

Zalecenia dla pacjentów onkologicznych w związku z sytuacją epidemiologiczną w kraju

16 marca 2020

W związku z rozprzestrzenianiem się wirusa SARS-CoV-2 oraz mając na względzie fakt, że chorzy na nowotwory w trakcie leczenia mają często obniżoną odporność, w szpitalach wprowadzono wzmożone systemy ochrony pacjentów i personelu medycznego. Prosimy pacjentów i ich rodziny do stosowania do nowych procedur.

Według informacji podawanych przez Ministerstwo Zdrowia, najbardziej narażone na rozwinięcie ciężkiej postaci choroby i zgon są osoby starsze, a także z obniżoną odpornością, którym towarzyszą inne choroby, w szczególności przewlekłe. Dotyczy to również pacjentów onkologicznych.

W przypadku podejrzenia zakażenia wirusem SARS-CoV-2 wszystkim osobom zaleca się pilny kontakt pod numerem telefonu – **800 190 590** – infolinia Narodowego Funduszu Zdrowia dotycząca postępowania w sytuacji podejrzenia zakażenia koronawirusem.

Wszystkich pacjentów prosimy o stosowanie się do zaleceń ogólnych Ministra Zdrowia.

Pacjenci onkologiczni leczeni w trybie szpitalnym

1. Szpitale wprowadziły całkowity zakaz odwiedzin pacjentów onkologicznych. Zakaz obowiązuje do odwołania.
2. Pacjenci hospitalizowani mają bezwzględny zakaz opuszczania szpitali, gdyż przebywając poza szpitalem mogą zarazić się wirusem. Dotyczy to również spotkań z rodziną.
3. Personel medyczny dokłada wszelkich starań, aby pacjenci przebywający na oddziałach byli bezpieczni.

Pacjenci leczeni w trybie ambulatoryjnym/ wizyty kontrolne

1. Pacjent przed wizytą w centrum onkologii powinien zmierzyć sobie temperaturę. Jeśli wynik pomiaru będzie równy 38 stopni C lub wyższy, występują objawy, takie jak: kaszel, duszność oraz pacjent znajduje się w grupie ryzyka (pobyt w okresie ostatnich 14 dni w rejonie aktywnej transmisji koronawirusa SARS CoV-2 lub kontakt z osobą zakażoną) – NIE POWINIEN PRZYCHODZIĆ DO CENTRUM ONKOLO-

GII, ponieważ stanowi potencjalne zagrożenie dla innych pacjentów przebywających w szpitali.

2. Pacjent, jeśli to możliwe, powinien przyjechać do szpitala sam lub w towarzystwie maksymalnie jednej osoby. Szpitale proszą o ograniczenie przychodzenia do szpitala z osobami towarzyszącymi – nie dotyczy to pacjentów, którzy potrzebują wsparcia opiekuna. Osoba towarzysząca musi być zdrowa – jej również zostanie zmierzona temperatura i zebrany wywiad medyczny.
3. Wejścia do szpitali onkologicznych mogą być ograniczone – w celu minimalizowania ryzyka szpitale zamykają wejścia do szpitali, pozostawiając tylko specjalne śluzy. Prosimy o stosowanie do informacji na drzwiach szpitali.
4. Ponadto, niektóre szpitale mogą wprowadzić zmiany w wizytach kontrolnych – zalecamy, aby zadzwonić wcześniej do szpitala i zapytać, czy planowana wizyta jest aktualna. Jeśli wizyta nie została odwołana – prosimy stosować się do ww. procedur bezpieczeństwa.
5. Pacjenci proszeni są o przychodzenie na wyznaczoną godzinę, którą mają Państwo w karcie pacjenta. Nie ma potrzeby by przychodzili Państwo wcześniej i narażali się na ryzyko infekcji.
Apelujemy o odpowiedzialność i zrozumienie.

Informacje o zmianach w organizacji pracy centrów onkologii, dostępne są na stronach internetowych placówek:

- Narodowy Instytut Onkologii-Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie
- Narodowy Instytut Onkologii-Państwowy Instytut Badawczy oddział w Krakowie
- Narodowy Instytut Onkologii-Państwowy Instytut Badawczy oddział w Gliwicach
- Wojskowy Instytut Medyczny w Warszawie
- Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie
- Zachodniopomorskie Centrum Onkologii
- Świętokrzyskie Centrum Onkologii SP ZOZ w Kielcach

- Wielkopolskie Centrum Onkologii w Poznaniu
- Wojewódzkie Wielospecjalistyczne Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi
- Samodzielny Publiczny ZOZ MSW z Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii w Olsztynie
- Kliniczny Szpital Wojewódzki nr 1 im. Fryderyka Chopina w Rzeszowie
- Szpital Specjalistyczny w Brzozowie
- Dolnośląskie Centrum Onkologii we Wrocławiu
- Centrum Onkologii w Bydgoszczy
- Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku

- Szpitale Pomorskie Sp. z o.o. w Gdyni
 - Beskidzkie Centrum Onkologii Szpital Miejski im. Jana Pawła II w Bielsku Białej
 - Szpital Uniwersytecki im. Karola Marcinkowskiego w Zielonej Górze
 - Białostockie Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie
 - SP ZOZ Opolskie Centrum Onkologii w Opolu
 - Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej w Lublinie
- Zalecenia zostały opracowane na podstawie procedur wdrożonych w specjalistycznych szpitalach onkologicznych.*

Zalecenia Polskiego Towarzystwa Onkologicznego i Polskiego Towarzystwa Chirurgii Onkologicznej w sprawie postępowania z pacjentami onkologicznymi

18 marca 2020

W związku z sytuacją epidemiologiczną w kraju, Polskie Towarzystwo Onkologiczne zaleca wszystkim podmiotom medycznym zajmującym się leczeniem onkologicznym wdrożenie procedur bezpieczeństwa mających na celu ochronę przez zarażeniem wirusem SARS-CoV-2 pacjentów oraz personelu medycznego.

Przypominamy, że choroby nowotworowe nadal pozostają drugą najczęstszą przyczyną zgonów w Polsce. Śmiertelność w tej grupie chorych jest jedną z najwyższych, dlatego opieka nad pacjentami onkologicznymi powinna być bezwzględnie kontynuowana. Sytuacja epidemiologiczna nie powinna być przesłanką do całkowitego wstrzymania przyjęć pacjentów onkologicznych. Każdy pacjent ma prawo do kontynuowania terapii przeciwnowotworowej. Dotyczy to również pacjentów z podejrzeniem nowotworu – oni również nie powinni pozostać bez opieki. Obecnie najwyższym priorytetem jest zachowanie bezpieczeństwa i prawidłowości leczenia wielospecjalistycznego radykalnego leczenia chorych na nowotwory nad czym pracują rzesze lekarzy onkologów w całym kraju.

Przypominamy również o zaleceniach ogólnych dla pacjentów onkologicznych w związku z sytuacją epidemiologiczną w kraju. Prosimy o bezwzględne stosowanie się do zaostrzonych procedur bezpieczeństwa:

- Szpitale wprowadziły całkowity zakaz odwiedzin pacjentów onkologicznych. Zakaz obowiązuje do odwołania.
- Pacjenci hospitalizowani mają bezwzględny zakaz opuszczania szpitali, gdyż przebywając poza szpitalem mogą zarazić się wirusem. Dotyczy to również spotkań z rodziną.
- Prosimy o ograniczenie wizyt w szpitalach onkologicznych wyłącznie do umówionych wizyt, uprzednio zatwierdzonych przez szpital.
- Przy wejściu do szpitali onkologicznych prosimy o zachowanie bezpiecznej odległości od innych osób i stosowanie się do poleceń personelu medycznego.

- Pacjent przed wizytą w centrum onkologii powinien zmierzyć sobie temperaturę. Jeśli wynik pomiaru będzie równy 38 stopni C lub wyższy, występują objawy, takie jak: kaszel, duszność oraz pacjent znajduje się w grupie ryzyka (pobyt w okresie ostatnich 14 dni w rejonie aktywnej transmisji koronawirusa SARS CoV-2 lub kontakt z osobą zakażoną) – NIE POWINIEN PRZYCHODZIĆ DO SZPITALA ONKOLOGICZNEGO, ponieważ stanowi potencjalne zagrożenie dla innych pacjentów przebywających w szpitalu.
- W przypadku podejrzenia zarażenia wirusem SARS-CoV-2 należy zadzwonić na specjalną infolinię NFZ: 800 190 590.

Organizacja opieki onkologicznej w sytuacji epidemii

Ze względu na duże ryzyko zarażenia wirusem SARS-CoV-2 w obecnej sytuacji należy dążyć do skoordynowania opieki onkologicznej w województwach oraz sprawna komunikacja. Nadmierne rozproszenie opieki onkologicznej spowodowało powstanie dużego chaosu informacyjnego i niemożność sprawnej pomocy niektórym pacjentom, którzy z dnia na dzień zostali pozbawieni możliwości leczenia. W każdym województwie powinna zostać powołana jedna jednostka, w której pacjent będzie mógł uzyskać wszystkie niezbędne informacje. Jednostka ta powinna wesprzeć pacjenta w zorganizowaniu i przeprowadzeniu przez ścieżkę leczenia w danym województwie. Opieka onkologiczna powinna być skoncentrowana w tych ośrodkach onkologicznych, które wdrożyły procedury bezpieczeństwa.

Potrzebna krew dla pacjentów onkologicznych

Apelujemy, aby pamiętać o konieczności zapewnienia krwi i produktów krwiopochodnych dla chorych operowanych z powodu nowotworów. Narodowe Centrum Krwiodawstwa apeluje o oddawanie krwi - do tego apelu przyłączają się chirurdzy onkologiczni i inni onkolodzy!

Rekomendowane kanały komunikacji z pacjentami

Uwaga! Ze względu na wyjątkową sytuację Polskie Towarzystwo Onkologiczne otrzymało od Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych oświadczenie o tym, że przepisy o ochronie danych osobowych nie mogą być stawiane jako przeszkoda w realizacji działań w związku z walką z koronawirusem.

1. **ONKO-INFOLINIA** w każdym województwie – w województwach, w których odbywa się pilotaż sieci onkologicznej (dolnośląskie, świętokrzyskie, podlaskie) tę rolę pełnią wojewódzkie ośrodki koordynujące. Jest to najczęściej wybierany przez pacjentów kanał komunikacji. Powinien być uruchomiony w każdym województwie i obsługiwany przez osoby znające strukturę opieki onkologicznej w danym województwie (znajomość wszystkich podmiotów zajmujących się leczeniem onkologicznym, znajomość zasad systemu opieki zdrowotnej, itp.). Ze względu na duże obciążenie konsultantów należy uruchomić też alternatywne kanały komunikacji.
2. **Kontakt SMS** – wykorzystanie istniejących bramek sms.
3. **Kontakt E-MAIL** – wykorzystanie istniejących, sprawdzonych adresów mailowych.
4. **Kontrakt za pośrednictwem platform internetowych** – wykorzystanie istniejących szpitalnych platform do komunikacji z pacjentami.
5. **Telekonsultacja** – w przypadku podejrzenia jakiegokolwiek ryzyka zakażenia zaleca się przeprowadzenie telekonsultacji.

Uwaga! Infolinie i bramki sms są bardzo przeładowane co wymagać będzie dłuższego czasu na wygenerowanie odpowiedzi. Jednak są to obecnie najbezpieczniejsze formy komunikacji. Prosimy pacjentów o cierpliwość i wyrozumiałość.

Rekomendowane postępowanie z pacjentami onkologicznymi

1.1. Pacjenci rozpoczynający terapię onkologiczną – z kartą DiLO

Pacjenci z podejrzeniem nowotworu z wystawioną kartą DiLO, którzy chcą umówić się na wizytę, powinni skorzystać z kontaktu telefonicznego lub za pośrednictwem innych dostępnych w danym szpitalu kanałów komunikacji (SMS, wewnętrzny system informatyczny dla pacjentów). Szpital po ustaleniu terminu wizyty powinien skontaktować się z pacjentem.

1.2. Pacjenci rozpoczynający terapię onkologiczną – bez karty DiLO

W przypadku, gdy pacjent ma podejrzenie nowotworu, ale nie ma karty DiLO, istnieje możliwość zdalnego wystawienia karty przez lekarza POZ/AOS lub punkt rejestracji w szpitalu onkologicznym. Pacjent musi jedynie znać NUMER tej karty. Numer karty należy podać przy umawianiu się na pierwszą wizytę w poradni onkologicznej.

1.3. Pacjenci w trakcie terapii onkologicznej

Koordinator leczenia powinien pozostać z pacjentem w stałym kontakcie telefonicznym/ smsowym / mailowym w zakresie:

- umawiania wizyt i terminów konsultacji,
- odbierania i informowania o wynikach pacjenta,
- ustalenia terminów konsyliów,
- wyjaśnienie bieżących problemów – informacje celowane. Zaleca się odbiór wyników badań on-line lub w specjalnie do tego przeznaczonych punktach.

1.4. Pacjenci po zakończonym leczeniu (1–5 lat)

Zaleca się uprzedni kontakt telefoniczny/mailowy.

Schemat badań kontrolnych powinien być zgodny z ustaloną ścieżką terapeutyczną i ustalonymi terminami.

Umówione wizyty kontrolne tylko po wykluczeniu ryzyka. Pacjent powinien poddać się procedurom epidemiologicznym / przejść przez służę (wydzielone wejścia do szpitali/kontenery lub namioty przed szpitalami).

W przypadku podejrzenia jakiegokolwiek ryzyka zaleca się telekonsultację.

1.5. Pacjenci po zakończonym leczeniu (powyżej 5 lat)

Zaleca się kontakt telefoniczny i mailowy.

Przy kontakcie osobistym w rejestracji pacjent powinien poddać się procedurom epidemiologicznym/ i przejść przez służę.

Badania kontrolne w dłuższym okresie po zakończeniu leczenia nowotworów w chwili obecnej powinny być realizowane poza ośrodkami onkologicznymi i/lub ewentualnie w formie telekonsultacji.

Stanowisko Polskiego Towarzystwa Chirurgii Onkologicznej w sprawie postępowania u chorych na nowotwory wymagających leczenia chirurgicznego w okresie zagrożenia epidemiologicznego

Kraków, 25 marca 2020 r.

Zarząd Polskiego Towarzystwa Chirurgii Onkologicznej zdecydowanie wzywa do ścisłego przestrzegania wprowadzanych regulacji prawnych dotyczących funkcjonowania całego kraju w okresie stanu epidemicznego oraz zasad opracowanych przez World Health Organization i Ministerstwo Zdrowia (www.mz.gov.pl). Powinnością lekarzy jest m.in. wskazywanie właściwych zachowań w sytuacji zagrożenia zdrowia publicznego.

Jednocześnie Zarząd PTChO wzywa chirurgów onkologów do stosowania środków ochrony osobistej zgodnie z zaleceniami szpitali i troski o własne zdrowie, bowiem zdrowie lekarzy jest niezbędnym warunkiem, aby mogli oni pomagać pacjentom.

Polskie Towarzystwo Chirurgii Onkologicznej apeluje do wszystkich chirurgów zajmujących się leczeniem chorych na nowotwory o zapoznanie się z rekomendacjami Polskiego Towarzystwa Onkologicznego i Polskiego Towarzystwa Chirurgii Onkologicznej, które są dostępne m.in. na stronach obu Towarzystw (www.ptomed.pl; www.ptcho.pl). Apelujemy także, aby wszyscy chirurdzy onkologiczni zapoznali się ze stanowiskiem Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej, dostępnym na stronie www.ptok.pl oraz udostępnionymi przez Polską Ligę Walki z Rakiem zaleceniami włoskich towarzystw onkologicznych (www.ligawalkizrakiem.pl).

Odnosnie do chirurgicznego postępowania terapeutycznego, podkreślamy, iż utrzymanie ciągłości wielospecjalistycznego leczenia chorych na nowotwory jest kluczowe dla efektu terapii, z tego powodu utrzymanie normalnej pracy oddziałów chirurgii onkologicznej winno być priorytetem dla władz. Apelujemy do władz szpitali, aby w trudnym okresie umożliwić chorym na nowotwory możliwość prawidłowej diagnostyki i leczenia z intencją radykalności.

W szczególności rekomendujemy, aby:

- We wszystkich przypadkach, w których jest to możliwe, ograniczać czas trwania pobytu w szpitalu – skrócenie czasu ekspozycji zmniejsza ryzyko transmisji zakażenia.
- Należy utrzymać wewnątrzszpitalne procedury ERAS lub podobne, bowiem pozwalają one na szybką mobilizację i wypisanie chorego.
- Należy chorych w trakcie diagnostyki, leczonym oraz wypisywanym umożliwić łatwy i pewny telefoniczny całodobowy kontakt z lekarzem prowadzącym lub lekarzem dyżurnym danego oddziału (np. numer telefonu do dyżurki lekarskiej).
- Wszystkie wizyty pooperacyjne powinny odbywać się w formie teleporady z wyjątkiem oczywistych sytuacji, w których wizyta w poradni jest nieunikniona (np. usunięcie szwów czy drenów).
- Należy zabronić zgłaszania się chorym bezpośrednio na oddział chirurgii onkologicznej celem zasięgnięcia porady, odebrania dokumentacji itp.; dopuszczalne są jedynie wizyty w poradni w przypadkach, w których jest taka bezwzględna konieczność.
- Należy odwołać wszystkie wizyty kontrolne do czasu przywrócenia normalnej pracy szpitali (z wyjątkiem chorych, u których w czasie teleporady podjęto podejrzenie nawrotu lub rozwinięcia się powikłania po leczeniu); należy także odroczyć wizyty związane z badaniami przesiewowymi.
- Należy umożliwić normalną diagnostykę i leczenie chorym z podejrzeniem lub potwierdzeniem nowotworu złośliwego.

Jednocześnie Polskie Towarzystwo Chirurgii Onkologicznej rekomenduje okresowe zapoznawanie się ze stroną internetową amerykańskiego Society of Surgical Oncology (www.surgonc.org), na której regularnie aktualizowane są swoiste narządowo rekomendacje dotyczące możliwości odroczenia

leczenia poszczególnych typów nowotworów i właściwego doboru pacjentów w przypadku wystąpienia ograniczeń w dostępności do leczenia operacyjnego. Zalecenia te opracowano w taki sposób, aby ustalone priorytety leczenia nie powodowały rzeczywistych negatywnych skutków zdrowotnych dla wszystkich pacjentów.

Wojciech Wysocki (Prezes) oraz Członkowie Zarządu Polskiego Towarzystwa Chirurgii Onkologicznej: Józef Kładny, Dawid Murawa, Piotr Rutkowski, Zbigniew I. Nowecki, Arkadiusz Jeziorski, Michał Jankowski, Jacek Kargul, Andrzej Kurylcio, Piotr Richter, Andrzej Rutkowski, Wojciech Zegarski

Leczenie systemowe pacjentów z rozpoznaniem choroby nowotworowej w kontekście pandemii SARS-CoV-2 – stanowisko Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej

Piotr J. Wysocki¹, Łukasz Kwinta¹, Paweł Potocki¹, Marek Z. Wojtukiewicz², Barbara Radecka³, Piotr Tomczak⁴, Michał Jarzab⁵, Andrzej Kawecki⁵, Maciej Krzakowski⁵

¹Katedra i Klinika Onkologii, Uniwersytet Jagielloński – Collegium Medicum w Krakowie, Poland

²Klinika Onkologii, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Białostockie Centrum Onkologii, Poland

³Opolskie Centrum Onkologii w Opolu, Poland

⁴Klinika Onkologii, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu, Poland

⁵Narodowy Instytut Onkologii – Państwowy Instytut Badawczy im. M. Skłodowskiej-Curie w Gliwicach, Poland

Wstęp

Pandemia SARS-CoV-2 stała się faktem i z dnia na dzień odnotowuje się w Europie rosnącą liczbę osób zarażonych i zmarłych z powodu COVID-19. Gwałtownie narastające obciążenie systemów opieki zdrowotnej może się w niedługim czasie okazać niemożliwym do udźwignięcia nawet dla tych najlepiej zorganizowanych i finansowanych. Nie ulega wątpliwości, że w Polsce – podobnie jak we wszystkich krajach – istnieje wiele niewiadomych dotyczących zarówno czasu trwania pandemii, dynamiki przyrostu liczby chorych wymagających hospitalizacji lub intensywnej terapii, jak i możliwości organizacyjnego zabezpieczenia gwałtownie rosnących potrzeb opieki zdrowotnej. W ostatnich dniach wiele szpitali w naszym kraju zostało zamienionych w tak zwane jednoimienne szpitale zakaźne, co spowodowało de facto ich zamknięcie dla chorych z innymi chorobami niż COVID-19. W licznych szpitalach odwołano planowe przyjęcia i zawieszono funkcjonowanie poradni z powodu ograniczonej liczby personelu. W przypadku wielu chorób opóźnienie diagnostyki lub leczenia nie ma istotnego wpływu na rokowanie chorych, jednak nie dotyczy to chorych onkologicznych, którzy wymagają przeciwnowotworowego leczenia systemowego. W ostatnich dniach pojawiły się doniesienia medialne o zamykaniu oddziałów onkologii klinicznej w przekształcanych szpitalach lub przerywaniu leczenia systemowego z powodu panującej pandemii. Dla wielu chorych takie postępowanie może być równoznaczne z odebraniem

szans na wyleczenie czy z gwałtownym pogorszeniem rokowania. W związku z powyższym oraz w odpowiedzi na wiele pojawiających się pytań dotyczących zasad postępowania z chorymi poddawany przeciwnowotworowemu leczeniu systemowemu w aktualnej sytuacji zagrożenia epidemicznego, Polskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej (PTOK) przygotowało niniejsze stanowisko. Pragniemy jednocześnie zaznaczyć, że nie dotyczy ono pacjentów onkohematologicznych oraz pediatrycznych.

COVID-19 u dorosłych chorych na lite nowotwory złośliwe

Do powszechnej wiedzy należy już fakt, że populację najbardziej narażoną na powikłania i śmierć w wyniku zarażenia SARS-CoV-2 są osoby w podeszłym wieku z chorobami współistniejącymi [1]. Ponieważ większość (> 60%) przypadków nowotworów rozpoznaje się po 65. roku życia, a w Polsce obecnie żyje około miliona osób z rozpoznaniem choroby nowotworowej (w tym duża grupa jest w trakcie aktywnego leczenia), nie ulega wątpliwości, że jest to populacja szczególnego ryzyka. Dostępne informacje dotyczące przebiegu COVID-19 u chorych na nowotwory są bardzo ograniczone i dotyczą jedynie 18 przypadków [2]. Liang i wsp. [2] przeanalizowali dane 1590 chorych na COVID-19 – w ocenianej grupie 18 (1%) miało wywiad choroby nowotworowej i odsetek ten był ponad 3-krotnie wyższy niż wskaźnik w ogólnej populacji

chińskiej (0,29%). Większość chorych objętych analizą stanowiły osoby poddane obserwacji po zakończonym leczeniu przeciwnowotworowym, natomiast 6 chorych było poddawanych aktywnemu leczeniu systemowemu (2 – leczeniu celowanemu w raku płuca, 2 – chemioterapii w raku płuca, 1 – immunoterapii w raku jasnokomórkowym nerki, 1 – uzupełniającemu leczeniu systemowemu w raku piersi bez spreycyzowania rodzaju). Poważne powikłania związane z COVID-19 obserwowano zdecydowanie częściej w grupie chorych na nowotwory niż w ogólnej populacji (39% vs. 8%), jednak chorzy na nowotwory byli starsi (średnia wieku – 63,1 vs. 48,7 lat) i częściej byli palaczami (22% vs. 7%). W przypadku chorych na raka płuca, których w ciągu miesiąca przed rozpoznaniem COVID-19 poddano chemioterapii lub leczeniu chirurgicznemu, poważne powikłania występowały częściej niż u osób pozostających w wieloletniej obserwacji (odpowiednio – 75% vs. 43%). W modelu regresji logistycznej wykazano, że ryzyko wystąpienia poważnych powikłań COVID-19 było większe dla osób z wywiadem onkologicznym [iloraz szans (OR, odds ratio) = 5,39] niż z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc (OR = 3,39), cukrzycą (OR = 2,2) i nadciśnieniem tętniczym (OR = 1,87). Z punktu widzenia onkologii klinicznej ważną obserwacją jest brak poważnych powikłań u większości analizowanych chorych z rozpoznaniem COVID-19 w trakcie prowadzenia przeciwnowotworowego leczenia systemowego – nie obserwowano ich ani u jedynej chorej (52 lata) leczonej z powodu raka piersi, ani u 3 chorych leczonych z powodu raka płuca (chorzy w wieku 55 i 58 lat poddawani leczeniu celowanemu; 47-letni chory poddawany chemioterapii). Poważne powikłania obserwowano u 63-letniego chorego otrzymującego paliatywną chemioterapię z powodu raka płuca i, co może być zaskakujące, u 58-letniego chorego poddawanego immunoterapii z powodu raka jasnokomórkowego nerki [2].

Niewielka liczebność analizowanej populacji nie pozwala wyciągnąć definitywnych wniosków dotyczących zasad postępowania u chorych z rozpoznaniem choroby nowotworowej w kontekście ryzyka zarażenia SARS- -CoV-2. Nie ulega jednak wątpliwości, że wiek chorych, choroby współistniejące oraz leczenie przeciwnowotworowe mogą zwiększać ryzyko wystąpienia ciężkich powikłań i śmierci w przebiegu COVID-19.

W związku z powyższym, w zależności od stanu ogólnego chorego, charakteru planowanego lub prowadzonego już leczenia przeciwnowotworowego oraz stanu zaawansowania choroby, należy różnicować zasady postępowania w okresie pandemii SARS-CoV-2.

Zalecenia dotyczące systemowego leczenia onkologicznego

Leczenie systemowe chorych z rozpoznaniem choroby nowotworowej może mieć charakter radykalny (leczenie przedoperacyjne lub pooperacyjne, samodzielna chemioterapia w przypadku nowotworów chemiowyleczalnych, chemioterapia w skojarzeniu z napromienianiem) lub paliatywny.

Autorzy uważają, że należy bezwzględnie dążyć do utrzymania rekomendowanej intensywności leczenia o założeniu radykalnym. Każdorazowo, w przypadku braku możliwości kontynuacji stosowanego już leczenia systemowego o założeniu radykalnym, chory musi być w trybie pilnym przekazany do innego, funkcjonującego ośrodka onkologii klinicznej w danym województwie w celu kontynuacji leczenia. Spisami takich ośrodków dysponują wojewódzcy konsultanci do spraw onkologii klinicznej.

Leczenie przedoperacyjne

Decyzja o rozpoczęciu leczenia przedoperacyjnego, podejmowana w ramach konsylium wielodyscyplinarnego, uwzględnia każdorazowo planowany termin przeprowadzenia zabiegu operacyjnego. W przypadku chorych na raka piersi, gdy celem leczenia przedoperacyjnego ma być przeprowadzenie zabiegu oszczędzającego (szczególnie u chorych po menopauzie [3]), można rozważyć kilkutygodniowe odroczenie rozpoczęcia chemioterapii przedoperacyjnej. U chorych pierwotnie operacyjnych, u których chemioterapia przedoperacyjna nie ma udowodnionego wpływu na poprawę rokowania, należy w pierwszej kolejności przeprowadzić zabieg operacyjny, a następnie zastosować systemowe leczenie uzupełniające. Z kolei u wszystkich chorych ze znacznym miejscowym zaawansowaniem choroby, gdy celem leczenia neoadjuwantowego jest osiągnięcie możliwości przeprowadzenia zabiegu chirurgicznego lub radykalnej radioterapii, postępowanie powinno być rozpoczęte bez zbędnej zwłoki. U chorych w trakcie chemioterapii przedoperacyjnej, w przypadku spodziewanego znacznego (wielotygodniowego) opóźnienia momentu przeprowadzenia zabiegu operacyjnego, należy rozważyć podanie 1–2 dodatkowych cykli chemioterapii według ostatnio stosowanego schematu. Należy przy tym upewnić się, że nie występują bezwzględne przeciwwskazania do kontynuowania chemioterapii (dotychczasowa tolerancja, kumulacyjna toksyczność). W przypadku wątpliwości związanych z ewentualnym „przedłużeniem” leczenia przedoperacyjnego istnieje możliwość konsultacji z zespołem konsultantów Kliniki Onkologii Uniwersytetu Jagiellońskiego – *Collegium Medicum* w Krakowie (chemioterapia@su.krakow.pl).

Leczenie pooperacyjne

Rozpoczęcie systemowego leczenia uzupełniającego może być w większości przypadków odroczone i podjęte w okresie do 3 miesięcy od zabiegu. Wyjątkiem są tutaj chorzy należący do grupy bardzo wysokiego ryzyka nawrotu (np. znaczne miejscowe zaawansowanie, potrójnie ujemny rak piersi). W uzasadnionych sytuacjach klinicznych leczenie uzupełniające może być zastąpione ścisłą obserwacją. W przypadku chorych na hormonozależnego raka piersi [szczególnie z niskim stopniem złośliwości (G1) i/lub niskim indeksem proliferacyjnym (Ki67 < 30%)], u których potencjalna korzyść z chemioterapii może być niewielka, należy rozważyć samodzielną hormonoterapię

uzupełniająca. W przypadku wątpliwości odnośnie możliwości/ zasadności rezygnacji z uzupełniającej chemioterapii istnieje możliwość konsultacji chorych z zespołem konsultującym Kliniki Onkologii Uniwersytetu Jagiellońskiego – *Collegium Medicum* w Krakowie (chemioterapia@su.krakow.pl).

Leczenie o założeniu paliatywnym

W odróżnieniu od leczenia o założeniu radykalnym, paliatywne leczenie systemowe, szczególnie na etapie późniejszych linii, jest – w wielu przypadkach – postępowaniem o mniejszej sile dowodów naukowych uzyskanych w ramach dużych badań klinicznych z randomizacją lub metaanaliz. Jest to postępowanie oparte przede wszystkim na dostępnych i aktywnych w danym wskazaniu lekach cytotoksycznych stosowanych samodzielnie lub w schematach skojarzonych. W większości przypadków sposób prowadzenia długotrwałego, wieloetapowego leczenia paliatywnego jest konsekwencją dostępnych danych literaturowych o relatywnie niskiej wiarygodności naukowej oraz doświadczeń własnych poszczególnych ośrodków onkologicznych. Z uwagi na nieokreślony czas i zasięg pandemii SARS-CoV-2 nie ma obecnie żadnych możliwości przewidywania, jak długo konieczne będzie wdrażanie wyjątkowych zasad postępowania w przypadku chorych onkologicznych. W tym kontekście najwięcej pytań dotyczących optymalnego postępowania pojawia się w przypadku chorych wymagających przewlekłego leczenia przeciwnowotworowego. Nie ulega wątpliwości, że długotrwałe wstrzymanie systemowego leczenia zwiększa ryzyko progresji choroby, której konsekwencją może być znaczące pogorszenie stanu sprawności i wydolności narządowej chorych. Należy zatem mieć świadomość, że długotrwałe pogorszenie opieki onkologicznej nad chorymi w czasie pandemii może znacząco, w stopniu niedającym się w obecnej chwili przewidzieć, pogorszyć ich rokowanie.

W związku z powyższym, stanowisko PTOK dotyczącego modyfikacji leczenia paliatywnego, w sytuacji całkowitej niepewności co do skali i czasu trwania zagrożenia epidemicznego, stanowi próbę znalezienia optymalnych

rozwiązań, pozwalających w wielomiesięcznej perspektywie zapewnić maksymalne, możliwe do uzyskania bezpieczeństwo chorego i kontrolę choroby.

Proponujemy poniższe rozwiązania:

- chorzy bezobjawowi, z dobrą kontrolą choroby oraz bez zagrożenia „kryzą” narządową – należy rozważyć możliwość przerwania („wakacje terapeutyczne”), zredukowania intensywności terapii (wydłużenie odstępów pomiędzy kursami o 50–100%) lub wdrożenia leczenia systemowego z wykorzystaniem dostępnych leków doustnych (w tym stosowanych metronomicznie);
- chorzy z głęboką remisją choroby w trakcie leczenia podtrzymującego — należy rozważyć okresowe przerwanie leczenia;
- chorzy wymagający utrzymania ciągłego leczenia systemowego (zagrożenie „kryzą” narządową, objawy, niedawno rozpoczęte leczenie)
 - otrzymujący chemioterapię opartą na schematach stosowanych w odstępach 3-tygodniowych — należy kontynuować leczenie wybranym schematem,
 - otrzymujący schematy cotygodniowe — rekomenduje się modyfikację schematu do schematów 2- lub 3-tygodniowych (zwiększenie dawki leku) lub modyfikację do schematu 2-lekowego stosowanego co 2–3 tygodnie. Przykłady modyfikacji schematów cotygodniowych zostały przedstawione w tabeli I.

W przypadku wątpliwości w kwestii możliwości modyfikacji dawkowania możliwy jest kontakt z zespołem konsultującym Kliniki Onkologii Uniwersytetu Jagiellońskiego – *Collegium Medicum* w Krakowie (chemioterapia@su.krakow.pl).

Gorączka neutropeniczna w przebiegu leczenia przeciwnowotworowego

Z uwagi na fakt, że objawowa infekcja SARS-CoV-2 przebiega z wysoką gorączką, bez wykonania badań diagnostycznych trudno odróżnić pierwsze objawy COVID-19 od gorączki neutropenicznej. Zgodnie z aktualnymi zaleceniami, chorzy

Tabela I. Przykładowe modyfikacje schematów chemioterapii w leczeniu paliatywnym

Schemat	Proponowana modyfikacja
Paklitaksel 80 mg/m ² co tydzień	Paklitaksel 120 mg/m ² co 2 tygodnie [4]
Gemcytabina 1000 mg/m ² d. 1., 8. co 21 dni Gemcytabina 1000 mg/m ² d. 1., 8., 15. co 28 dni	Gemcytabina 1250 mg/m ² co 2 tygodnie <i>Przy problemie we wcześniejszym utrzymaniu dawkowania z powodu toksyczności – gemcytabina 1000 mg/m² co 2 tygodnie</i>
Cisplatyna 25–30 mg/m ² co tydzień	Cisplatyna 50 mg/m ² co 2 tygodnie Cisplatyna 75 mg/m ² co 3 tygodnie
Cisplatyna 25 mg/m ² + gemcytabina 1000 mg/m ² d. 1., 8. co 21 dni	Cisplatyna 50 mg/m ² + gemcytabina 1250 mg/m ² co 2 tygodnie
Winorelbina 25 mg/m ² i.v. lub 60–80 mg/m ² po co tydzień	50 mg p.o. (poniedziałek, środa, piątek) [5] lub 30 mg p.o. co 2. dzień (u chorych w podeszłym wieku) – cykle co 2–3 tygodnie [6]
Karboplatyna 2 AUC i.v. co tydzień	Karboplatyna 6 AUC i.v. co 3 tygodnie
Kapecytabina – dawkowanie d. 1.–14. co 21 dni	Kapecytabina – tryb ciągły (66% standardowej dawki dobowej dla cyklu 14/21), wizyty co 6 tygodni

z podejrzeniem COVID-19 (co najmniej jeden z objawów: **gorączka**, kaszel, duszność) powinni być izolowani w odpowiednio wyposażonych pomieszczeniach (śluz, środki ochrony osobistej, pulsoksymetr, termometr, dostęp do gazów medycznych, zestaw do resuscytacji), a następnie poddani dalszej diagnostyce [7]. Nie ulega wątpliwości, że każdy pacjent z objawami sugerującymi COVID-19 (również chory wyłącznie z „klasyczną” gorączką neutropeniczną) może w obecnej sytuacji poważnie zaburzyć funkcjonowanie całej jednostki leczniczej i zdeorganizować pracę personelu medycznego. W związku z powyższym w celu maksymalnego ograniczenia ryzyka występowania gorączek neutropenicznych u chorych poddawanych chemioterapii zaleca się, na czas trwania pandemii SARS-CoV-2, profilaktyczne stosowanie czynników wzrostu G-CSF u:

- wszystkich chorych otrzymujących chemioterapię z grupy pośredniego (10–20%) ryzyka występowania gorączki neutropenicznej;
- wszystkich chorych otrzymujących chemioterapię, u których obserwowano w trakcie aktualnie stosowanego schematu epizod neutropenii G3 według *Common Terminology Criteria for Adverse Events* (CTCAE) (< 1000/mm³).

Podsumowanie

Stanowisko PTOK i skrótkowe zalecenia (Tab. II), wobec braku adekwatnych, silnych dowodów naukowych dla postępowania w obliczu pandemii SARS-CoV-2, stanowi odzwierciedlenie opinii autorów niniejszego opracowania. Stanowisko PTOK oraz pomoc oferowana przez zespół konsultacyjny Kliniki Onkologii Uniwersytetu Jagiellońskiego – Collegium Medicum w Krakowie mają

na celu wsparcie decyzyjne onkologów klinicznych w tej ekstremalnie skomplikowanej sytuacji, w której się znaleźli.

Jako lekarze musimy pamiętać, że bezpieczeństwo nasze i naszych współpracowników jest krytycznym czynnikiem warunkującym możliwość zapewnienia ciągłej opieki naszym chorym. Jako onkolodzy kliniczni, pełniący w wielu przypadkach funkcję koordynującą i spajającą leczenie onkologiczne, możemy być zmuszeni w tej nadzwyczajnej sytuacji do nadzwyczajnych decyzji, nadzwyczajnego zaangażowania, nadzwyczajnego wysiłku. Musimy przy tym pamiętać, że w naszych rękach są zarówno losy chorych, u których nie możemy zaprzepaścić szans na całkowite wyleczenie, jak i chorych z chorobą zaawansowaną, u których nie powinniśmy naszymi decyzjami pogarszać rokowania.

Piśmiennictwo

1. Guan Wj, Ni Zy, Hu Yu, et al. Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. *N Engl J Med*. 2020, doi: 10.1056/nejmoa2002032.
2. Liang W, Guan W, Chen R, et al. Cancer patients in SARS-CoV-2 infection: a nationwide analysis in China. *Lancet Oncol*. 2020; 21(3): 335–337, doi: 10.1016/s1470-2045(20)30096-6.
3. Rastogi P, Anderson SJ, Bear HD, et al. Preoperative chemotherapy: updates of National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project Protocols B-18 and B-27. *J Clin Oncol*. 2008; 26(5): 778–785, doi: 10.1200/JCO.2007.15.0235, indexed in Pubmed: 18258986.
4. Toyama T, Yamashita H, Hara Y, et al. Biweekly paclitaxel in patients with metastatic breast cancer. *Int J Clin Oncol*. 2003; 8(6): 357–361, doi: 10.1007/s10147-003-0353-5, indexed in Pubmed: 14663637.
5. Camerini A, Banna GL, Cinieri S, et al. Metronomic oral vinorelbine for the treatment of advanced non-small cell lung cancer: a multicenter international retrospective analysis. *Clin Transl Oncol*. 2019; 21(6): 790–795, doi: 10.1007/s12094-018-1989-y, indexed in Pubmed: 30448956.
6. De Iulius F, Salerno G, Taglieri L, et al. On and off metronomic oral vinorelbine in elderly women with advanced breast cancer. *Tumori*. 2015; 101(1): 30–35, doi: 10.5301/tj.5000207, indexed in Pubmed: 25702645.
7. Rymer W. Wroczyńska A, Matkowska-Kocjan A. COVID-19 – aktualny stan wiedzy. *Med Prakt*. 2020; 3: 102–121.

Tabela II. Zalecenia PTOK w kontekście pandemii SARS-CoV-2 – podsumowanie

1. Zalecenia postępowania w zakresie przeciwnowotworowego leczenia systemowego w okresie pandemii SARS-CoV-2 nie są oparte na wynikach prospektywnych badań i w największym stopniu uwzględniają obserwacje dotyczące postępowania w innych zakażeniach oraz opinie ekspertów.
2. Najważniejszym elementem postępowania jest przeciwdziałanie szerzeniu się zakażenia według typowych zasad zalecanych w sytuacjach zagrożenia epidemicznego.
3. Systemowe leczenie przeciwnowotworowe powinno być prowadzone według ogólnie przyjętych zasad.
4. Prowadzenie leczenia systemowego według ogólnie przyjętych zasad powinno również obejmować postępowanie w przypadku występowania powikłań.
5. Prowadzenie leczenia systemowego według ogólnie przyjętych zasad powinno być szczególnie przestrzegane w przypadku postępowania o założeniu radykalnym.
6. Przerywanie lub zaniechanie kontynuowania systemowego leczenia o założeniu radykalnym w sytuacji pandemii SARS-CoV-2 nie ma naukowego uzasadnienia.
7. Rozpoczęcie systemowego leczenia uzupełniającego może być w ściśle uzasadnionych sytuacjach klinicznych zastąpione ścisłą obserwacją. Należy rozważyć stosowanie jednej spośród możliwych do wykorzystania metod lub skrócenie długości całego leczenia.
8. Postępowanie w ramach systemowego leczenia przeciwnowotworowego o założeniu paliatywnym powinno być kontynuowane, przy czym możliwe jest modyfikowanie schematów i dawek w zależności od indywidualnych sytuacji.
9. Modyfikowanie systemowego leczenia przeciwnowotworowego stosowanego z założeniem paliatywnym może obejmować szersze korzystanie z leków w postaciach doustnych lub wykorzystanie leczenia metronomicznego.
10. Stosowanie profilaktycznych leków przeciwwirusowych nie ma uzasadnienia naukowego.
11. Stosowanie profilaktyki granulopoetykami w czasie stanu zagrożenia epidemicznego powinno dotyczyć chorych z grupy pośredniego ryzyka wystąpienia gorączki neutropenicznej.
12. Każdy chory z podejrzeniem COVID-19 przed przyjęciem w ośrodku onkologicznym powinien mieć wykluczoną infekcję SARS-CoV-2 zgodnie z obowiązującymi rekomendacjami Głównego Inspektoratu Sanitarnego i Ministerstwa Zdrowia.