

Vodič za tretman onkoloških bolesnika tokom COVID-19 pandemije

Prioritizacija tretmana kod pacijenata sa karcinomom dojke

Zdenka Gojković
Saša Jungić

Sadržaj

- Generalne upute
- Prioritizacija (kontrolnih) pregleda
- Prioritizacija radioloških procedura u dijagnostici bolesti dojke
- Prioritizacija hirurških zahvata u liječenju bolesti dojke
- Prioritizacija sistemskog liječenja raka dojke
- Modifikacija protokola sistemske terapije raka dojke
- Prioritizacija radioterapije u tretmanu raka dojke

Generalne upute

- Ove preporuke ni u kom slučaju ne trebaju da zamijene individualnu procjenu ordinirajućeg ljekara, kao ni preporuku institucije u kojoj se pacijent tretira
- Svaku odluku o prioritizaciji tretmana bi trebao donijeti multidisciplinarni tim, za svakog pojedinačnog pacijenta
- Detaljnije informacije na https://www.breastsurgeons.org/docs/news/The_COVID-19_Pandemic_Breast_Cancer_Consortium_Recommendations_EXECUTIVE_SUMMARY.pdf
- Preporuke su podijeljene u sljedeće kategorije prioriteta:
 - Prioritet A: stanje pacijenta nije klinički stabilno ili direktno ugrožava život
 - Prioritet B: stanje pacijenta nije kritično ali odlaganje terapije duže od 6-8 sedmica može imati impakt na ukupni ishod liječenja
 - Prioritet C: Stanje pacijenta je dovoljno stabilno te se dalji tretman može odgoditi do završetka COVID-19 pandemije

Prioritizacija (kontrolnih) pregleda

-
- Prioritet A**
- Potencijalno nestabilan pacijent (hematom, infekcija)
 - Novodijagnostikovani invazivni karcinom

- Prioritet B**
- Novodijagnostikovani ne- invazivni karcinom (telemedicinski pregled po mogućnosti)
 - Post-operativni pacijenti
 - Pacijenti koji se trenutno tretiraju a kod kojih su nastali novi problemi ili simptomi (telemedicinski pregled po mogućnosti)

- Prioritet C**
- Postojeći pacijenti koji nemaju nove probleme ili simptome
 - Follow-up pregledi
 - Pacijenti sa visokim rizikom od razvoja raka dojke (npr. BRCA pozitivni)
 - Follow-up pregledi pacijenata sa benignim oboljenjima dojke (npr. atipije i druge benigne lezije)
-

Prioritizacija radioloških procedura u dijagnostici bolesti dojke

**Prioritet
A**

- Nema ih

**Prioritet
B**

- Radiološka obrada u slučaju simptoma raka dojke ili BI-RADS skor 4-5 na screening mamografiji
- Biopsija u slučaju abnormalne mamografije ili simptoma raka dojke

**Prioritet
C**

- Pacijenti sa abnormalnim nalazima mamografa kojima je propisana kontrola za 6 mjeseci
- Rutinski screening odgoditi do završetka COVID-19 pandemije (pacijenti u generalnoj populaciji mogu odgoditi screening preglede za 6-12 mjeseci bez očekivanog impakta na ukupno preživljenje)
- Odgoditi sve screening procedure drugim modalitetima (MRI, UZV)

Prioritizacija hirurških zahvata u liječenju bolesti dojke

Prioritet

A

- Incizija i drenaža abscesa dojke
- Revizija ishemičnog mastektomijskog flap-a
- Revaskularizacija/revizija autologo transplantiranog tkiva (autologne rekonstrukcije treba odgoditi)

Prioritet

B

- Pacijenti koji završavaju neoadjuvantno liječenje
- Klinički T2 ili N1, sa ER+/PgR+/HER2- (neki od ovih pacijenata mogu primiti hormonsku terapiju)
- Trostruko negativni i HER2+ slučajevi (u nekim slučajevima može se donijeti odluka o sprovođenju hirurškog zahvata kako bi se spriječilo da pacijent dođe u imunokompromitovani stadij)
- Diskordantni nalaz biopsije koji je najvjerojatnije malignan
- Ekscizija malignog recidiva
- Poštedni zahvati (ukoliko je RT dostupna a rizik od ponovljenih posjeta/odlaganja RT prihvatljiv)
- Elektivna mastektomija sa ili bez rekonstrukcije može biti preferirana opcija ali se treba odgoditi do završetka COVID-19 pandemije

Prioritet

C

- Ekscizija benignih lezija (npr.fibroadenomi)
 - Diskordantni nalaz biopsije koji je najvjerojatnije benignan
 - Visoko-rizične lezije (npr. atipije, papilomi)
 - Profilaktički hirurški zahvati
 - ER+ i ER- DCIS
 - Tumori koji pokazuju odgovor na neoadjuvantnu hormonsku terapiju
 - Hirurške re-ekscizije
 - Klinički stadij I ukoliko je ER+/PgR+/HER2- (ovi pacijenti mogu primiti HT)
-

Prioritizacija sistemskog liječenja raka dojke

Prioritet A

- Neoadjuvantna/adjuvantna (hemo)terapija za TNBC i HER2+ karcinom dojke
- Rana linija sistemske terapije u metastatskom raku dojke, za koju se očekuje da značajno poboljša klinički ishod
- Završetak već započete (neo)adjuvantne hemoterapije sa ili bez anti-HER2 terapije
- Nastavak već započete standardne endokrine terapije oralnim preparatima (Tamoxifen, AI)
- LHRH agonisti u adjuvantnom ili metastatskom stadiju da bi se osigurala optimalna endokrina terapija

Prioritet B

- Kategorija 1: Neoadjuvantna endokrina terapija tokom 6 do 12 mjeseci kako bi se odgodio hirurški zahvat, kod pacijenata sa HR+ karcinomom dojke stadija I ili II, posebno onih niskog gradusa, lobularnog karcinoma, luminal A tipa
- Kategorija 1: Adjuvantni tretman anti-HER2 terapijom se iznimno može završiti nakon 7 mjeseci
- Kategorija 2: Palijativna hemoterapija u kasnijim linijama liječenja metastatskog raka dojke, od koje se očekuje skromniji benefit u ishodima
- Kategorija 2: Anti-HER2 terapija nakon 2 godine u liječenju metastatskog HER2+ raka dojke kod pacijenata sa minimalnim rezidualnim tumorom (uz praćenje eventualne progresije svakih 3-6 mjeseci)
- Stadij I: T-DM1 može zamijeniti trastuzumab-paclitaxel
- Razmotriti odgađanje uvođenja CDK4/6, mTOR i PIK3CA inhibitora uz endokrinu terapiju, posebno u prvoj liniji ili u situacijama kada sama endokrina terapija postiže dobru kontrolu tumora

Prioritet C

- Antiresorptivna terapija (npr. zolendronat, denosumab) osim ukoliko je hitno indicirana usljed hiperkalcemije
- Razmotriti mogućnost smanjenja frekvencije radiološkog praćenja i evaluacije srčane funkcije kod klinički stabilnih pacijenata

Modifikacija protokola sistemske terapije raka dojke

Prioritet A

- Modifikacija protokola kako bi se smanjio broj posjeta klinici (npr. 3-sedmični protokoli umjesto sedmičnih) kada je to moguće
- Aplikacija G-CSF faktora rasta kako bi se smanjila učestalost neutropenije
- Limitirana upotreba deksametazona u skladu sa indikacijama, kako bi se smanjila stopa imunosupresije
- Anti-HER2 terapija (nije očekivano da imaju efekat na imuni sistem)

Prioritet B

- Interval anti-HER2 terapije u METASTASKOM stadiju se može iznimno produžiti na svake 4 sedmice
- Neoadjuvantna endokrina terapija – razmotriti primjenu LHRH agonista u kućnim uslovima/odvojenoj ambulanti ukoliko je to moguće

Prioritet C

Prioritizacija radioterapije u tretmanu raka dojke

Prioritet

A

- Inoperabilni tumor koji krvari ili je bolan
- Pacijenti koji su već započeli terapiju
- Pacijenti sa kompresijom kičmene moždine, metastazama u mozgu, ili drugim kritičnim metastatskim lezijama

Prioritet

B

- Kategorija 1: pacijenti za adjuvantno, post-operativno liječenje unutar 16 sedmica od zadnjeg hirurškog zahvata ili hemoterapije, sa VISOKIM rizikom koji zahtijevaju iradijaciju (inflamatorni karcinom, N+ bolest, TNBC, rezidualna bolest nakon neoadjuvantnog tretmana, dob ispod 40 godina sa dodatnim visoko-rizičnim faktorima)
- Kategorija 2: pacijenti za adjuvantno, post-operativno liječenje unutar 3-6 mjeseci od zadnjeg hirurškog zahvata ili hemoterapije, sa SREDNJIM rizikom koji zahtijevaju iradijaciju (dob <65 godina i stadij I/II luminalni karcinom, ER+/N- karcinom, ER+/N+ karcinom, pozitivne margine (hipofrakcionarni protokol gdje je to klinički primjenjivo da se smanji broj tretmana).

Prioritet

C

- Pacijentima >65-70 godina, sa rakom dojke Stadij I niskog rizika (HR+/HER2- koji primaju hormonsku terapiju) može se preporučiti odgađanje/izostavljanje RT bez negativnog impakta na ukupno preživljenje
- Pacijentima sa DCIS koji primaju endokrinu terapiju može se izostaviti RT bez negativnog impakta na ukupno preživljenje