

## Javaslat a tüdőrákos betegek ellátására a COVID-19 járvány idejére

### 1.) Ambuláns vizit prioritások

#### a.) magas prioritás

- új diagnózis vagy invazív tüdőrák gyanúja
- a betegséggel kapcsolatos tünetek
- II/IIIA/IIIB/IV stádiumú NSLC vagy SCLC gyanúja
- kezelésre jelentkezés

#### b.) közepes prioritás

- diagnózis vagy gyanú I stádiumú tüdőrákra
- komplikáció nélküli postoperatív betegek
- relapsusra nagy kockázatú betegek követése
- igazolt betegek kezelésével kapcsolatos tünetek vagy problémák-amennyire csak lehet telemedicinával

#### c.) alacsonyprioritás

- túlélési vizit
- alacsony és közepes relapszus valószínűség esetén follow up
- pszichológiai támogatás (telemedicina)

### 2.) Képzőanyag

#### a.) magas prioritás

- gyanú esetén; új tünetek, köhögés, fulladás, láz esetén CT javasolt
- standard staging tüdőrák gyanúban vagy II/III/IV stádiumban
- kerekárnyék biopsziája, ill. egyéb tumor gyanú, II/III/IV stádium gyanúja
- az első 6 hónapon belül a terápia kontrollja, vagy progresszió gyanú esetén
- klinikai protokollhoz vizsgálat

#### b.) közepes prioritás

- radikális kezelést követően egy éven belül közepes/nagy valószínűségű relapszus esetén
- korai tüdőrák (I.std.) felmérése esetén
- kerekárnyék biopszia vagy I/II stádiumú tumorgyanús massa esetén
- igazolt beteg új panasza/problémája esetén
- aktív kezelés kiértékelés az első 6 hónapon belül kontrollált/stabil állapotban
- véletlenül kimutatott nodulus követése
  - szolid nodulus 50-500 mm<sup>3</sup>
  - pleura alapú szolid nodulus 5-10 mm átmérővel
  - részben szolid nodulus nem szolid komponenssel ≥8 mm
  - ismert VDT (volume doubling time) 400-600 nap

ebben az időszakban a low dose CT szűrés mellőzhető

### 3.) Sebészi ellátás

#### a.) magas prioritás

- drainage (pleurális/pericardiális), pleurodesis
- empyema, tüdő abszcesszus ellátása
- T2N0 tumor opus (priméren vagy indukciós kemoth. után)

- Reszekábilis T3/T4 tumor priméren vagy indukciós chemoth. után
- Reszekábilis N1/N2 tumor priméren vagy indukciós chemoth. után
- diagnosztikus beavatkozások (pld. mediastinoscopia stb.)

b.) közepes prioritás

- valószínűleg malignus léziók biopsziája
- reszekábilis T1aN0 opus (ha nincs kapacitás sztereotaxiás besugárzás), a műtét preferálandó
- diagnosztikus feldolgozás, nodulusok reszekciója
  - szolid nodulus > 500 mm<sup>3</sup>
  - pleura alapú szolid nodulus átmérő > 10 mm
  - részlegesen szolid nodulus szolid komponense > 500 mm<sup>3</sup>
  - VDT < 400 nap
  - korábban nem szolid nodulusban új szolid komponens

ahol nincs elég sebési kapacitás ott alternatív sztereotaxiás besugárzás javasolt

c.) alacsony prioritás

- inkább benignusnak tűnő elváltozás biopsziája
- operábilis ggo nodulus (T1a std)
- bármilyen véletlenül talált nodulus diagnosztikus ellátása beleértve a > 500 mm<sup>3</sup> volumenűt és a 600 napon túli VDT-t

alternatív sztereotaxiás besugárzás, ha nincs sebési kapacitás

4.) Medical Oncology-korai stádiumú tüdőrák

a.) magas prioritás

- konkomittált kemoradioterápia I-II std SCLC
- neoadjuváns kemoth. II klinikai stádiumban (vérható opus 3 hónapon belül)
- adjuváns kemoth. T3/T4 vagy N2 esetben < 65 éves életkor
- G-CSF adása, ha a febrilis neutropenia valószínűsége >10-15%.

b.) közepes prioritás

- adjuváns kemoth. T2b-T3N0 vagy N1 betegség, megbeszélni a beteggel
- két ciklus között a beteggel lehetőleg telefonos kapcsolat
- két ciklus közötti vérvétel lehetőleg kórházon kívül

c.) alacsony prioritás

- T1a-T2bN0 adjuváns kezelés negatív prognosztikus faktoral (lymphovaszkuláris infiltráció, szövettani altípus)
- adjuváns kemoterápia szignifikáns komorbiditás és/vagy > 70 év életkor-inkább ne.

5.) Medical oncology – lokálisan előrehaladott tüdőrák

a.) magas prioritás

- konkomittált kemoradioterápia limited III std. SCLC
- konkomittált vagy szekvenciális radioterápia inoperábilis III std. NSCLC-ben
- konszolidációs durvalumab indítása 42 napon belül
- neoadjuváns kemoterápia III std.-ban
- G-CSF adása, ha a febrilis neutropenia valószínűsége > 10-15%

b.) közepes prioritás

- follow up kontroll 2 ciklus között lehetőleg telemedicinálisan

- 2 ciklus közötti labor kontroll, ha szükséges, lehetőleg a kórházon kívül
- c.) alacsony prioritás

## 6.) Medical Oncology-metasztatikus tüdőrák

### a.) magas prioritás

- 1.vonalbeli terápia: kemoterápia, IO, kemo+IO, TKI terápia a beteg életkilátásának, életminőségének és tüneteinek javítása céljából
- indítson másod vonalbeli kemoterápiát vagy IO-t tünetes és progresszív betegség esetében
- progresszív betegségben indítson TKI kezelést
- G-CSF adandó, ha optimális terápia (dózis redukció) mellett várható febrilis neutropenia valószínűsége > 10%
- anti PD-(L)1 kezelés intervallumát nyújtsa meg (2 hét helyett 4 hetente, 3 hét helyett 6 hetente)

### b.) közepes prioritás

- indítson 2 vagy többedik kemoterápiát, IO-t ha tünetmentes a beteg és nincs fenyegető állapot (volumen, lokalizáció)
- gondolja meg az orális kezelés lehetőségét (vinorelbin, etoposid), hogy ne kelljen gyakran a kórházban megjelenni
- 2 ciklus közötti kontroll, ha kell, lehetőleg telefonon történjen
- 2 ciklus között labor kontroll, ha kell, lehetőleg a kórházon kívül történjen
- ha az IO kezelés több, mint 12/18 ciklus, célszerű megnyújtani a szünetet (tervezett ciklus halasztásával)

### c.) alacsony prioritás

- 2 év után mérlegelendő az IO elhagyása (bár erre nincs evidencia)
- IO átmeneti elhagyás toxicitás esetén,- újra indítás halasztása, ha a betegség stabil
- halassa a zoledronsav vagy denosumab kezelést, ha nincs urgencia

## 7.) Radioterápia

### a.) magas prioritás

- radioterápia II-III stádiumban, ha a kemoterápia kontraindikált
- inoperábilis II/III std NSCLC konkomittáló vagy szekvenciális kemoradioterápia
- SCLC limited esetén konkomittáló vagy szekvenciális kemoradioterápia
- VCS szindróma, vagy jelentős haemoptysis, gerincvelő kompresszió, szignifikáns csontfájdalom, és bármilyen palliatív radioterápiával halasztható életveszélyes állapot esetén.

### b.) közepes prioritás

- SABR-SBRT I std-ban
- R1 reszekcióban adjuváns PORT kemoterápia után, vagy önmagában az opus után 3 hónapig halasztva
- PCI limited SCLC-ben kemoterápia után

### c.) alacsony prioritás

- adjuváns PORT N2 reszekció esetén, megbeszélés szerint adjuváns kemo-t követően, vagy halasztva 3 hónapig az opus után
- extended SCLC kemo után PCI helyett aktív koponya MRI kontroll

- nem életet veszélyeztető tünetek, enyhe csontfájdalom vagy mellkasi fájdalom esetén agresszív analgetikus terápia javasolt, a palliatív radioterápia erősen megfontolandó az előny/kockázat mérlegelésével