

Kompletne ESMO smernice za prioritizaciju pacijenata sa karcinomom pluća tokom pandemije COVID-19

Tabelarni prikaz prioritizacije dijagnostičkih procedura i sistemske terapije za pacijente sa karcinomom pluća

	Ambulantne posete
Visok prioritet	- Postavljena dijagnoza ili sumnja na invazivni karcinom pluća sa: <ul style="list-style-type: none"> • Izraženom simptomatologijom (dispneja, bol, hemoptiza itd.) • Sumnjom na NSCLC ili SCLC stadijuma II / IIIA / IIIB ili IV - Posete u cilju administracije terapije
Srednji prioritet	- Postavljena dijagnoza ili sumnja na lokalizovani karcinom pluća stadijuma I - Pacijenti koji su imali operaciju bez dodatnih komplikacija - Praćenje pacijenata koji su u visokom riziku od relapsa - Pacijenti koji su ranije primili terapiju i sada se javljaju sa novim problemima ili simptomima prouzrokovanim primenom terapije (kada god je moguće praćenje obaviti telefonom)
Nizak prioritet	- Posete zakazane radi praćenja izlečenih pacijenata - Praćenje pacijenata koji su u niskom/srednjem riziku od relapsa - Posete zakazane radi pružanja psihološke podrške (kada god je moguće obaviti telefonom)

	Imidžing
Visok prioritet	- Pacijenti sa značajnim respiratornim simptomima i / ili drugom klinički relevantnom simptomatologijom u grudnom košu, ili simptomima koji su povezani sa karcinomom ili pak primenom onkološke terapije. Kod pacijenata sa novim respiratornim simptomima kao što su dispneja, kašalj sa ili bez povišene telesne temperature, preporuka je odraditi CT. - Standardno stadiranje bolesti kod sumnje na karcinom pluća nepoznatog stadijuma ili stadijuma II/III/IV - Biopsije sumnjivih nodula ili mase prilikom sumnje na karcinom pluća nepoznatog stadijuma ili stadijuma III/IV - Procena odgovora na terapiju tokom prvih 6 meseci lečenja ili ukoliko se u bilo kom trenutku javi sumnja na progresiju - Unapred planirana imidžing procedura u skladu sa protokolom kliničkog ispitivanja
Srednji prioritet	- Follow up snimanje za pacijente koji su u visokom/srednjem riziku od recidiva u roku od jedne godine od završetka radikalnog lečenja - Standardne procedure koje se obavljaju u cilju stadiranja ranog stadijuma karcinoma pluća (stadijum I) – Biopsije sumnjivih nodula ili mase prilikom sumnje na invazivni karcinom pluća nepoznatog stadijuma ili stadijuma I/II - Pacijenti koji su ranije primili terapiju i sada se javljaju sa novim problemima ili simptomima prouzrokovanim primenom terapije - Procena odgovora na terapiju nakon 6 meseci lečenja ili kada je bolest stabilna/kontrolisana - Praćenje nodula koji su slučajno otkriveni bilo da su u pitanju: Solidni noduli 50-500 mm ³ Solidni pleuralni noduli 5-10 mm Parcijalno solidni noduli sa ne-solidnom komponentom ≥8 mm VDT (Vreme udvostručenja volumena) 400-600 dana
Nizak prioritet	- Follow up snimanje za pacijente u visokom/srednjem riziku od relapsa, više od godinu dana nakon završetka radikalnog lečenja - Follow up snimanje nakon radikalnog lečenja za pacijente u niskom riziku od relapsa - Praćenje nodula koji su slučajno otkriveni bilo da su u pitanju: Solidni noduli <50 mm ³ Solidni pleuralni noduli <5 mm Parcijalno solidni noduli sa ne-solidnom komponentom <8 mm Ne-solidni noduli < 8mm Benigna morfologija

	VDT (Vreme udvostručenja volumena) > 600 dana - Skrining karcinoma pluća može se odložiti dok se pandemija COVID-19 ne razreši. Za opštu populaciju kod koje odlaganje skrining procedura neće imati uticaj na ukupno preživljavanje, razumno je iste odložiti.
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	Hirurška onkologija
Visok prioritet	- Drenaža +/- pleurodeza pleuralnog izliva, perikardnog izliva, rizik od tamponade srca - Evakuacija purulentnog sadržaja empiema ili apcesa - T2N0 tumori koji su prethodno nelečeni ili nakon indukcione (adjuvantne) hemioterapije - Resektabilni T3/T4 tumori koji su prethodno nelečeni ili nakon indukcione hemioterapije - Resektabilne N-1/N2 žlezde koje su prethodno nelečene ili nakon indukcione hemioterapije - Dijagnostičke procedure kao što su medijastinoskopija/torakoskopija/pleuralna biopsija/endoskopija/transtorakalna ispitivanja radi utvrđivanja dijagnoze bolesti ili stejdžinga
Srednji prioritet	- Nepotvrđene biopsije koje su verovatno malignog porekla - Resektabilni T1AN0 NSCLC (ako je indikovana operacija, a nema raspoloživih hirurških kapaciteta, alternativu predstavlja stereotaktična radioterapija) - Dijagnostička obrada i / ili resekcija nodula koji su slučajno otkriveni bilo da su u pitanju: Solidni noduli >500 mm ³ Solidni pleuralni noduli >10 mm Parcijalno solidni noduli sa solidnom komponentom > 500 mm ³ VDT (Vreme udvostručenja volumena) <400 dana Nova solidna komponenta u već postojećim ne-solidnim nodulima (ako je indikovana operacija, a nema raspoloživih hirurških kapaciteta, alternativu predstavlja stereotaktična radioterapija)
Nizak prioritet	- Nepotvrđene biopsije koje su verovatno benigne - Operabilni noduli tipa mlečnog stakla (T1a) - Dijagnostička obrada i / ili resekcija nodula koji su slučajno otkriveni bilo da su u pitanju: Solidni noduli >500 mm ³ i VDT (Vreme udvostručenja volumena) <600 dana (ako je naznačena operacija i nema raspoloživih hirurških kapaciteta alternativu predstavlja stereotaktična radioterapija)

	Karcinom pluća u ranom stadijumu
Visok prioritet	- Konkomitantna hemioradioterapija za sitnoćelijski karcinom pluća stadijuma bolesti I/II - Neoadjuvantna hemioterapija (koja omogućava odlaganje operacije za 3 meseca) za klinički stadijum II - Primena adjuvantne hemioterapije u T3/4 ili N2 stadijumu, kod mlađih (<65 godina) ili fit pacijenata - Upotreba G-CSF-a ako se proceni da rizik od febrilne neutropenije iznosi > 10-15%
Srednji prioritet	- Adjuvantna hemioterapija kod T2b-T3N0 ili N1 stadijuma bolesti treba se razmotriti u dogovoru sa pacijentom, uzimajući u obzir kliničke karakteristike i prognozu - Praćenje između dva ciklusa treba obaviti samo ukoliko je neophodno i kada god je moguće telefonskim putem - Kontrola laboratorijskih nalaza krvi između 2 ciklusa treba da se vrši samo ukoliko je neophodno, i ukoliko je moguće u kućnim uslovima.
Nizak prioritet	- Adjuvantna hemioterapija za stadijum bolesti T1A-T2bN0 sa negativnim prognostičkim karakteristikama (limfovaskularna infiltracija, histološka podvrsta ...). O potencijalnim rizicima i benefitima treba razgovarati sa svakim pacijentom pojedinačno.

	- Adjuvantnu hemioterapiju za pacijente sa značajnim komorbiditetima ili one starije od 70 godina treba razmotriti i ukoliko je moguće izbeći.
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	Lokalno uznapredovali karcinom pluća
Visok prioritet	<ul style="list-style-type: none"> - Konkomitantna hemioradioterapija za sitnoćelijski karcinom pluća stadijuma bolesti III - Konkomitantna ili sekvencijalna hemioradioterapija za neoperabilni NSCLC stadijuma III - Neoadjuvantna hemioterapija za stadijum III - Upotreba G-CSF-a ako se proceni da rizik od febrilne neutropenije iznosi > 10-15%
Srednji prioritet	<ul style="list-style-type: none"> - Praćenje između dva ciklusa treba obaviti samo ukoliko je neophodno i kada god je moguće telefonskim putem - Kontrola laboratorijskih nalaza krvi između 2 ciklusa treba da se vrši samo ukoliko je neophodno, i ukoliko je moguće u kućnim uslovima.
Nizak prioritet	

	Metastatski karcinom pluća
Visok prioritet	<ul style="list-style-type: none"> - Prva linija lečenja, uključujući hemioterapiju, hemioterapiju sa imunoterapijom, samo imunoterapiju ili tirozin kinazne inhibitore, u cilju poboljšanja prognoze bolesti, simptoma povezanih sa karcinomom i kvaliteta života - Inicijacija druge linije lečenja hemioterapijom ili imunoterapijom kod pacijenata sa simptomatskom i progresivnom bolešću - Inicijacija druge linije lečenja tirozin kinaznim inhibitorima kod pacijenata sa progresivnom bolešću - Upotreba G-CSF-a se mora razmotriti ukoliko, i pored optimalne modifikacije doze, rizik od febrilne neutropenije iznosi > 10% - Planirani ciklusi anti PD-(L)1 terapije mogu se modifikovati ili odložiti u cilju smanjenja poseta klinikama (ukoliko je potrebno može se primeniti 4-nedeljni ili 6-nedeljni režim doziranja, umesto 2- ili 3-nedeljnog režima za određene agense (tamo gde su ovi režimi odobreni od strane nacionalne regulatorne agencije).
Srednji prioritet	<ul style="list-style-type: none"> - Inicijacija druge linije hemioterapije ili imunoterapije kod asimptomatskih pacijenata i u odsustvu preteče bolesti (u zavisnosti od volumena / lokacije) - Kada je to izvodljivo, razmotriti oralne hemioterapijske režime umesto intravenskih (etopozid, vinorelbin) kako bi se smanjile posete bolnici - Ukoliko je potrebno, lekarsko praćenje između dva ciklusa treba obaviti telefonskim putem - Kontrola laboratorijskih nalaza krvi između 2 ciklusa treba da se vrši samo ukoliko je neophodno, i ukoliko je moguće u kućnim uslovima. - Za pacijente koji primaju imunoterapiju duže od 12/18 meseci treba razmotriti odlaganje sledećeg ciklusa, izostavljanje planiranog ciklusa ili generalno produžavanje intervala između ciklusa.
Nizak prioritet	<ul style="list-style-type: none"> - Razmotriti prekid imunoterapije nakon dvogodišnjeg lečenja, imajući u vidu nedostatak dokaza za nastavak istog - Kod pacijenata kod kojih je imunoterapija zaustavljena usled pojave toksičnosti, a u međuvremenu nije došlo do progresije bolesti, razmotriti odlaganje nastavka lečenja - Odložiti antiestrogen terapiju (zoledronska kiselina, denosumab) koja nije hitno potrebna

	Radiološka onkologija
Visok prioritet	<ul style="list-style-type: none"> - Radioterapija za inoperabilne karcinome stadijuma II i III kod kojih je kontraindikovana hemioterapija - Konkomitantna ili sekvencijalna hemioradioterapija za inoperabilne NSCLC stadijuma II i III - Konkomitantna ili sekvencijalna hemioradioterapija kod LS-SCLC

	<ul style="list-style-type: none"> - Obstrukcija gornje šuplje vene, ozbiljna hemoptiza, kompresija kičmene moždine, ozbiljan bol u kostima ili bilo koje životno ugrožavajuće stanje gde palijativna radioterapija može biti od značaja
Srednji prioritet	<ul style="list-style-type: none"> - Stereotaksična radioterapija (SBRT) kod karcinoma stadijuma I - Ukoliko je indicovana adjuvantna postoperativna radioterapija (PORT) kod R1 resekcije za NSCLC, može se razmotriti nakon završetka primene adjuvantne hemioterapije ili je odložiti do 3 meseca nakon operacije - Profilaktička kranijalna iradijacija (PCI) kod LS- SCLC nakon hemioterapije
Nizak prioritet	<ul style="list-style-type: none"> - Ukoliko je indicovana adjuvantna postoperativna radioterapija kod N2R0 NSCLC, treba je razmotriti. Ukoliko se za istu odluči, razmotriti njenu primenu na kraju adjuvantne hemioterapije ili je odložiti do 3 meseca nakon operacije - Profilaktička kranijalna iradijacija kod ES-SCLC nakon hemioterapije može se zameniti aktivnim praćenjem magnetnom rezonancom - Kod stanja koja nisu životno ugrožavajuća, kao što su blaži bol u kostima ili grudima, treba razmotriti agresivniju analgeziju, dok upotrebu palijativne radioterapije treba individualizovati na osnovu odnosa koristi i rizika

RS/ONCO/2005/0016