

Informacje ogólne dotyczące MM

# Wpływ COVID-19 na postępowanie z chorymi na szpiczaka plazmocytozowego

 Elena Zamagni  Michele Cavo  Emily Smith | 24 marca 2020 r.

Multiple Myeloma (MM) Hub przedstawia artykuł przygotowany przez Elenę Zamagni, Paolę Tacchetti i Michele Cavo z “Seragnoli” Institute of Hematology (Bologna University School of Medicine, Bologna), w którym omówiono wpływ COVID-19 na postępowanie z chorymi na szpiczaka plazmocytozowego (MM, *multiple myeloma*). MM Hub składa podziękowania autorom artykułu za poświęcenie własnego czasu na przygotowanie niniejszej wytycznej w oparciu o własne doświadczenia nabyte w Bolonii.

## Wprowadzenie

Pandemia COVID-19 spadła na pacjentów z MM jak grom z jasnego nieba, przynosząc wiele pytań, strach i niepewność, poczucie samotności i opuszczenia, a także coraz silniejszą potrzebę odzyskania równowagi psychicznej i określenia perspektyw na przyszłość. Obecna sytuacja zaskoczyła również wszystkich lekarzy i pracowników ochrony zdrowia zatrudnionych na oddziałach hematologicznych, przynosząc stres, zmęczenie, nowe pytania i potrzebę zmiany organizacji priorytetów zawodowych. Dodatkowo pojawiły się wątpliwości dotyczące efektywności dotychczas wykonywanej pracy. Choć pacjenci z MM obawiają się zakażenia koronawirusem, to jednak głównym problemem stało się dla nich widmo braku możliwości kontynuacji leczenia i strach przed tym, jak ewentualne wstrzymanie lub zmiana początkowych planów terapeutycznych wpłyną na ich przyszłość. Pacjenci pragną czuć się bezpiecznie i chcą uniknąć zakażenia, dlatego też zastanawiają się, czy wizyta w szpitalu może być dla nich niebezpieczna. Jednocześnie chcieliby mieć możliwość porozmawiania z lekarzami prowadzącymi na temat skutków ubocznych przyjmowanego leczenia, otrzymania potrzebnych leków i omówienia planów na przyszłość. Obecnie udzielanie świadczeń pomocniczych, jak wsparcie psychologiczne i działania wolontariuszy na rzecz pacjentów, zostało wstrzymane, co dotkliwie odczuły osoby o szczególnie słabym stanie zdrowia wymagające szczególnej pomocy. Jednocześnie lekarze i pielęgniarki chcą czuć się bezpieczni, jak najdłużej utrzymując oddziały wolne od SARS-CoV-2. Mając to na uwadze, należy podkreślić, że prawdopodobnie każdy oddział hematologiczny doświadczy dwóch faz rozprzestrzenienia się zakażenia:

1. Pierwszej, w której łatwo jest określić osoby z kontaktu z zakażonymi oraz je odizolować, żeby nie dopuścić do dalszego krążenia wirusa w społeczności oraz
2. Drugiej, kiedy wirus już się rozprzestrzenił, co utrudnia identyfikację w czasie rzeczywistym osób mających kontakt z patogenem. W takiej sytuacji ważne jest utrzymanie bezpieczeństwa w pracy, szczególnie z zakażonymi pacjentami, oraz cotygodniowa lub częstsza zmiana organizacji miejsca i personelu, aby zapewnić odpowiedź na pilniejsze potrzeby.

Żyjąc od miesiąca w tej nowej, zaskakującej i w pewnym sensie surrealistycznej rzeczywistości, która obecnie panuje we Włoszech, możemy podzielić się własnymi przemyśleniami na ten temat. Nie są to oficjalne zalecenia, ale raczej zapis własnych doświadczeń zespołu terapeutycznego pracującego w Bolonii.

### **Poradnie – leczenie otwarte**

Poradnie są często pierwszym miejscem udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentom. Poradnie opiekują się większą liczbą pacjentów w różnych fazach choroby, o odmiennym stopniu ciężkości i pilności udzielania świadczeń. Takie warunki wymuszają duży ruch pacjentów i cechują się wysoką zmiennością. Obecnie pacjenci z MM są większości leczeni i prowadzeni w warunkach opieki ambulatoryjnej. Jak już wspomniano, obecnie podstawą wszystkich działań jest zapewnienie bezpieczeństwa pacjentom i pracownikom ochrony zdrowia poprzez zmniejszenie przemieszczania się ludzi, utrzymanie w razie możliwości dostępu do świadczeń szpitalnych i przestrzeganie zasad zachowania bezpiecznej odległości między osobami. Jednocześnie ważne jest utrzymanie właściwego poziomu przestrzegania zasad leczenia i zapewnienie bezpiecznej obserwacji klinicznej.

Poniższe działania mogą pomóc w zarządzaniu tą nową, trudną sytuacją:

- Zamiana w razie możliwości wszystkich zaplanowanych wizyt w poradni na rozmowy telefoniczne
  - Dotyczy to pacjentów z gammopatią monoklonalną o nieokreślonym znaczeniu (MGUS, *monoclonal gammopathy of uncertain significance*) lub z „tłącym się” MM (SMM, *smoldering MM*), długotrwałej obserwacji klinicznej pacjentów z nieaktywnym MM, chorych otrzymujących długotrwałe leczenie podtrzymujące i chorych w dobrym/stabilnym stanie przyjmujących leczenie doustne
  - Dzięki temu pacjenci mają poczucie, że zostali wysłuchani, są spokojni i uważają, że ich leczenie jest pod kontrolą; w tym samym czasie lekarze mogą sprawdzać wyniki badań krwi (przez internet) i stan choroby, żeby wyznaczyć datę kolejnej wizyty i utrzymać dotychczasowe leczenie

bez odkładania wszystkiego na później, kiedy najzwyczajniej w świecie zapisanie na wizytę może być niemożliwe!

- Jeśli dostęp do badań krwi jest ograniczony, można „na cito” zlecać wykonanie niezbędnych badań (np. morfologia krwi i ocena czynności nerek)
- Leki doustne można dostarczać pacjentom lub ich krewnym bez konieczności odbioru na oddziałach hematologicznych
- W miarę możliwości należy przydzielić poszczególnych lekarzy do konkretnych chorób, co pozwoli odpowiedzieć na ogromną rzeszę pacjentów oraz ich krewnych poszukujących nowych wiadomości, pomocy, pocieszenia oraz informacji na temat zmiany schematu leczenia. Po kilku tygodniach spowoduje to zmniejszenie poziomu lęku i pozwoli odnaleźć się w nowej rzeczywistości
- Należy w miarę możliwości odroczyć niepilne leczenie dożylnie (IV) lub podskórne (SC) (tj.: terapie podtrzymujące), wyznaczając późniejszy termin podania leku i regularnie oceniając panującą sytuację
- Należy w miarę możliwości wdrożyć pomoc domową, szczególnie dla osób w podeszłym wieku/ o słabym stanie zdrowia
- Aby utrzymać najbezpieczniejsze z możliwych otoczenie dla pacjentów otrzymujących leczenie doustne wymagających osobistej wizyty w poradni, jak na przykład w celu postawienia nowego rozpoznania, co jest związane z koniecznością określenia wspólnie z pacjentem dalszego postępowania lub dla chorych wymagających podania leku IV lub SC w szpitalu, proponujemy:
  - prowadzenie przez lekarzy wstępnej selekcji telefonicznej (dzień przed planowaną wizytą) i codziennie na miejscu w ośrodku (przed wejściem do przychodni) w systemie rotacyjnym, co pozwoli zapobiec wejściu do poradni objawowych, potencjalnie zakażonych chorych
  - wpuszczaniu do ośrodka wyłącznie pacjentów, co pozwoli ograniczyć obecność krewnych w poczekalniach i gabinetach zabiegowych
  - zalecać pacjentom zakładanie maseczek ochronnych na terenie szpitala, a lekarzom odwiedzającym chorych noszenie właściwych materiałów ochronnych
  - wydzielić jedno pomieszczenie w przychodni posiadające dostęp z zewnątrz dla chorych i trudnych pacjentów wymagających pomocy, ale podejrzanych o zakażenie wirusem
- Wdrożenie wirtualnych rozmów między członkami zespołu terapeutycznego z wykorzystaniem mediów społecznościowych i urządzeń elektronicznych; szczególnie w złożonych, wielodyscyplinarnych przypadkach lub nowo zdiagnozowanych pacjentów, co pozwoli utrzymać jakość świadczonych pacjentom usług

## Szpitala/kliniki – leczenie zamknięte

Oddziały szpitalne/kliniczne muszą być całkowicie lub w możliwie jak największym stopniu wolne od COVID-19, zarówno dla pacjentów jak i pracowników ochrony zdrowia. Jest to oczywiście związane z koniecznością realizowania terapii, których nie można przełożyć, aby nie wpływać negatywnie na rezultaty leczenia lub nie narażać pacjentów na ryzyko nawrotu; jednocześnie należy założyć, że ci pacjenci posiadają najwyższe ryzyko zakażenia. Jak już wspomniano, tak długo jak sprawa dotyczy MM większość metod leczenia jest realizowana w warunkach ambulatoryjnych; odmienne postępowanie dotyczy allogenicznego przeszczepienia (coraz rzadziej wykonywanego w przypadku chorych na MM), terapii limfocytami T z chimerowym receptorem antygenowym (CAR T cell) oraz w większości ośrodków, chociaż nie we wszystkich), autologicznego przeszczepienia komórek macierzystych (ASCT, *autologous stem cell transplantation*).

Celem postępowania w tym kontekście jest przestrzeganie wcześniej rozpoczętych, niezbędnych programów, jak największe ograniczenie ryzyka rozwoju potencjalnych dodatkowych powikłań w przypadku odroczenia lub zmiany planów, tam gdzie jest to możliwe; ma to na celu utrzymanie pustych łóżek na oddziale dla pacjentów z innymi chorobami, jak ostra białaczka, którzy posiadają konkretniejsze i pilniejsze potrzeby terapeutyczne. Uważamy, że poniższe działania mogą być przydatne:

- Po pierwsze, na oddział należy przyjmować wyłącznie pacjentów z ujemnym wynikiem wymazu z gardła na obecność koronawirusa. Krewni pacjenta nie powinni mieć wstępu na oddział; należy również znieść możliwość wydawania przepustek dla pacjentów, aby zmniejszyć lub wyeliminować ryzyko zakażenia w trakcie pobytu w szpitalu
- Ograniczenie do minimum, po indywidualnej ocenie każdego przypadku, liczby wszystkich ASCT, ratunkowych lub drugiej próby, zwłaszcza u pacjentów z grupy standardowego ryzyka
- Rozważenie alternatywnej terapii u wszystkich kwalifikujących się do takiego postępowania pacjentów, tj. stosowanie sprawdzonych metod leczenia innych niż wysokodawkowa chemioterapia i ASCT (tj.: u pacjentów w wieku >65–70 lat) z uwzględnieniem efektywności terapii, czasu stosowania i potencjalnie dodatkowego ryzyka
- Wstrzymanie realizacji nowych procedur allogenicznego przeszczepienia komórek macierzystych
- Wstrzymanie realizacji komercyjnych programów leczenia CAR-T, tak jak zostało to zrobione przez większość firm w Europie i prawdopodobnie zostanie zrobione w Stanach Zjednoczonych.

Środki te pozwolą odciążyć oddziały intensywnej terapii (OIT), które są przepełnione pacjentami z COVID-19.

W tak trudnej sytuacji ważne jest, aby wszystkie zespoły zajmujące się leczeniem chorych na MM działały jednomyślnie i zachowywały spokój; potrafiły ponownie przedyskutować wcześniejsze decyzje terapeutyczne w obliczu nowej sytuacji; przydzielać pacjentów i pracowników ochrony zdrowia do różnych zadań, a także w miarę potrzeby zapewnić personel do pracy na rozrastających się oddziałach leczenia COVID-19 w naszych szpitalach. Wraz z dalszym rozprzestrzenianiem się wirusa, szpitale, a szczególnie pracownicy ochrony zdrowia, są bardziej narażeni na zakażenie, a w przypadku braku objawów choroby, uczestniczą w dalszym przenoszeniu tego patogenu. Mając to na uwadze, bardzo ważne jest zwrócenie się z prośbą do organów lokalnej administracji o umożliwienie wykonywania seryjnych wymazów z gardła u lekarzy i pielęgniarek; jest to jednak problematyczne w obliczu ogólnych problemów z dostępnością testów w większości krajów.

### **Wniosek**

Podsumowując, chcielibyśmy podkreślić, że większość z nas po raz pierwszy w swojej karierze zawodowej spotyka się z tak złożoną sytuacją, którą cechują odmienne i sprzeczne potrzeby, a także konieczność wprowadzenia pilnych i niezbędnych ograniczeń. Jednocześnie musimy uważnie przyglądać się potencjalnym skutkom pandemii, które miejmy nadzieję nie będą aż tak dotkliwe. Uważamy, że w obecnej sytuacji, jak jeszcze nigdy przedtem, pracownicy ochrony zdrowia i pacjenci wspólnie walczą, aby przetrwać pandemię. Dlatego też w obliczu aktualnych wydarzeń istotne staje się pokonanie strachu, samotności i poczucia opuszczenia oraz odzyskanie nadziei.