOSTIC</p> <p>L'utilité de la biopsie d'une tumeur rénale doit être fortement argumentée dans cette période de restriction d'accès à la radiologie interventionnelle.</p> <p>Le bilan d'extension des tumeurs rénales doit toujours répondre aux recommandations 2018-2020 du comité de cancérologie de l'AFU avant une présentation en RCP pour une prise de décision thérapeutique. Le temps d'occupation des salles d'intervention peut être une préoccupation. L'opérateur devra donc choisir la voie d'abord pour néphrectomie en fonction du rapport d'occupation de salle/durée d'hospitalisation.</p>	<p>Comité de cancérologie de l'AFU [2020] (France) <i>Consensus d'experts</i> Publié le 25 mars 2020</p>
Tumeur rénale localisée ou localement avancée	<p>CHIRURGIE</p> <p><i>Petite tumeur (cT1a, < 3 ou 4 cm) :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • AFU : La chirurgie pour les tumeurs cT1a (< 4 cm) doit être reportée sous surveillance (trimestrielle ou semestrielle). • EAU : toute néphrectomie partielle ou totale prévue pour le traitement d'une tumeur cT1a (< 4 cm) devrait être retardée. Dans le cas d'une masse tumorale cT1-2 (stade I-II), un report de la chirurgie de 3 mois n'a pas été associé à une 	<p>Comité de cancérologie de l'AFU [2020] (France) <i>Consensus d'experts</i> Publié le 25 mars 2020</p> <p>EAU : Stensland <i>et al.</i> [2020] (Europe) <i>Opinion d'experts</i> Publié le 15 mars 2020</p>

diminution de la survie globale ou de la survie spécifique au cancer. Chez certains patients sélectionnés, d'autres formes de thérapie d'ablation devraient être envisagées plutôt que de retarder la néphrectomie partielle ou totale prévue.

- GETUG : envisager de reporter le traitement local des petites tumeurs (p. ex. < 3 cm) de quelques mois.
- Kutikov *et al.* : Il est sécuritaire de retarder de > 3 mois la chirurgie pour le traitement local des petites tumeurs (p. ex. < 3 cm). Faible risque de progression en cas de délai de traitement. Orientation des décisions selon le risque de comorbidité lié à COVID-19 : retarder le traitement immédiat, que le risque soit faible (patient âgé de < 50 ans), moyen (patient âgé de 50 à 70 ans) ou élevé (patients âgés de > 70 ans).
- OH-CCO : un délai de 2 mois avant la chirurgie est peu susceptible d'affecter l'issue clinique dans le cas d'une tumeur cT1a (< 4 cm).

Tumeurs plus volumineuses (cT1b, 3 à 7 cm) :

- AFU : la chirurgie pour le traitement d'une tumeur cT1b (4 à 7 cm) doit être reportée en proposant une surveillance trimestrielle initiale.
- EAU : toute néphrectomie partielle ou totale prévue pour le traitement d'une tumeur cT1b (4 à 7 cm) devrait être retardée. Dans le cas d'une masse tumorale cT1-2 (stade I-II), un report de la chirurgie de 3 mois n'a pas été associé à une diminution de la survie globale ou de la survie spécifique au cancer. Chez certains patients sélectionnés, d'autres formes de thérapie d'ablation devraient être envisagées plutôt que de retarder la néphrectomie partielle ou totale prévue.
- GETUG : privilégier la néphrectomie partielle ou totale, sans traitement systémique, pour la prise en charge des tumeurs plus volumineuses (p. ex. > 3 cm).

Tumeurs cT2 (> 7 cm) :

- AFU : la chirurgie pour le traitement d'une tumeur cT2 peut être reportée en proposant une surveillance trimestrielle initiale.
- EAU : le report de toute néphrectomie partielle ou totale prévue pour le traitement d'une tumeur cT2 devrait être envisagé en fonction du profil du

GETUG [2020] (France)

Consensus d'experts

Date de publication nd

Consulté le 30 mars 2020

Kutikov *et al.* [2020]

Opinion d'experts

Publié le 27 mars 2020

OH-CCO [2020] (Ontario)

Consensus d'experts

Document non disponible en ligne

Date de publication nd

Consulté le 29 mars 2020

Comité de cancérologie de l'AFU [2020] (France)

Consensus d'experts

Publié le 25 mars 2020

EAU : Stensland *et al.* [2020] (Europe)

Opinion d'experts

Publié le 15 mars 2020

GETUG [2020] (France)

Consensus d'experts

Date de publication nd

Consulté le 30 mars 2020

Comité de cancérologie de l'AFU [2020] (France)

Consensus d'experts

Publié le 25 mars 2020

patient, tel que l'âge, les comorbidités, les symptômes et le taux de croissance de la tumeur. Dans le cas d'une masse tumorale cT1-2 (stade I-II), un report de la chirurgie de 3 mois n'a pas été associé à une diminution de la survie globale ou de la survie spécifique au cancer.

- Ficarra *et al.* : la néphrectomie radicale est fortement recommandée, tandis que la néphrectomie partielle est fortement recommandée dans des cas sélectionnés.
- OH-CCO : dans le cas d'une masse tumorale de > 7 cm (T2 ou carcinome à cellule rénal volumineux), un délai de < 4 semaines avant la chirurgie ne fait pas craindre un effet délétère significatif sur la survie.

Maladie localement avancée et (ou) symptomatique :

- AFU : la chirurgie doit être maintenue de façon prioritaire.
 - La priorité doit être donnée, dans l'ordre, à : un thrombus de la veine rénale, un thrombus de la veine cave, une adénopathie macroscopique sans autre lésion secondaire, des signes d'envahissement loco-régional, des tumeurs symptomatiques (douleurs, hématurie) pour lesquelles aucun traitement- endoscopique ou vasculaire n'est possible.
- EAU : La néphrectomie est prioritaire pour une tumeur cT3 ou plus, Incluant tous les patients avec un thrombus de la veine rénale et (ou) de la veine cave inférieure.
- Ficarra *et al.* : la néphrectomie radicale est fortement recommandée pour une maladie de stade cT3-T4, ainsi qu'une thrombectomie en cas masse rénale avec un thrombus.
- OH-CCO : la néphrectomie est prioritaire en cas de carcinome à cellule rénale avec thrombus veineux. Un délai chirurgical poserait un danger immédiat pour la vie ou l'intégrité physique du membre du patient, ou affecterait substantiellement le pronostic du patient.

Tumeur kystique (kystes Bosniak III et IV) : la chirurgie doit être reportée sous surveillance (semestrielle ou annuelle) en attendant d'être traités dans des conditions optimales.

TRAITEMENT SYSTÉMIQUE

EAU : Stensland *et al.* [2020] (Europe)
Opinion d'experts
Publié le 15 mars 2020

Ficarra *et al.* [2020] (Italie)
Consensus d'experts
Publié le 23 mars 2020

OH-CCO [2020] (Ontario)
Consensus d'experts
Document non disponible en ligne
Date de publication nd
Consulté le 29 mars 2020

Comité de cancérologie de l'AFU [2020] (France)
Consensus d'experts
Publié le 25 mars 2020

EAU : Stensland *et al.* [2020] (Europe)
Opinion d'experts
Publié le 15 mars 2020

Ficarra *et al.* [2020] (Italie)
Consensus d'experts
Publié le 23 mars 2020

OH-CCO [2020] (Ontario)
Consensus d'experts
Document non disponible en ligne
Date de publication nd
Consulté le 29 mars 2020

Comité de cancérologie de l'AFU [2020] (France)
Consensus d'experts
Publié le 25 mars 2020

	<p><i>Tumeurs cT2 (> 7 cm)</i> : Idéalement, ne pas retarder la chimiothérapie pour un tumeur cT2a ou plus. Risque élevé de progression en cas de délai de traitement. Orientation des décisions selon le risque de comorbidité lié à COVID-19 : procéder au traitement immédiatement si le risque est faible (patient âgé de < 50 ans) ou moyen (patient âgé de 50 à 70 ans); mettre en balance les risques et les bénéfices possibles d'un traitement immédiat si le risque est élevé (patients âgés de > 70 ans).</p>	<p>Kutikov <i>et al.</i> [2020] <i>Opinion d'experts</i> Publié le 27 mars 2020</p>
<p>Cancer du rein métastatique</p>	<p>PRISE EN CHARGE GÉNÉRALE</p> <p>Il est essentiel de maintenir les mesures de prévention des complications thérapeutiques et les soins de supports qui seront adaptés aux contraintes du confinement (activité physique, nutrition, ...).</p> <p>CHIRURGIE</p> <p><i>Tous pronostics</i> : la néphrectomie ne devrait pas être réalisée sans justification.</p> <p>TRAITEMENT SYSTÉMIQUE</p> <p><i>Maladie métastatique de bon pronostic</i> :</p> <ul style="list-style-type: none"> • AFU et GETUG : Privilégier un inhibiteur de tyrosine kinase (ITK - sunitinib ou pazopanib) en encourageant le suivi téléphonique ou les téléconsultations. • EAU : Le traitement de 1^{re} intention ne devrait pas être interrompu sans justification. <p><i>Maladie métastatique de pronostic intermédiaire ou mauvais</i> :</p> <ul style="list-style-type: none"> • AMHOQ : protocole d'immunothérapie si contre-indication à l'axitinib : dose de nivolumab 3 mg/kg + Ipilimumab 1 mg/kg aux 3 semaines pour 4 cycles, suivi d'un entretien de nivolumab 6 mg/kg aux 4 semaines. • AFU et GETUG : le bénéfice du standard actuel de traitement reposant sur l'association ipilimumab-nivolumab doit être mis en balance avec le risque de 	<p>Comité de cancérologie de l'AFU [2020] (France) <i>Consensus d'experts</i> Publié le 25 mars 2020</p> <p>EAU : Gillesen et Powles [2020] (Europe) <i>Opinion d'experts</i> Date de publication nd Consulté le 31 mars 2020</p> <p>Comité de cancérologie de l'AFU [2020] (France) <i>Consensus d'experts</i> Publié le 25 mars 2020</p> <p>EAU : Gillesen et Powles [2020] (Europe) <i>Opinion d'experts</i> Date de publication nd Consulté le 31 mars 2020</p> <p>GETUG [2020] (France) <i>Consensus d'experts</i> Date de publication nd Consulté le 30 mars 2020</p> <p>AMHOQ [2020] (Québec) <i>Consensus d'experts</i> Document non disponible en ligne Consulté le 30 mars 2020</p> <p>Comité de cancérologie de l'AFU [2020] (France)</p>

	<p>toxicité sévère dans le contexte de réduction de l'accès à un service de réanimation. L'emploi du sunitinib par défaut est sub-optimal mais peut se discuter dans ce contexte. Il est difficile de dégager un consensus et la décision devra être prise au cas par cas.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Les patients de pronostic intermédiaires avec une faible charge tumorale et asymptomatiques pourraient être traités par ITK. ○ Pour les patients de mauvais pronostic et en mauvais état général (PS \geq 2), un traitement palliatif exclusif peut être privilégié. ● EAU : le traitement de 1^{re} intention d'une maladie de pronostic intermédiaire ou mauvais selon le score du IMDC devrait être débuté dans la mesure du possible et il ne devrait pas être interrompu sans justification. Les thérapies orales ciblées contre les récepteurs VEGF peuvent être administrées préférentiellement aux immunothérapies par voie intraveineuse, étant donné qu'elles requièrent moins de ressources et d'interactions avec les fournisseurs de soins de santé. <p><i>Indication palliative avec un bénéfice de survie substantiel</i> : privilégier l'immunothérapie de 1^{re} intention (combinaison ipilimumab+nivolumab, pembrolizumab+axitinib). Les traitements de 1^{re} intention à base d'ITK offrent également un bénéfice substantiel, mais moindre que l'immunothérapie.</p> <p><i>Indications palliatives avec un bénéfice majeur de contrôle des symptômes ou un bénéfice modeste de survie</i> : privilégier le nivolumab en 2^e intention. Si la maladie est stable, suggérer une interruption temporaire du traitement (pause).</p>	<p><i>Consensus d'experts</i> Publié le 25 mars 2020</p> <p>EAU : Gillessen et Powles [2020] (Europe) <i>Opinion d'experts</i> Date de publication nd Consulté le 31 mars 2020</p> <p>GETUG [2020] (France) <i>Consensus d'experts</i> Date de publication nd Consulté le 30 mars 2020</p> <p>OH-CCO [2020] (Ontario) <i>Consensus d'experts</i> Document non disponible en ligne Date de publication nd Consulté le 29 mars 2020</p>
Cancer de la glande surrénale		
Lésion surrénalienne de \geq 6 cm (suspicion de carcinome corticosurrénalien)	<p>CHIRURGIE</p> <p>Envisager de retarder la surrénalectomie</p>	<p>EAU : Gillessen et Powles [2020] (Europe) <i>Opinion d'experts</i> Date de publication nd Consulté le 31 mars 2020</p>
Lésion surrénalienne de < 6 cm (lésion moins suspecte de cancer)	<p>CHIRURGIE</p> <p>La surrénalectomie est prioritaire. Un délai chirurgical pourrait diminuer la résecabilité et affecter la survie.</p>	<p>EAU : Gillessen et Powles [2020] (Europe) <i>Opinion d'experts</i> Date de publication nd Consulté le 31 mars 2020</p>
Cancer de la vessie et des voies excrétrices supérieures		

Principes généraux, cancer vésical	<p>EXAMENS MÉDICAUX</p> <p>Reporter la cytoscopie flexible. Réenvisager une cytoscopie flexible chez les patients atteints d'un cancer de la vessie à haut risque si l'état d'urgence sanitaire se prolonge.</p>	<p>Ficarra <i>et al.</i> [2020] (Italie) <i>Consensus d'experts</i> Publié le 23 mars 2020</p>
Suspicion de tumeur vésicale	<p>RÉSECTION TRANSURÉTRALE DE LA TUMEUR DE LA VESSIE (RTUTV)</p> <p>Réaliser la RTUTV (prioritaire, intervention ambulatoire) si une tumeur vésicale de stade cT1 ou plus est suspectée.</p> <p>La RTUTV est fortement recommandée en présence d'une tumeur vésicale de > 2 cm au diagnostic. L'absence ou la faible prévalence de COVID-19 dans l'urine n'est pas associée au risque de contagion chez les patients asymptomatiques qui n'ont pas reçu un diagnostic à la suite d'un prélèvement naso-pharyngé.</p>	<p>EAU : Stensland <i>et al.</i> [2020] (Europe) <i>Opinion d'experts</i> Publié le 15 mars 2020</p> <p>Ficarra <i>et al.</i> [2020] (Italie) <i>Consensus d'experts</i> Publié le 23 mars 2020</p>
Tumeur vésicale sans invasion musculaire (TVNIM)	<p>EXAMENS MÉDICAUX</p> <p><i>TVNIM à faible risque ou de bas grade</i> : reporter la fibroscopie (cytoscopie) de suivi pour un TVNIM urothélial à faible risque (de petite taille, non multifocal, présumément de bas grade et sans composante <i>in situ</i> d'après le résultat de la cytologie urinaire et [ou] les antécédents TVNIM du patient).</p> <p><i>TVNIM de risque intermédiaire</i> :</p> <ul style="list-style-type: none"> • AFU : dans le cas d'un TVNIM urothélial à risque intermédiaire de progression, maintenir la fibroscopie (cytoscopie) de suivi. <p><i>TVNIM à risque élevé</i> : dans le cas d'un TVNIM urothélial à risque élevé, maintenir la fibroscopie (cytoscopie) de suivi.</p> <p>RÉSECTION TRANSURÉTRALE DE LA TUMEUR DE LA VESSIE (RTUTV)</p> <p><i>TVNIM à faible risque ou de bas grade</i> :</p> <ul style="list-style-type: none"> • AFU : dans le cas d'un TVNIM urothélial à faible risque (de petite taille, non multifocal, présumément de bas grade et sans composante <i>in situ</i> d'après le résultat de la cytologie urinaire et [ou] les antécédents TVNIM du patient), réaliser la RTUTV dans un délai maximum de 3 mois dans le contexte de réduction d'accès au bloc opératoire. La réalisation de cette intervention en 	<p>Comité de cancérologie de l'AFU [2020] (France) <i>Consensus d'experts</i> Publié le 25 mars 2020</p> <p>Comité de cancérologie de l'AFU [2020] (France) <i>Consensus d'experts</i> Publié le 25 mars 2020</p> <p>Comité de cancérologie de l'AFU [2020] (France) <i>Consensus d'experts</i> Publié le 25 mars 2020</p> <p>Comité de cancérologie de l'AFU [2020] (France) <i>Consensus d'experts</i> Publié le 25 mars 2020</p> <p>OH-CCO [2020] (Ontario) <i>Consensus d'experts</i> Document non disponible en ligne</p>

chirurgie ambulatoire doit être privilégiée de manière à libérer des lits hospitaliers.

- OH-CCO : un délai de 2 mois avant la chirurgie est peu susceptible d'affecter l'issue clinique dans le cas d'une TVNIM urothéliale de bas grade.

TVNIM de risque intermédiaire : dans le cas d'un TVNIM urothélial à risque intermédiaire de progression, réaliser la RTUTV dans le mois suivant le diagnostic.

TVNIM à risque élevé :

- AFU : dans le cas d'un TVNIM urothélial à risque élevé de progression, réaliser la RTUTV dans le mois suivant le diagnostic.
- Ficarra *et al.* : la RTUTV est fortement recommandée. L'absence ou la faible prévalence de COVID-19 dans l'urine n'est pas associée au risque de contagion chez les patients asymptomatiques qui n'ont pas reçu un diagnostic à la suite d'un prélèvement naso-pharyngé.

Récidive de TVNIM à faible risque : dans le cas d'une récidive de TVNIM urothélial à faible risque (de petite taille, non multifocal, présumément de bas grade et sans composante *in situ* d'après le résultat de la cytologie urinaire et [ou] les antécédents TVNIM du patient), réaliser la RTUTV dans un délai maximum de 3 mois dans le contexte de réduction d'accès au bloc opératoire.

TRAITEMENTS INTRAVÉSICAUX

Le rapport bénéfice/risque des instillations adjuvantes pour traiter une TVNIM urothéliale doit être évalué par l'urologue individuellement pour chaque patient. Il peut être remis en question si le risque de contamination par COVID-19 lié à la rupture du confinement des patients est significatif.

- Chimiothérapie (épirubicine) : précaution de confinement des patients et respect des gestes barrières
- BCG : proposer l'antibiothérapie par ofloxacine post-instillation.

Pour la prise en charge du syndrome irritatif secondaire aux instillations de BCG ou de chimiothérapie, le traitement antispasmodique et anticholinergique est indiqué dans les 48 premières heures. Au-delà, un traitement per os par ofloxacine 200 mg x 2/jour est recommandé. Les anti-inflammatoires non stéroïdiens ne doivent être prescrits qu'après appréciation du risque d'infection par COVID-19 (sujets contacts, symptômes, etc.). La prescription d'ofloxacine 6 heures et 18 heures après la première miction suivant l'instillation présente l'intérêt de réduire le risque d'effets

Date de publication nd
Consulté le 29 mars 2020

Comité de cancérologie de l'AFU [2020]
(France)

Consensus d'experts
Publié le 25 mars 2020

Comité de cancérologie de l'AFU [2020]
(France)

Consensus d'experts
Publié le 25 mars 2020

Ficarra *et al.* [2020] (Italie)

Consensus d'experts
Publié le 23 mars 2020

Comité de cancérologie de l'AFU [2020]
(France)

Consensus d'experts
Publié le 25 mars 2020

Comité de cancérologie de l'AFU [2020]
(France)

Consensus d'experts
Publié le 25 mars 2020

indésirables sévères de la BCG-thérapie qui pourrait porter à confusion avec le diagnostic d'infection par COVID-19.

TVNIM à faible risque ou de bas grade :

- AFU : traiter par instillation post-opératoire précoce (IPOP) les TVNIM urothélial de faible risque uniquement (de petite taille, non multifocal, présumément de bas grade et sans composante *in situ* d'après le résultat de la cytologie urinaire et [ou] les antécédents TVNIM du patient), si faisable dans les 6h post-RTUV (sinon, légitime de surseoir). La réalisation de cette intervention en chirurgie ambulatoire doit être privilégiée de manière à libérer des lits hospitaliers.
- Ficarra *et al.* : retarder la thérapie intravésicale.
- Kutikov *et al.* : Il est sécuritaire de retarder la chirurgie de > 3 mois en présence d'une tumeur de bas grade. Faible risque de progression en cas de délai de traitement. Orientation des décisions selon le risque de comorbidité lié à COVID-19 : retarder le traitement immédiat, que le risque soit faible (patient âgé de < 50 ans), moyen (patient âgé de 50 à 70 ans) ou élevé (patients âgés de > 70 ans).

TVNIM de risque intermédiaire ou élevé : retarder la thérapie intravésicale.

CYSTECTOMIE RADICALE

TVNIM à très haut risque de progression ou réfractaire au BCG :

- AFU : réaliser la cystectomie radicale dans les 3 mois si la TVNIM urothéliale est réfractaire au BCG ou présente des critères de très haut risque de progression métastatique (pT1 haut grade + composante *in situ*, multifocal et [ou] > 3c et [ou] avec embolie lympho-vasculaire et [ou] de siège prostatique [pT4a] et [ou] de formes histologiques agressives).
- OH-CCO : un délai de < 4 semaines avant la chirurgie d'ablation d'une TVNIM de haut grade ne fait pas craindre un effet délétère significatif sur la survie.

TVNIM in situ réfractaire :

- EAU : réaliser la cystectomie (prioritaire) si la TVNIM *in situ* est réfractaire à un traitement de 3^e intention.
- Ficarra *et al.* : la cystectomie radicale et la dérivation urinaire continente ou non est fortement recommandée. Des précautions doivent être prises en cas de résection de l'intestin en raison de la prévalence élevée de patients dont les selles présentent une charge virale élevée.

Comité de cancérologie de l'AFU [2020] (France)

Consensus d'experts
Publié le 25 mars 2020

Ficarra *et al.* [2020] (Italie)

Consensus d'experts
Publié le 23 mars 2020

Kutikov *et al.* [2020]

Opinion d'experts
Publié le 27 mars 2020

Ficarra *et al.* [2020] (Italie)

Consensus d'experts
Publié le 23 mars 2020

Comité de cancérologie de l'AFU [2020] (France)

Consensus d'experts
Publié le 25 mars 2020

OH-CCO [2020] (Ontario)

Consensus d'experts
Date de publication nd
Consulté le 29 mars 2020

EAU : Stensland *et al.* [2020] (Europe)

Opinion d'experts
Publié le 15 mars 2020

Ficarra *et al.* [2020] (Italie)

Consensus d'experts
Publié le 23 mars 2020

	<p>TRAITEMENT SYSTÉMIQUE</p> <p><i>TVNIM à risque élevé ou très élevé de progression ou réfractaire au BCG :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • AFU : la prescription d'une chimiothérapie néoadjuvante sous-optimale (combinaison sans cisplatine) ne doit pas être proposée pour permettre d'accroître le délai [avant la cystectomie] pour le traitement d'une TVNIM urothéliale réfractaire au BCG ou présentant des critères de très haut risque de progression métastatique (pT1 haut grade + composante in situ, multifocal et [ou] > 3c et [ou] avec embolie lympho-vasculaire et [ou] de siège prostatique [pT4a] et [ou] de formes histologiques agressives). • Kutikov <i>et al.</i> : idéalement, ne pas retarder la chimiothérapie en présence d'une tumeur urothéliale à risque élevé. Risque élevé de progression en cas de délai de traitement. Orientation des décisions selon le risque de comorbidité lié à COVID-19 : Procéder au traitement immédiatement si le risque est faible (patient âgé de < 50 ans) ou moyen (patient âgé de 50 à 70 ans); mettre en balance les risques et les bénéfices possibles d'un traitement immédiat si le risque est élevé (patients âgés de > 70 ans). 	<p>Comité de cancérologie de l'AFU [2020] (France) <i>Consensus d'experts</i> Publié le 25 mars 2020</p> <p>Kutikov <i>et al.</i> [2020] <i>Opinion d'experts</i> Publié le 27 mars 2020</p>
<p>Tumeur vésicale invasive sur le plan musculaire (TVIM)</p>	<p>CYSTECTOMIE RADICALE</p> <p>Réaliser la cystectomie radicale (prioritaire), que le patient ait reçu ou non une chimiothérapie néoadjuvante.</p> <p>Privilégier la cystectomie, sans différer celle-ci (discuter l'emploi ou non d'une chimiothérapie néo-adjuvante ; cf TVNIM/traitements systémique ci-dessous)</p> <p>La cystectomie radicale et la dérivation urinaire continente ou non est fortement recommandée. Des précautions doivent être prises en cas de résection de l'intestin en raison de la prévalence élevée de patients dont les selles présentent une charge virale élevée.</p> <p><i>TVIM urothélial T < 3 N0</i> : favoriser une prise en charge chirurgicale d'emblée, sans chimiothérapie néoadjuvante, dans un délai maximum de 3 mois suivant le diagnostic.</p> <p>RADIOTHÉRAPIE ET CHIMIORADIOTHÉRAPIE</p> <p><i>Cystectomie contre-indiquée</i> : privilégier les schémas courts de radiothérapie (55 Gy/20 séances) avec chimiothérapie concomitante si besoin (5FU/Mitomycine C).</p>	<p>EAU : Stensland <i>et al.</i> [2020] (Europe) <i>Opinion d'experts</i> Publié le 15 mars 2020</p> <p>GETUG [2020] (France) <i>Consensus d'experts</i> Date de publication nd Consulté le 30 mars 2020</p> <p>Ficarra <i>et al.</i> [2020] (Italie) <i>Consensus d'experts</i> Publié le 23 mars 2020</p> <p>Comité de cancérologie de l'AFU [2020] (France) <i>Consensus d'experts</i> Publié le 25 mars 2020</p> <p>GETUG [2020] (France) <i>Consensus d'experts</i></p>

	<p><i>TVIM cT2-4a N0</i> : lors d'une chimioradiothérapie radicale, le fractionnement peut être diminué à 20 fractions quotidiennes de RCT-3D ou de RCMI de 2,75 Gy chacune (données de noninfériorité, basé sur l'étude BC2001).</p> <p><i>TVIM cT2-4a N0, vessie seulement</i> : lors d'une radiothérapie radicale, le fractionnement peut être diminué à 32 fractions quotidiennes de RCT-3D ou de RCMI de 2 Gy chacune, sans irradiation ganglionnaire.</p> <p>TRAITEMENT SYSTÉMIQUE</p> <p>La chimiothérapie périopératoire pour le traitement d'une tumeur urothéliale résécable ne devrait pas être débuté sans justification. Après 3 cycles, la chimiothérapie périopératoire peut potentiellement être interrompue ou reportée après mûre réflexion.</p> <p>La chimiothérapie néoadjuvante peut être utile pendant la période d'attente avant la chirurgie lorsque la chirurgie d'emblée n'est pas possible.</p> <p>Discuter l'emploi ou non d'une chimiothérapie néo-adjuvante (en prenant en compte à la fois le bénéfice démontré en survie globale et le risque potentiel d'aggravation d'une infection à COVID-19 par la neutropénie). Si celle-ci est employée, privilégier l'association cisplatine-gemcitabine (moins neutropénisante) sous couvert de G-CSF.</p> <p>L'emploi d'une chimiothérapie néoadjuvante devrait être priorisé pour les indications de tumeur vésicale urothéliale avec un bénéfice de survie modeste ou dans le cadre d'un traitement curatif, c'est-à-dire si des délais d'accès au traitement local radical (cystectomie radicale) surviennent ou si une tumeur volumineuse (<i>bulky</i>) n'est pas prise en charge de manière optimale par la thérapie trimodale de conservation de la vessie.</p> <p><i>TVIM urothélial T < 3 N0</i> : La cystectomie d'emblée doit être privilégiée plutôt que la chimiothérapie néoadjuvante.</p>	<p>Date de publication nd Consulté le 30 mars 2020</p> <p>ESTRO : Simcock <i>et al.</i> [2020] (Europe) <i>Consensus d'experts</i> Publié le 20 mars 2020</p> <p>EAU : Gillissen et Powles [2020] (Europe) <i>Opinion d'experts</i> Date de publication nd Consulté le 31 mars 2020</p> <p>GETUG [2020] (France) <i>Consensus d'experts</i> Date de publication nd Consulté le 30 mars 2020</p> <p>OH-CCO [2020] (Ontario) <i>Consensus d'experts</i> Document non disponible en ligne Date de publication nd Consulté le 29 mars 2020</p> <p>Comité de cancérologie de l'AFU [2020] (France) <i>Consensus d'experts</i> Publié le 25 mars 2020</p>
Principes généraux, tumeurs des voies excrétrices supérieures	<p>SUIVI</p> <p>Retarder le remplacement des endoprothèses urétérales de 6 mois.</p>	<p>Ficarra <i>et al.</i> [2020] (Italie) <i>Consensus d'experts</i> Publié le 23 mars 2020</p>
	CHIRURGIE	

	<ul style="list-style-type: none"> EAU : réaliser la néphro-urétérectomie (prioritaire) en présence d'une tumeur urothéliale cT1 ou plus et (ou) de grade élevé. Un délai chirurgical de 3 mois a été associé à une progression de la maladie pour tous les patients ainsi qu'à une réduction de la survie spécifique au cancer pour les patients atteints d'Une maladie infiltrant le parenchyme rénal. Ficarra <i>et al.</i> : la néphro-urétérectomie est fortement recommandée, de même qu'une éventuelle une lymphadénectomie concomitante. <p><i>Tumeur urothéliale T ≤ 3 N0</i> : Réaliser la néphro-urétérectomie totale dans le mois suivant le diagnostic, avec excision d'une collerette vésicale périméatique.</p> <p>TRAITEMENT SYSTÉMIQUE</p> <p><i>Tumeur urothéliale T ≤ 3 N0</i> : le rapport bénéfice/risque de la chimiothérapie néoadjuvante doit être évalué dans le contexte de pénurie de lits de soins intensifs. La néphro-urétérectomie totale d'emblée doit être privilégiée dans ce contexte.</p>	<p>Ficarra <i>et al.</i> [2020] (Italie) <i>Consensus d'experts</i> Publié le 23 mars 2020</p> <p>Comité de cancérologie de l'AFU [2020] (France) <i>Consensus d'experts</i> Publié le 25 mars 2020</p> <p>Comité de cancérologie de l'AFU [2020] (France) <i>Consensus d'experts</i> Publié le 25 mars 2020</p>
Maladie métastatique (cancer vésical ou des voies excrétrices supérieures)	<p>TRAITEMENT SYSTÉMIQUE</p> <p>Les traitements de 1^{re} intention d'un cancer urothélial métastatique devraient être débutés dans la mesure du possible et ils ne devraient pas être interrompus sans justification.</p> <p>La chimiothérapie palliative a été évaluée avec des protocoles comportant un nombre de cycles spécifique; le risque associé à l'interruption prématurée du traitement n'a pas été évalué, ni le report du traitement. Il existe toutefois des catégories de patients pour lesquels la complétion de la chimiothérapie (administration de tous les cycles) pourrait être associée à davantage de risques que de bénéfices. Les patients doivent participer à la discussion.</p> <p><i>Maladie réfractaire aux traitements à base de sel de platine</i> : la chimiothérapie ne devrait pas être débutée sans justification.</p> <p><i>Maladie réfractaire aux traitements à base de sel de platine ne répondant pas à la thérapie</i> : la chimiothérapie peut potentiellement être interrompue ou reportée après mûre réflexion.</p> <p><i>Maladie PD-L1 positive</i> : pour la thérapie de 1^{re} intention, les inhibiteurs de point de contrôle immunitaire peuvent être employés préférentiellement, plutôt que la chimiothérapie.</p> <p><i>Cancer de la vessie métastatique</i> : privilégier l'association cisplatine-gemcitabine + G-CSF (plutôt que le MVAC intensifié) pour le traitement de 1^{re} intention d'un cancer de la vessie métastatique. Différer le traitement de 2^e intention de quelques semaines</p>	<p>EAU : Gillissen et Powles [2020] (Europe) <i>Opinion d'experts</i> Date de publication nd Consulté le 31 mars 2020</p> <p>GETUG [2020] (France) <i>Consensus d'experts</i></p>

	lorsque c'est possible. L'impact des inhibiteurs de point de contrôle sur l'évolution de COVID-19 est actuellement inconnu.	Date de publication nd Consulté le 30 mars 2020
Cancer du testicule		
Principes généraux	<p>DIAGNOSTIC</p> <p>Peut faire l'objet d'un retard diagnostique de la part du patient comme de son médecin</p> <p>CHIRURGIE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ficarra <i>et al.</i> : l'orchidectomie radicale est fortement recommandée. • OH-CCO : <ul style="list-style-type: none"> ○ L'orchidectomie radicale est prioritaire. Un délai chirurgical poserait un danger immédiat pour la vie ou l'intégrité physique du membre du patient, ou affecterait substantiellement le pronostic du patient. ○ Le curage ganglionnaire rétropéritonéal est prioritaire lorsque la surveillance active n'est pas une option de remplacement reconnue. Un délai chirurgical poserait un danger immédiat pour la vie ou l'intégrité physique du membre du patient, ou affecterait substantiellement le pronostic du patient. <p>RADIOTHÉRAPIE</p> <p>La radiothérapie peut être encouragée en remplacement de la chirurgie (post-orchidectomie) lorsque la surveillance n'est pas une option, afin d'éviter l'utilisation d'un ventilateur et une hospitalisation (« <i>inpatient stay</i> »).</p> <p>Préférer la chimiothérapie ou la radiothérapie au curage ganglionnaire rétropéritonéal, lorsque cliniquement indiqué.</p> <p>TRAITEMENT SYSTÉMIQUE</p> <ul style="list-style-type: none"> • EAU : <ul style="list-style-type: none"> ○ Les traitements systémiques à visée curative devraient être débutés, si possible. Les protocoles à dose conventionnelle sont préférés aux protocoles à haute dose. ○ Préférer la chimiothérapie ou la radiothérapie au curage ganglionnaire rétropéritonéal, lorsque cliniquement indiqué. La décision d'opter pour une chimiothérapie devrait être mis en balance avec les préoccupations 	<p>Comité de cancérologie de l'AFU [2020] (France) <i>Consensus d'experts</i> Publié le 25 mars 2020</p> <p>Ficarra <i>et al.</i> [2020] (Italie) <i>Consensus d'experts</i> Publié le 23 mars 2020</p> <p>OH-CCO [2020] (Ontario) <i>Consensus d'experts</i> Document non disponible en ligne Date de publication nd Consulté le 29 mars 2020</p> <p>EAU : Gillessen et Powles [2020] (Europe) <i>Opinion d'experts</i> Date de publication nd Consulté le 31 mars 2020</p> <p>EAU : Gillessen et Powles [2020] (Europe) <i>Opinion d'experts</i> Date de publication nd Consulté le 31 mars 2020</p> <p>Kutikov <i>et al.</i> [2020] <i>Opinion d'experts</i> Publié le 27 mars 2020</p>

	<p>relatives à l'immunosuppression ainsi qu'au risque accru d'infection COVID-19 et de séquelles.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kutikov <i>et al.</i> : Idéalement, ne pas retarder la chimiothérapie. Risque élevé de progression en cas de délai de traitement. Orientation des décisions selon le risque de comorbidité lié à COVID-19 : procéder au traitement immédiatement si le risque est faible (patient âgé de < 50 ans) ou moyen (patient âgé de 50 à 70 ans); mettre en balance les risques et les bénéfices possibles d'un traitement immédiat si le risque est élevé (patients âgés de > 70 ans). 	
Suspicion de cancer du testicule	<p>ORCHIDECTOMIE</p> <ul style="list-style-type: none"> • AFU : Réaliser l'orchidectomie dans la semaine (urgence chirurgicale). Un éventuel retard au traitement ne peut être justifié. L'argument du recours possible à une chimiothérapie adjuvante (cisplatine) en cas de retard à l'orchidectomie est inacceptable. <ul style="list-style-type: none"> ○ En présence d'une lésion supposée bénigne de < 2 cm à marqueurs négatifs, reporter l'orchidectomie partielle diagnostique. • EAU : réaliser l'orchidectomie dans la semaine (prioritaire, intervention ambulatoire). • GETUG : éviter de différer l'orchidectomie. 	<p>Comité de cancérologie de l'AFU [2020] (France) <i>Consensus d'experts</i> Publié le 25 mars 2020</p> <p>EAU : Gillissen et Powles [2020] (Europe) <i>Opinion d'experts</i> Date de publication nd Consulté le 31 mars 2020</p> <p>GETUG [2020] (France) <i>Consensus d'experts</i> Date de publication nd Consulté le 30 mars 2020</p>
Tumeur du testicule de stade III ou moins	<p>STADIFICATION</p> <p><i>Stade II</i> : confirmer la stadification par une 2^e imagerie.</p> <p>PRISE EN CHARGE</p> <p><i>Stade I</i> :</p> <ul style="list-style-type: none"> • AFU : Prioriser la surveillance des tumeurs germinales séminomateuses. Adopter la stratégie adaptée au risque des tumeurs germinales non séminomateuses pour discuter une surveillance plutôt qu'une chimiothérapie en fonction du risque infectieux et de la disponibilité des scanners. • GETUG : <ul style="list-style-type: none"> ○ Pour un séminome, privilégier la surveillance post-orchidectomie plutôt que la chimiothérapie adjuvante par carboplatine. 	<p>Comité de cancérologie de l'AFU [2020] (France) <i>Consensus d'experts</i> Publié le 25 mars 2020</p> <p>Comité de cancérologie de l'AFU [2020] (France) <i>Consensus d'experts</i> Publié le 25 mars 2020</p> <p>GETUG [2020] (France) <i>Consensus d'experts</i> Date de publication nd Consulté le 30 mars 2020</p> <p>OH-CCO [2020] (Ontario) <i>Consensus d'experts</i></p>

<ul style="list-style-type: none"> ○ Pour une tumeur non séminomateuse, privilégier la surveillance post-orchidectomie plutôt que la chimiothérapie adjuvante par BEP. ● OH-CCO : pour les tumeurs germinales séminomateuse et non séminomateuses, privilégier la surveillance plutôt qu'un traitement systémique, étant donné l'absence de bénéfice de survie à la suite d'une récurrence. <p>CHIRURGIE</p> <p><i>Stade I</i> : pas de report de l'orchidectomie totale, ce d'autant qu'une tumeur germinale non-séminomateuse (TGNS) est suspectée ou que les marqueurs sériques sont élevés.</p> <p>Masse résiduelle post-chimiothérapie :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● AFU: pas de report du curage ganglionnaire rétropéritonéal de rattrapage, au risque de perte de chance de guérison. ● EAU : le curage ganglionnaire rétropéritonéal est prioritaire. ● Ficarra <i>et al.</i> : la chirurgie est fortement recommandée en présence d'une masse ganglionnaire rétropéritonéale résiduelle post-chimiothérapie. 		<p>Document non disponible en ligne Date de publication nd Consulté le 29 mars 2020</p> <p>Comité de cancérologie de l'AFU [2020] (France) <i>Consensus d'experts</i> Publié le 25 mars 2020</p> <p>Comité de cancérologie de l'AFU [2020] (France) <i>Consensus d'experts</i> Publié le 25 mars 2020</p> <p>EAU : Gillesen et Powles [2020] (Europe) <i>Opinion d'experts</i> Date de publication nd Consulté le 31 mars 2020</p> <p>Ficarra <i>et al.</i> [2020] (Italie) <i>Consensus d'experts</i> Publié le 23 mars 2020</p>
<p>RADIOTHÉRAPIE</p> <p><i>Séminome de stade I</i> : la radiothérapie peut être omise. En remplacement, considérer l'observation ou une chimiothérapie par carboplatine.</p> <p><i>Séminome de stade IIa</i> : la radiothérapie est privilégiée en cas de confirmation de la stadification.</p> <p>TRAITEMENT SYSTÉMIQUE</p>		<p>ESTRO : Simcock <i>et al.</i> [2020] (Europe) <i>Consensus d'experts</i> Publié le 20 mars 2020</p> <p>GETUG [2020] (France) <i>Consensus d'experts</i> Date de publication nd Consulté le 30 mars 2020</p>

	<p><i>Stade in situ avec un doute quant à un stade II</i> : Statuer sur l'emploi d'un traitement systémique en fonction du bilan biologique et d'imagerie de contrôle à 6 semaines.</p> <p><i>Stade I</i> : la chimiothérapie adjuvante ne devrait pas être débutée sans justification.</p> <p><i>Stade II</i> :</p> <ul style="list-style-type: none"> • AFU : discuter un report raisonnable de chimiothérapie en fonction du potentiel évolutif ou symptomatique de la maladie. • AFU et GETUG : En présence d'un séminome de stade II et plus relevant d'une chimiothérapie, privilégier la stratégie employée dans l'étude SEMITEP afin de réduire au maximum le nombre de cycles de chimiothérapie. Éviter l'usage de la bléomycine. Employer le G-CSF. <p><i>Stade III</i> : discuter un report raisonnable de chimiothérapie en fonction du potentiel évolutif ou symptomatique de la maladie.</p>	<p>Comité de cancérologie de l'AFU [2020] (France) <i>Consensus d'experts</i> Publié le 25 mars 2020</p> <p>EAU : Gillesen et Powles [2020] (Europe) <i>Opinion d'experts</i> Date de publication nd Consulté le 31 mars 2020</p> <p>Comité de cancérologie de l'AFU [2020] (France) <i>Consensus d'experts</i> Publié le 25 mars 2020</p> <p>GETUG [2020] (France) <i>Consensus d'experts</i> Date de publication nd Consulté le 30 mars 2020</p> <p>Comité de cancérologie de l'AFU [2020] (France) <i>Consensus d'experts</i> Publié le 25 mars 2020</p>
Cancer du testicule métastatique	<p>TRAITEMENT SYSTÉMIQUE</p> <p>Ne pas cesser la chimiothérapie de 1re et 2e intention sans justification.</p> <p><i>Tumeur germinale non-séminomateuse métastatique de bon pronostic</i> : envisager de remplacer la bléomycine par l'ifosfamide (3 VIP). Nous rappelons que 4 cycles d'EP sont probablement inférieurs en efficacité à 3 cycles de BEP dans cette situation. Employer le G-CSF.</p> <p><i>Maladie métastatique de pronostic intermédiaire</i> :</p> <ul style="list-style-type: none"> • AFU et GETUG : <ul style="list-style-type: none"> ○ Éviter la bléomycine pour le traitement d'un séminome métastatique de pronostic intermédiaire (IGCCCG 1 ou 2). Privilégier 4 cycles du protocole VIP + G-CSF (selon l'étude S99). 	<p>EAU : Gillesen et Powles [2020] (Europe) <i>Opinion d'experts</i> Date de publication nd Consulté le 31 mars 2020</p> <p>Comité de cancérologie de l'AFU [2020] (France) <i>Consensus d'experts</i> Publié le 25 mars 2020</p> <p>Comité de cancérologie de l'AFU [2020] (France) <i>Consensus d'experts</i> Publié le 25 mars 2020</p> <p>GETUG [2020] (France) <i>Consensus d'experts</i> Date de publication nd Consulté le 30 mars 2020</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Envisager de remplacer la bléomycine par l'ifosfamide (4 VIP) pour le traitement d'une tumeur germinale non séminomateuse métastatique de pronostic intermédiaire. Employer le G-CSF. <p><i>Tumeur germinale non-séminomateuse métastatique à haut risque :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • AFU et GETUG : discuter soit une chimiothérapie sans bléomycine (par exemple 4 TIP ou 4 VIP + G-CSF) ou l'emploi du schéma du GETUG-13 en remplaçant le premier cycle de BEP par un cycle de VIP et en limitant la dose de bléomycine. Situation difficile à discuter avec un centre expert. <p><i>Tumeur germinale métastatique en situation de rattrapage :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • AFU et GETUG : limiter les indications de chimiothérapie intensive avec autogreffe aux situations de rattrapage les plus graves. En cas de chimiothérapie intensive avec autogreffe, envisager une sérologie COVID-19 préalable avant chaque intensification. 	
Cancer du pénis ou de l'urètre		
Tumeur du pénis <i>in situ</i> (PeIN3)	<p>PRISE EN CHARGE</p> <p>Lorsque toutes les options thérapeutiques sont disponibles, préférer le traitement topique à domicile à un traitement différé par chirurgie ou par laser.</p> <p>En cas d'indications de traitement après échec de traitement conservateur (par sous-stadification), proposer un report raisonnable du traitement subséquent, sous surveillance stricte (discuter des consultations présentes et au moins l'envoi de photographies).</p>	Comité de cancérologie de l'AFU [2020] (France) <i>Consensus d'experts</i> Publié le 25 mars 2020
Tumeur du pénis ou de l'urètre invasive	<p>PRISE EN CHARGE</p> <p><i>Cancer du pénis ou de l'urètre invasif ou obstruant</i> : ne pas retarder la chirurgie (prioritaire). La prévention de l'apparition de métastases ganglionnaires pourrait éviter une morbidité substantielle aux patients. De plus, la pénectomie partielle peut être une procédure ambulatoire, ce qui diminue la pression sur les ressources hospitalières.</p> <p><i>Cancer du pénis invasif</i> : un délai de < 4 semaines avant la chirurgie d'ablation ne fait pas craindre un effet délétère significatif sur la survie en présence d'une tumeur de grade élevé.</p> <p><i>Cancer du pénis invasif à faible risque ganglionnaire (inférieur à T1G2) ou carcinome verruqueux</i> : discuter un report de la chirurgie avec un risque de chirurgie plus élargie et de la nécessité alors d'évaluation ganglionnaire.</p>	<p>EAU : Stensland <i>et al.</i> [2020] (Europe) <i>Opinion d'experts</i> Publié le 15 mars 2020</p> <p>OH-CCO [2020] (Ontario) <i>Consensus d'experts</i> Date de publication nd Consulté le 29 mars 2020</p> <p>Comité de cancérologie de l'AFU [2020] (France) <i>Consensus d'experts</i></p>

	<p><i>Cancer du pénis invasif à risque ganglionnaire</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • AFU : pas de report du traitement en présence d'une tumeur de stade supérieur à T1G2, cN+, cM+. <ul style="list-style-type: none"> ○ Dans le cas particulier des formes cM+, suivant l'étendue de la maladie et la réponse attendue, discuter des soins de support exclusifs à domicile. • Ficarra <i>et al.</i> : la pénectomie partielle est fortement recommandée en présence d'une tumeur de stade supérieur à T1G3. Le curage ganglionnaire de l'aïne est fortement recommandé en présence d'une tumeur de stade supérieur à T1G3 (lorsqu'indiqué selon les lignes directrices internationales). 	<p>Publié le 25 mars 2020</p> <p>Comité de cancérologie de l'AFU [2020] (France) <i>Consensus d'experts</i> Publié le 25 mars 2020</p> <p>Ficarra <i>et al.</i> [2020] (Italie) <i>Consensus d'experts</i> Publié le 23 mars 2020</p>
--	---	---

Abréviations : AFU : Association française d'urologie; AMHOQ : Association des médecins hématologues et oncologues du Québec; APS : antigène prostatique spécifique; ARAT : « *Androgen receptor-axis-targeted therapies* »; ASTRO : American society for radiation oncology; BCG : Bacille de Calmette-Guérin; EAU : European Association of Urology; eGFR : débit de filtration glomérulaire prévu (« *estimated glomerular filtration rate* »); ESTRO : European Society for Radiotherapy and Oncology; GETUG : Groupe d'étude des tumeurs urogénitales; Gy : Gray; IGCCCG : International Germ Cell Cancer Collaborative Group; IMDC : International Metastatic Renal Cell Carcinoma Database Consortium; IPOP : instillation post-opératoire précoce; IRM : imagerie par résonance magnétique; ITK : inhibiteur de la tyrosine kinase; NCCN : National Comprehensive Cancer Network; nd : non disponible; OH-CCO : Ontario Health – Cancer Care Ontario; PD-L1 : « *programmed death-ligand 1* »; RCMI : radiothérapie conformationnelle avec modulation d'intensité; RTC-3D : radiothérapie conformationnelle tridimensionnelle; RTUTV : résection transurétrale de la tumeur de la vessie; SABR : radiothérapie stéréotaxique d'ablation (« *stereotactic ablation radiotherapy* »); TDM : tomographie par densitométrie; TVIM : tumeur vésicale invasive sur le plan musculaire; TVNIM : tumeur vésicale non invasive sur le plan musculaire; URS : urétéroscopie; VEGF : récepteur du facteur de croissance de l'endothélium vasculaire (« *vascular endothelial growth factor* »); VMAT : arcthérapie volumétrique modulée (« *volumetric modulated arc therapy* »); WPRT : « *whole pelvic radiation therapy* ».

RÉFÉRENCES

- AFU. Recommandations CCAFU sur la prise en charge des cancers de l'appareil urogénital en période d'épidémie au Coronavirus COVID-19. 2020. Disponible à : <http://www.urofrance.org/base-bibliographique/recommandations-ccafu-sur-la-prise-en-charge-des-cancers-de-lappareil-urogenital-en-periode-epidemie-covid-19> (25 mars 2020).
- AMHOQ. COVID-19 and Adult Cancers. 2020. Disponible à : <http://amhoq.org/> (non disponible sur le site internet, date non disponible).
- Ficarra V, Novara G, Abrate A, Bartoletti R, Crestani A, De NUNZIO C, et al. Urology practice during COVID-19 pandemic *Minerva Urol Nefrol* 2020;*pre-proof* (23 mars 2020)
- GETUG. Options thérapeutiques en cancérologie génito-urinaire en période épidémique de COVID-19. 2020. Disponible à : <http://www.onco-occitanie.fr/pro/page/covid-19-et-cancer-urologie> (date non disponible).
- Gillissen S et Powles T. Advice for systemic therapy in patients with Urological cancers during the COVID-19 pandemic. *European Urology* 2020;*pre-proof* (date non disponible)
- Kutikov A, Weinberg DS, Edelman MJ, Horwitz EM, Uzzo RG, Fisher RI. A War on Two Fronts: Cancer Care in the Time of COVID-19 *Annals of Internal Medicine* 2020;*pre-proof* (27 mars 2020).
- NCCN. Managing of Prostate Cancer During the COVID-19 Pandemic. Care of Prostate Cancer Patients During the COVID-19 Pandemic: Recommendations of the NCCN 2020. Disponible à : <https://www.nccn.org/covid-19/default.aspx> (31 mars 2020).
- OH-CCO. COVID-19 Supplemental Clinical Guidance for Patients with Cancer. 2020. Disponible à : <https://www.cancercareontario.ca/en> (non disponible sur le site internet, 29 mars 2020).
- Simcock R, Thomas TV, Mercy CE, Filippi AR, Katz MA, Pereira IJ, Saeed H. COVID-19: Global Radiation Oncology's Targeted Response for Pandemic Preparedness. *Clinical and Translational Radiation Oncology* 2020; *pre-proof* (20 mars 2020).
- Stensland KD, Morgan TM, Moinzadeh A, Lee CT, Briganti A, Catto J, Canes D. Considerations in the triage of urologic surgeries during the COVID-19 pandemic. *European Urology* 2020;*pre-proof* (15 mars 2020).
- Zaorsky NG, Yu JB, McBride SM, Dess RT, Jackson WC, Mahal BA, et al. Prostate Cancer Radiotherapy Recommendations in Response to COVID-19. *Advances in Radiation Oncology* 2020;*pre-proof* (24 mars 2020).

ANNEXE A

Recherche documentaire

Tableau A1. Sources de repérage de la littérature scientifique et grise

Jurisdiction	Organisme
Internationale	<ul style="list-style-type: none"> • Global Cancer Observatory (GCO) (http://gco.iarc.fr) • Guidelines International Network (G-I-N) (http://www.g-i-n.net) • International Network for Agencies for Health Technology Assessment (INAHTA) (http://www.inahta.org) • Organisation Mondiale de la Santé (OMS/WHO) (http://who.int) • Pubmed (www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/)
Canada	<ul style="list-style-type: none"> • Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS/CADTH) (http://www.cadth.ca/fr) • Alberta Health Services (AHS) (http://www.albertahealthservices.ca/) • Agence de Santé Publique du Canada (ASPC/PHAC) (http://www.phac-aspc.gc.ca) • Association des Médecins hématologues et oncologues du Québec (AMHOQ) (http://amhoq.org/) • Association des Urologues du Canada (CUA) (http://www.cua.org/fr) • Association des Urologues du Québec (AUQ) (http://www.auq.org/) • BC Cancer (http://www.bccancer.bc.ca/) • BC Guidelines (http://www2.gov.bc.ca/gov/content/health/practitioner-professional-resources/bc-guidelines) • Canadian Association of Provincial Cancer Agencies (CAPCA) (http://www.capca.ca/) • Cancer Care Manitoba (CCMB) (http://www.cancercare.mb.ca/) • Cancer Care Nova Scotia (CCNS) (http://www.nshealth.ca/cancer-care) • Cancer Care Ontario (CCO) (http://www.cancercare.on.ca/) • Cancer Guidelines Database du Partenariat canadien contre le cancer (https://www.partnershipagainstcancer.ca/tools/cancer-guidelines-database/) • Collège des Médecins du Québec (CMQ) (http://cmq.org) • Eastern Health (Terre-Neuve-et-Labrador) (http://www.easternhealth.ca/) • Espace Info MSSS (http://www.informa.msss.gouv.qc.ca) • Health Quality Ontario (HQO) (http://www.hqontario.ca/Evidence) • Institut Canadien d'Information sur la Santé (ICIS/CIHI) (http://www.cihi.ca) • New Brunswick Cancer Network (NBCN) (http://www2.gnb.ca/content/gnb/en/departments/health/NewBrunswickCancerNetwork.html) • Ontario Health (https://www.ontario.ca/page/ontario-health-agency) • Santé Canada (http://www.hc-sg.ca.ca) • Saskatchewan Cancer Agency (http://www.saskcancer.ca/) • Société canadienne du cancer (SCC) (http://www.cancer.ca/fr-ca/?region=qc)
États-Unis	<ul style="list-style-type: none"> • American Society of Clinical Oncology (ASCO) (http://www.asco.org/)

	<ul style="list-style-type: none"> • American Urological Association (AUA) (https://www.auanet.org/) • Center for Disease Control and prevention (CDC) (http://www.cdc.gov) • Centers for Medicare & Medicaid services (CMS) (http://www.cms.gov) • GuidelineCentral (https://www.guidelinecentral.com) • National Comprehensive Cancer Network(NCCN) (http://www.nccn.org/) • National Guideline Clearinghouse (NGC) (http://guideline.gov/) • Surveillance, Epidemiology, and End Results programme (SEER) (http://seer.cancer.gov/)
Europe	<ul style="list-style-type: none"> • Association Française d’Urologie (AFU) (https://www.urofrance.org) • Centre fédérale d’expertise des soins de santé (KCE) (https://kce.fgov.be/fr/) • European Association of Urology (EAU) (http://uroweb.org/) • European Society for Medical Oncology (ESMO) (http://www.esmo.org/) • European Society for Radiotherapy and Oncology (ESTRO) (https://www.estro.org/) • European Network for Health Technology Assessment (EUnetHTA) (http://eunetha.eu) • Haute Autorité de Santé (HAS) (http://www.has-sante.fr/portail/jcms/fc_1249588/fr/accueil)^a • Institut National du Cancer (INCa) (http://www.e-cancer.fr/) • Réseau Onco-Occitanie (https://www.onco-occitanie.fr/pro) • Unicancer (http://www.unicancer.fr/en)
Royaume-Uni	<ul style="list-style-type: none"> • British Association of Urological Surgeons (BAUS) (https://www.baus.org.uk/) • British Uro-Oncology Group (BUG) (https://www.bug.uk.com/) • Center for reviews and dissemination (CRD) (http://www.york.ac.uk/crd/) • National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (http://www.nice.org.uk)^a • National Health Services (NHS) (http://nhs.uk/pages/home.aspx) • National Institute for Health Research (NIHR), health technology assessment programme (http://www.hihr.ac.uk) • Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) (http://www.sign.ac.uk)
Océanie	<ul style="list-style-type: none"> • Australian Clinical Practice Guidelines (NHMRC) (https://www.clinicalguidelines.gov.au/) • Cancer Australia (http://canceraustralia.gov.au/) • Medical Services Advisory Committee (MSAC) (http://www.msac.gov.au/) • Ministry of Health – NZ (https://www.health.govt.nz/) • New Zealand Guidelines Group (NZGG) (http://www.health.govt.nz/)



Siège social

2535, boulevard Laurier, 5^e étage
Québec (Québec) G1V 4M3
418 643-1339

Bureau de Montréal

2021, avenue Union, 12^e étage, bureau 1200
Montréal (Québec) H3A 2S9
514 873-2563
inesss.qc.ca