

## **HDIO - Preporuke za onkološku skrb u uvjetima pandemije COVID-19 prema tumorskim sijelima**

### **UROLOŠKI TUMORI**

#### **Prioriteti:**

- Bolesnici kod kojih je cilj izlječenje
- Mlađi (dobna granica različita kod različitih tumora)
- Bolesnici s metastatskom bolesti u prvoj liniji liječenja
- Bolesnici s metastatskom bolesti i nakon prve linije ako se radi o brzom i simptomatskom progresiji

#### **Najmanji prioriteti:**

- Oni koji su izliječeni i nemaju bolesti i koji su u praćenju – ovisno o duljini praćenja i vrsti tumora - smanjiti pretrage i uputiti ih obiteljskom liječniku ili kontrola nalaza putem mail-a ili telefonski

### **1. RAK PROSTATE**

#### **Lokalna bolest:**

- Kod starijih bolesnika i manje rizičnih tumora timski razmotriti češću primjenu praćenja
- Kod radikalne lokalne terapije, ako nemamo dostupnu radioterapiju ili kirurgiju ili ako je želimo odgoditi može se započeti androgen deprivirajuća terapija (ADT) i kod manje rizičnih tumora
- Tijekom ADT kako bi se smanjili dolasci bolesnika kod onih sa stabilnom bolesti može se dati dugodjelujući LHRH agonist na 6 mjeseci

#### **Hormonski osjetljiva metastatska bolest:**

- Uz ADT kod nas je uobičajno davati docetaksel, ali zbog neutropenije prednost bi imala peroralna hormonska terapija; kod nas se može dati abirateron+prednison (smjernica HZZO-a kaže samo oni visokog rizika ako nisu pogodni ili ne podnose docetaksel)
- Ako je početa ADT dodatak docetaksela ili abiraterona se može iznimno odgoditi do 6 mjeseci

#### **Kastracijski rezistentna metastatska bolest:**

- Procijeniti može li se prednost dati peroralnim novim hormonskim lijekovima u prvoj liniji
- Tijekom terapije novim hormonskim lijekovima, ako se radi o stabilnoj bolesti, smanjiti kontrolu laboratorijskih nalaza, eventualno i dolaske po lijek
- Ako se mora dati kemoterapija odmjeriti korist i rizik intravenske terapije, mogućnost zbrinjavanja nuspojava, rizik dolaska u dnevnu bolnicu, mogućnost upotrebe GCSF-a, vidjeti može li se odgoditi početak kemoterapije

#### **Primjena kortikosteroida:**

- Pokušati smanjiti primjenu kortikosteroida gdje god je to moguće, ako se moraju dati primijeniti najmanju moguću dozu

### **Primjena bisfosfonata ( kod nas zolendronat):**

- U hormonski senzitivnoj metastatskoj bolesti nisu potrebni
- U kastracijski rezistentnoj metastatskoj bolesti zolendronat se može primijeniti svaka 3 mjeseca
- Kod nekih bolesnika s kastracijski rezistentnom bolesti procijeniti primjenu peroralnih bisfosfonata

## **2. UROTELNI RAK**

### **Neoadjuvantna i adjuvantna kemoterapija:**

- Raspraviti na multidisciplinarnom timu ( MDT) – pitanje dostupnosti kirurgije – odluka na individualnoj bazi i ovisno o lokalnoj situaciji
- Ako se primjeni neoadjuvantna kemoterapija dati 3 ciklusa, ne davati dose-dense protokole
- Ako je dostupno razmotriti radikalno zračenje uz tjednu primjenu radio-senzitirajuće monokemoterapije ( cisplatina ili gemcitabin)

### **Prva linija metastatske bolesti:**

- Prvi izbor ostaje kemoterapija na bazi cisplatine, dovoljno 4 ciklusa, najviše 6
- Kod bolesti malog volumena nekada se može odgoditi kemoterapija
- Kod oligometastatske bolesti razmisliti o radioterapiji primarnog tumora i metastaze

### **Liječenje nakon prve linije metastatske bolesti:**

- Preporučuje se imunoterapija checkpoint inhibitorima (CPI) ako bolesnik to može primiti
- Tijekom imunoterapije kod onih koji imaju dobar i dugotrajniji odgovor razmisliti o pauzi terapije ( NE na početku liječenja)
- CPI se mogu davati i na 4-6 tjedana
- Ako se radi o brzom progresiji bolesti uzeti u obzir i primjenu kemoterapije uz sve moguće rizike i stanje bolesnika

## **3. RAK BUBREGA**

### **Prva linija liječenja metastatske bolesti:**

- Citoreduktivna nefrektomija se može odgoditi ako se moraju čuvati kirurški resursi
- Neki bolesnici s jako malim volumenom bolesti se mogu samo pratiti
- Preporučuje se peroralna anti-VEGF terapija - kod nas jedino i moguća bez obzira na rizičnu grupu; u svijetu prednost se daje kombinaciji CPI+anti-VEGF jer kombinacija dvije imunoterapije ima više nuspojava
- Tijekom anti-VEGF terapije može se razmisliti o pauzi u terapiji ako se radi o stabilnoj bolesti i dugom trajanju odgovora
- Bilo bi dobro predložiti HZZO-u da se kontrolna obrada ne radi svaka 3 već svakih 6 mjeseci ako nema kliničkog pogoršanja

### **Druga linija liječenja metastatske bolesti:**

- Najčešće se kod nas primjenjuje imunoterapija nivolumab – tijekom liječenja može se razmisliti o pauzi terapije ako se radi o stabilnoj bolesti i dugom trajanju odgovora, ili o primjeni terapije svaka 4 tjedna umjesto svaka 2 tjedna
- Kontrolna obrada tijekom liječenja se može prilagoditi uvjetima pandemije na način da se ne inzistira na obaveznoj slikovnoj obradi svaka 3 mjeseca ukoliko nema kliničkog pogoršanja

#### **4. RAK TESTISA**

##### **Stadij I - adjuvantna kemoterapija i praćenje**

- Razmisliti da se adjuvantna kemoterapija uopće ne daje – ocijeniti korist i štetu
- Za one koji su u praćenju omogućiti pretrage u lokalnoj bolnici, te kontrolu putem mail-a ili telefonski kako bi se smanjio dolazak u bolnicu; pokušati suradnju s obiteljskim liječnicima da oni preuzmu kontrole uz konzultaciju s onkologom
- Ako je u praćenju prošlo više od 2 godine mogu se kontrole raditi rjeđe

##### **Stadij II i III – kemoterapija i operacija:**

- Bolesnici s dobrom prognozom – obzirom da je dovoljno 3 ciklusa PEB kemoterapije, ne mora se odustati od bleomicina, ako postoji povećani rizik plućne toksičnosti daju se 4 ciklusa EP ili 3 ciklusa PEI kemoterapije; nastojati ne odgađati operaciju rezidualne bolesti
- Bolesnici sa srednjom i lošom prognozom – nastojati ne odgađati kemoterapiju; obzirom na veći rizik plućne toksičnosti umjesto 4 ciklusa PEB kemoterapije može se primijeniti 4 ciklusa PEI; nastojati ne odgađati operaciju rezidualne bolesti; takve bolesnike raspraviti s ekspertnim centrom

##### **Relaps bolesti:**

- Svakog bolesnika raspraviti s ekspertnim centrom

##### **Reference:**

1. Burki TK. Cancer guidelines during the COVID-19 pandemic. *Lancet Oncol.* 2020
2. Lalani AA, et al. Prioritizing systemic therapies for genitourinary malignancies: Canadian recommendations during the COVID-19 pandemic. *Can Urol Assoc J.* 2020.
3. Desai A, et al. COVID-19 and cancer: lessons from a pooled meta-analysis. [www.ascopubs.org](http://www.ascopubs.org)
4. Yu J, et al. SARS-CoV-2 transmission in patients with cancer at a tertiary care hospital in Wuhan, China. *JAMA Oncol.* 2020.
5. Zhang L, et al. Clinical characteristics of COVID-19-infected cancer patients: A retrospective case study in three hospitals within Wuhan, China. *Ann Oncol.* 2020.