

LIMFOAME NON-HODGKIN

Traseul pacienților adulți cu Limfoame Non-Hodgkin

(Limfomul Folicular / Limfomul Difuz cu Celulă Mare B)

CENTER FOR HEALTH OUTCOMES & EVALUATION

2022

METODOLOGIE

Traseul pacienților adulți cu limfoame Non-Hodgkin

Surse de date utilizate:

- Seturi de date individuale anonimizate solicitate unităților sanitare publice și private care diagnostichează, tratează și monitorizează cel mai frecvent limfoame Non-Hodgkin pentru codurile diagnostice C82.x respectiv C83.x, externate în decursul anului 2019
- Epicrize anonimizate solicitate unităților sanitare publice și private care diagnostichează, tratează și monitorizează cel mai frecvent limfoame Non-Hodgkin pentru codurile diagnostice C82.x respectiv C83.x, externate în decursul anului 2019
- Input colectat de la actori relevanți implicați în procesul de diagnostic, tratament și monitorizare a pacienților cu limfoame Non-Hodgkin
- Modele de bună practică utilizate la nivel internațional pentru traseul pacientului cu limfoame Non-Hodgkin

Nicio unitate sanitară privată care este implicată în managementul pacientului cu limfom Non-Hodgkin nu a răspuns solicitării. Astfel, a fost constituit un eșantion aleator pe baza seturilor de date primite de la unitățile sanitare publice pentru a surprinde o imagine cât mai aproape de realitatea managementului pacientului cu limfoame Non-Hodgkin în România. Chiar dacă epicriza pacientului cu limfoame Non-Hodgkin conține informații esențiale pentru stabilirea traseului pacientului cu limfoame Non-Hodgkin, modalitatea variabilă de completare a acestui document medical limitează într-o anumită măsură validitatea și comparabilitatea informației deținute.

TRASEUL PACIENȚILOR CU LIMFOM NON-HODGKIN ÎN ROMÂNIA

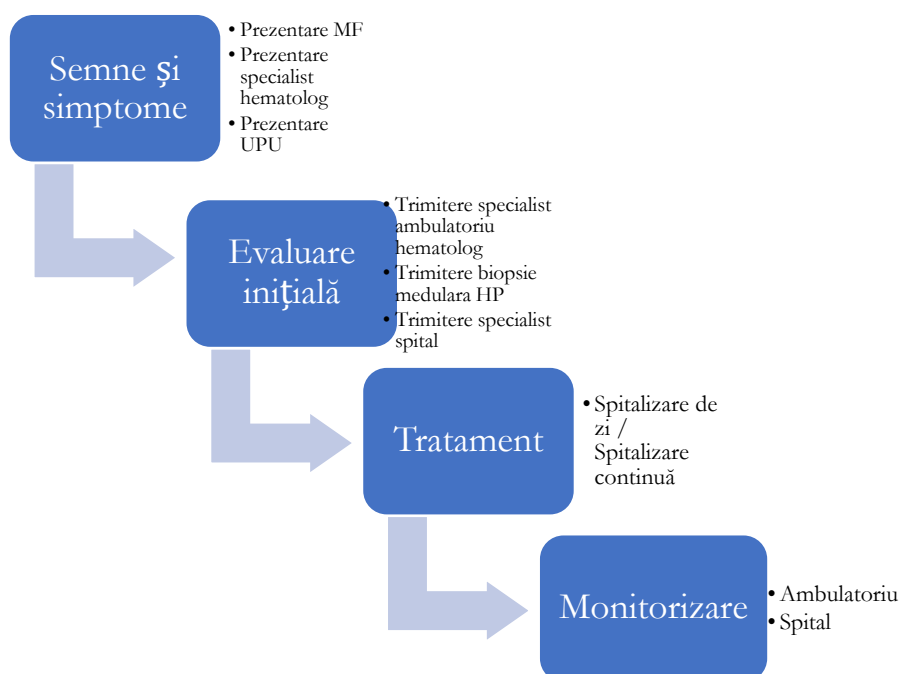
Până în prezent nu este reglementat un traseu cadru al pacientului onco-hematologic pentru nicio patologie specifică, astfel încât există prezumția că din cauza variabilității accesului și a distribuției resurselor materiale și umane necesare diagnosticării, tratării și monitorizării pacienților cu limfom Non-Hodgkin, impactul negativ în supraviețuire și calitatea vieții acestor pacienți este important. Principalele probleme asociate lipsei unui traseu specific pentru pacienții cu limfom Non-Hodgkin sunt următoarele:

- Fragmentarea serviciilor oferite (*servicii indisponibile sau greu accesibile, servicii disponibile dar nu în aceeași unitate sanitară, același centru medical, aceeași localitate sau județ, lipsa unui sistem informațional unic care să gestioneze dosarul pacientului*)

- Timpii de așteptare ridicați (*resurse materiale și umane reduse, tarife necorespunzătoare asociate anumitor servicii în pachetul de servicii, fonduri publice limitate*)
- Abordarea dezechilibrată a principalelor piloni de îngrijire a cancerului (*prevenție primară și depistare precoce, diagnostic, tratament, monitorizare, paleație/reinserție socială*).

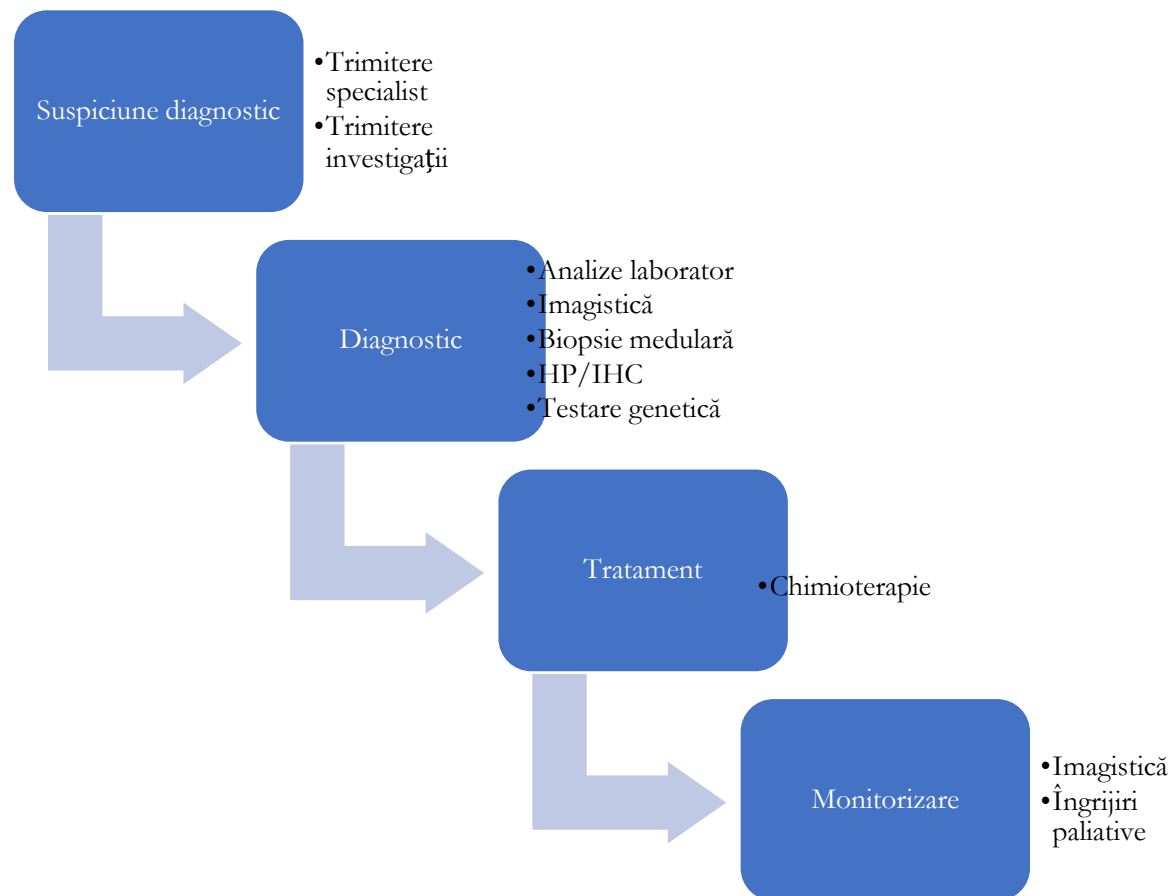
Primul pas efectuat în vederea realizării traseului pacienții cu limfom Non-Hodgkin a fost realizarea unei analize retrospective pe un eșantion aleator reprezentativ de episoade de spitalizare din unitățile sanitare cu cele mai frecvente cazuri de limfom Non-Hodgkin spitalizate în anul 2019. Durata medie de observare a fost de 2.94 ani, iar durata mediană 2.12 ani. Cel mai vechi pacient are 4.1 de ani de la diagnostic, iar cel mai recent aproximativ 5 luni de la diagnostic.

În România, schema de furnizare a serviciilor de sănătate este următoarea:



Această schemă reprezintă traseul ideal al unui pacient asigurat care are o problemă de sănătate și nudescrie obstacolele / timpii de așteptare / distanța parcursă sau lipsa unei proceduri de diagnostic și /sau tratament în traseul de îngrijire specific pentru afecțiunea respectivă.

În România traseul persoanei cu suspiciune de limfom Non-Hodgkin / traseul persoanei cu limfom Non-Hodgkin are următorii pași:



Pentru fiecare din pașii identificați în traseul optim al unei patologii oncohematologice sunt prezentate disponibilitatea, oportunitățile și constrângerile acestor opțiuni terapeutice în context românesc.

❖ Simptomatologie

Un număr important de pacienți cu LNH prezintă simptomatologie specifică la debut care poate fi nespecifică. O parte redusă dintre pacienții cu LNH sunt diagnosticați întâmplător, după o examinare paraclinică (*hemoleucogramă, imagistică*) sau la momentul consultului, spitalizării pentru alte probleme de sănătate (*adenopatii persistente*). De asemenea, un număr de pacienți prezintă la debut simptome de tip B (*scădere ponderală inexplicabilă, fatigabilitate extremă, febră fără o cauză infecțioasă, transpirații nocturne*).

❖ Diagnostic

Procedura diagnostică pentru Limfomul Non-Hodgkin presupune examen clinic, biopsie excizională / incizională, investigații paraclinice de laborator (*hematologie, histopatologie, flowcitometrie citogenetică*), biopsia medulară și imagistică pentru stadializare (*ex. ecografie abdominală, CT, PET-CT cu FDG*). Aceste proceduri se poate efectua complet în o parte din centrele universitare medicale regionale în special pentru procedurile de flow-citometrie, imunofenotipare și citogenetică fapt ce presupune deplasarea pacienților sau a probelor recoltate pentru diagnostic, la distanță față de domiciliul acestora. Nu sunt singulare cazurile în care pacienții au fost examinați clinic și imagistic într-o unitate publică sau privată și trebuie să efectueze biopsia într-o altă unitate sanitară, de cele mai multe ori într-o altă localitate decât cea de domiciliu;

Disponibilitatea personalului specializat pentru diagnosticul LNH este redusă la nivel național și foarte eterogen distribuită în teritoriu, cu concentrări ale specialiștilor în centrele universitare medicale importante;

Variabilitatea practicii medicale este importantă și asigurarea calității procedurii de diagnostic este deficitară la nivel regional și național.

Timpii de așteptare pentru procedurile diagnostice sunt variabile și pot varia de la câteva zile până la câteva săptămâni.

O problemă aparte este disponibilitatea redusă a examinării histopatologice, imunohistochimice și citogenetice, în unitățile publice, fapt pentru care pacientul, de cele mai multe ori, trebuie să efectueze analize suplimentare ale piesei de biopsie la un centru privat de diagnostic histopatologic pentru care plata se efectuează din veniturile pacienților;

La momentul stabilirii diagnosticului pacientul este eligibil să intre în Programul Național de Oncologie, iar în cazul în care nu este asigurat, dacă nu are mijloace de întreținere devine asigurată pe perioada bolii. De asemenea, în acest moment, datele pacienților trebuie introduse în Registrul Populațional de Cancer și un tumor board trebuie să stabilească opțiunile cele mai adecvate de tratament, fapt care în practică nu este disponibil decât punctual, în câteva centre la nivel național; Lipsa navigatorului de pacienți și a managerului de caz contribuie și ea la creșterea timpului de așteptare pentru investigații diagnostice și dublarea unora dintre acestea;

Din analiza epicrizelor pacienților din eșantionul selectat nu se poate estima cu exactitate tipul investigațiilor diagnostice efectuate și intervalul dintre aceste investigații. Astfel, data diagnosticului a fost considerată data rezultatului histopatologic, dar investigațiile preliminare pot fi efectuate în decursul ultimilor 30 de zile de la data diagnosticului sau mai mult. Există o variabilitate ridicată a

duratei programărilor pentru investigații suplimentare (puncție) și a prelucrării probelor histopatologice.

❖ **Tratament**

Din datele analizate, durata medie de la diagnostic până la prima intervenție terapeutică este de până în 20 de zile pentru intervențiile terapeutice (*chimio-imunoterapie*) și mai ridicată pentru terapiile țintite.

Accesul la medicamente specifice este, de asemenea, variabil, pe de o parte din cauza sincopelor în aprovizionarea cu medicamente esențiale pentru tratament, iar pe de altă parte datorită accesului selectiv la medicamente inovative pentru stadiile avansate pentru care și finanțarea poate fi problematică;

❖ **Monitorizare / Îngrijiri paliative**

Monitorizarea pacienților cu limfom Non-Hodgkin este variabilă la nivel național și se efectuează la intervale diferite și cu proceduri diferite în diferite centre hematologice din țară;

Există o tendință de supra-prescriere a investigațiilor de monitorizare suplimentare care nu au relevanță clinică dar care au impact negativ în costuri pentru sistemul de sănătate și posibil în statusul fizic (*ex. iradiere suplimentară*) și psihologic (*ex. teamă*) al pacienților;

Accesul la servicii de imagistică (PET-CT) pentru pacienții cu progresia bolii este variabil și cu timpi de așteptare relativ mari.

Serviciile de paleație sunt extrem de deficitare la nivel național mai ales în afara spitalelor publice, iar calitatea vieții pacienților în stadia terminale este nesatisfăcătoare deoarece nu sunt implementate protocoale standardizate de terapia durerii și asistență a pacientului terminal.

TRASEUL OPTIM AL PACIENȚILOR CU LIMFOM NON-HODGKIN

Scopul traseului optim de îngrijire a LNH are în vedere îmbunătățirea rezultatelor pacienților, prin facilitarea unei îngrijiri consistente, sigure, de înaltă calitate și bazată pe dovezile cele mai actuale referitoare la managementul LNH.

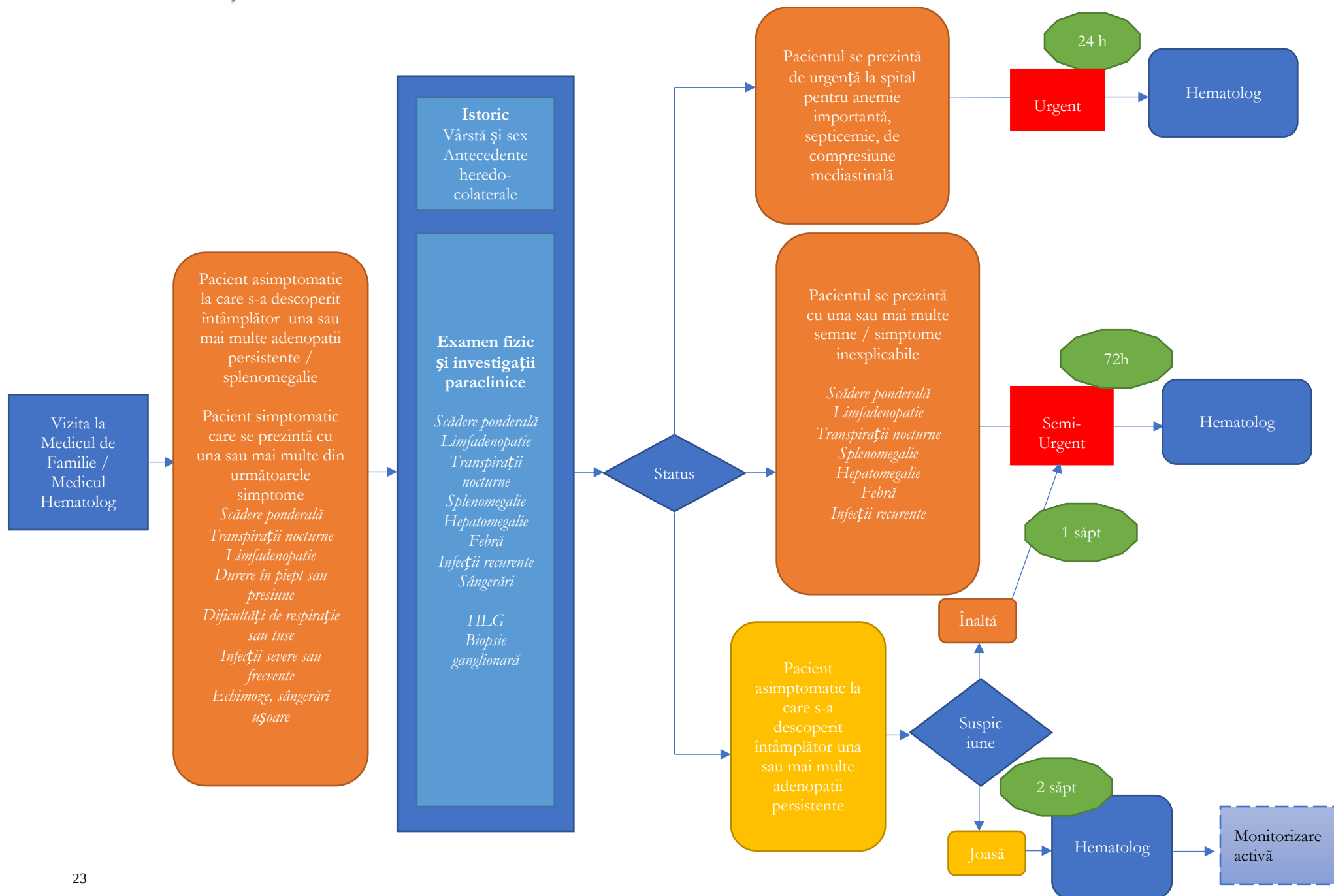
Principiile care au stat la baza dezvoltării traseului optim de îngrijire a LNH sunt următoarele:

- Îngrijiri centrate pe pacient (*respect, responsivitate, preferințe, nevoi și valori ale pacienților*);
- Îngrijiri sigure și de calitate (*furnizate de profesioniști instruiți corespunzător în unități sanitare care au echipamentul și personalul adecvat pentru furnizarea acestora*);
- Îngrijiri multidisciplinare (*activități integrate furnizate de echipe medicale și servicii conexe și care iau în considerare toate opțiunile de tratament și dezvoltă împreună un plan de îngrijiri și tratament personalizat pentru*

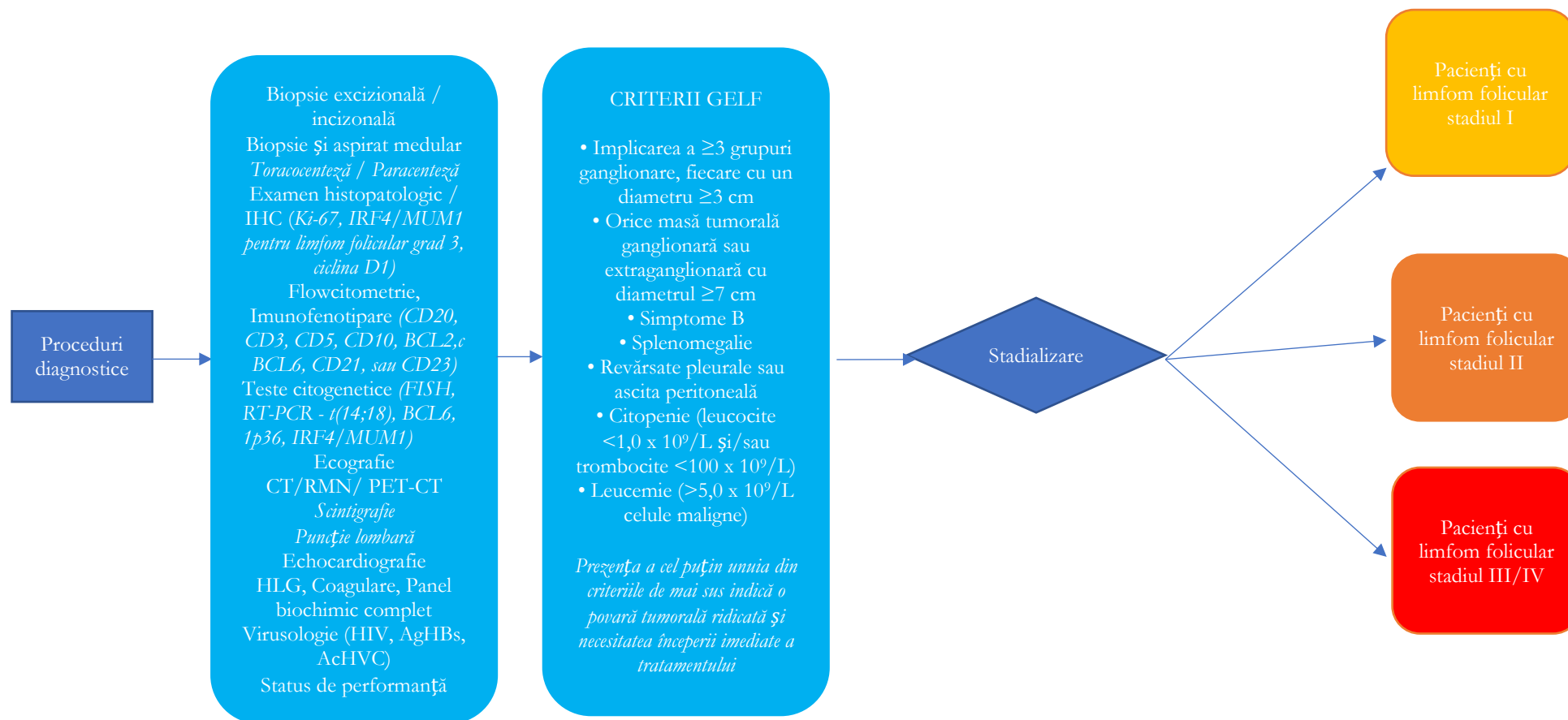
fiecare pacientă);

- *Îngrijiri de suport (servicii generale sau specializate care pot fi solicitate de către pacienții cu limfom Non-Hodgkin);*
- *Coordonarea îngrijirii (abordare comprehensivă prin care se realizează continuarea îngrijirii pentru pacienții cu limfom Non-Hodgkin);*
- *Comunicare*
- *Cercetare și studii clinice (oportunitățile de participare trebuie prezentate pacienților în orice punct al traseului de îngrijire).*

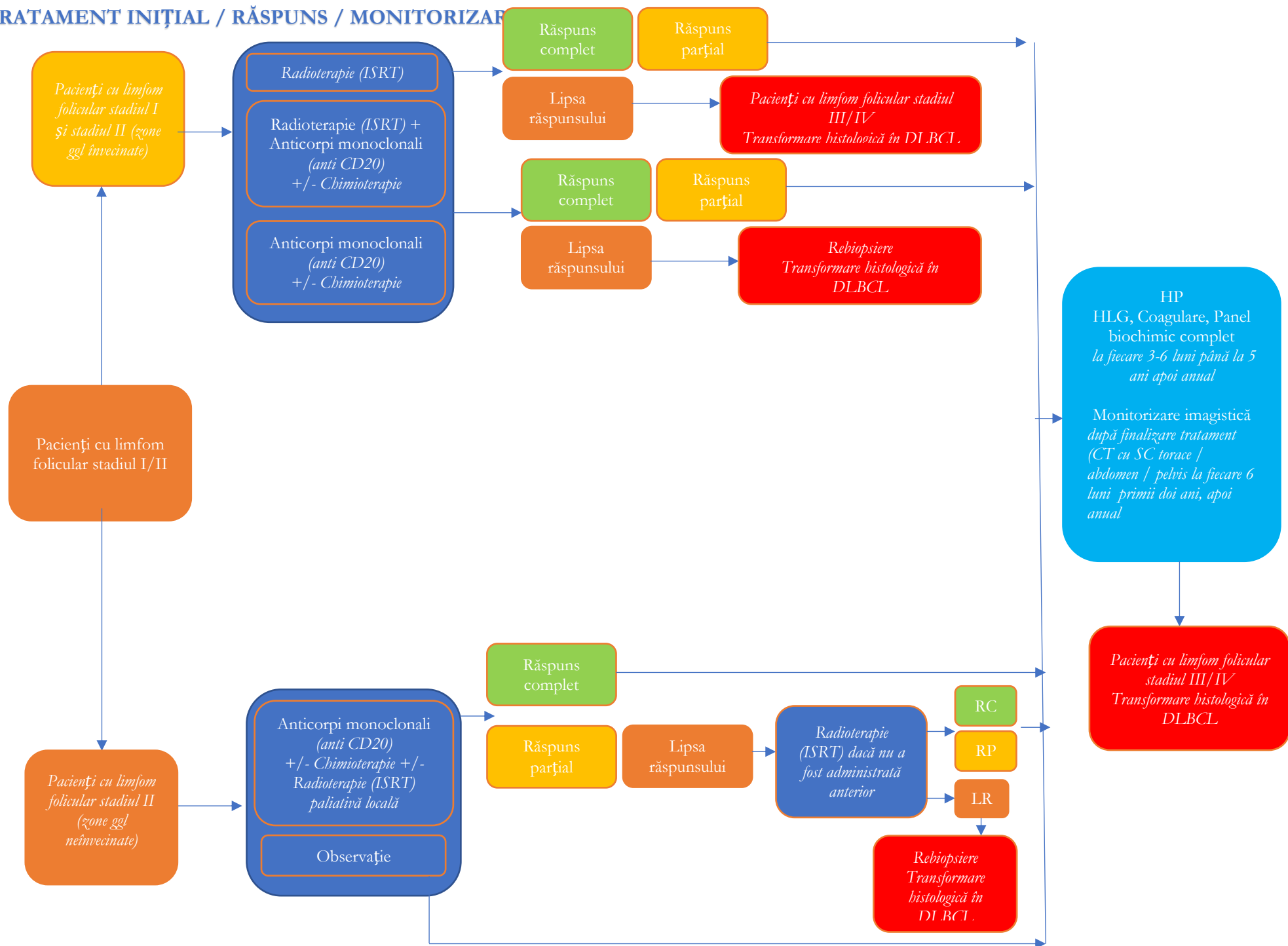
EVALUARE ÎNȚĂLĂ LIMFOAME NON-HODGKIN



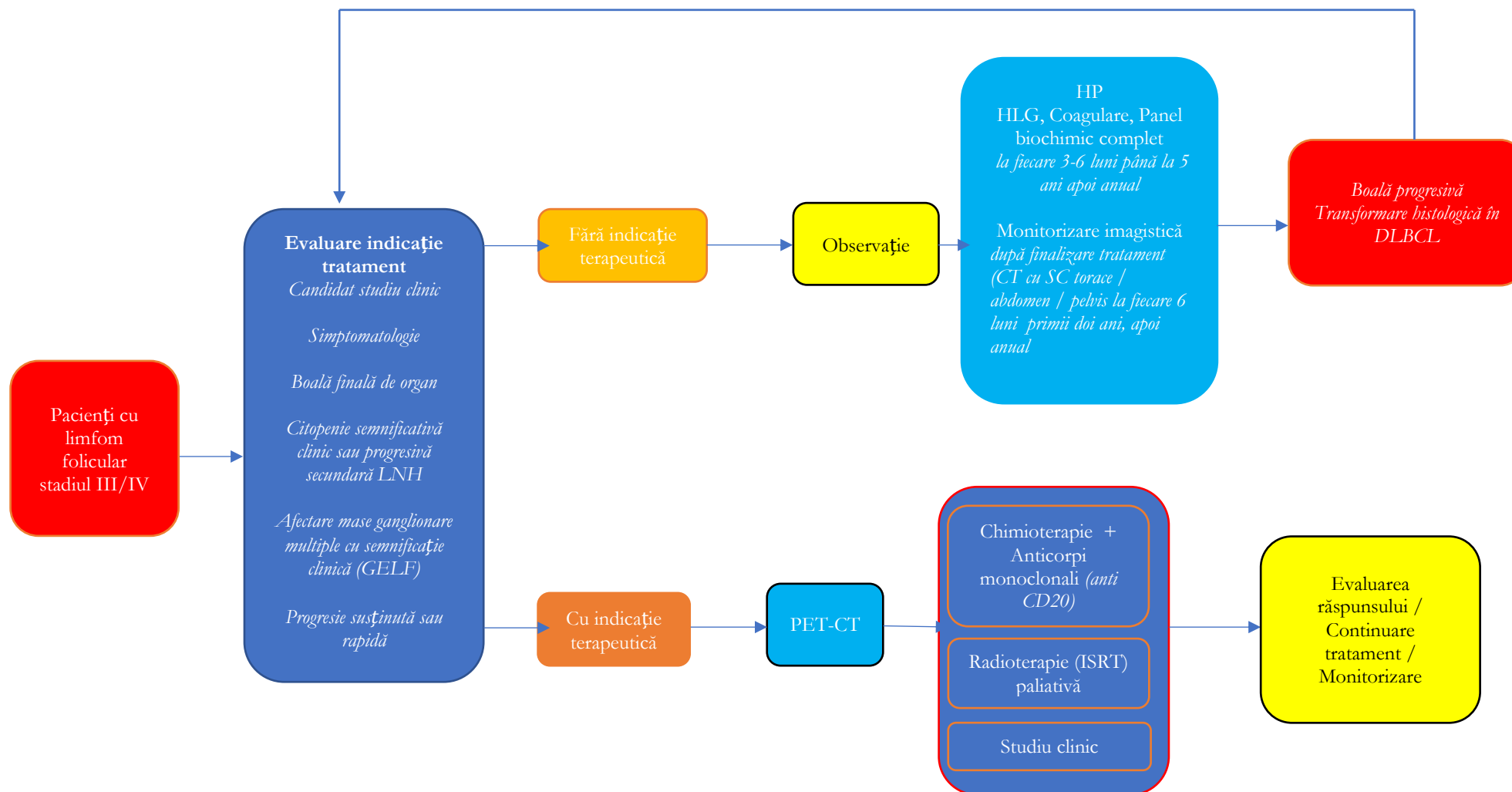
PROCEDURI DIAGNOSTICE ȘI STADIALIZARE LIMFOM FOLICULAR



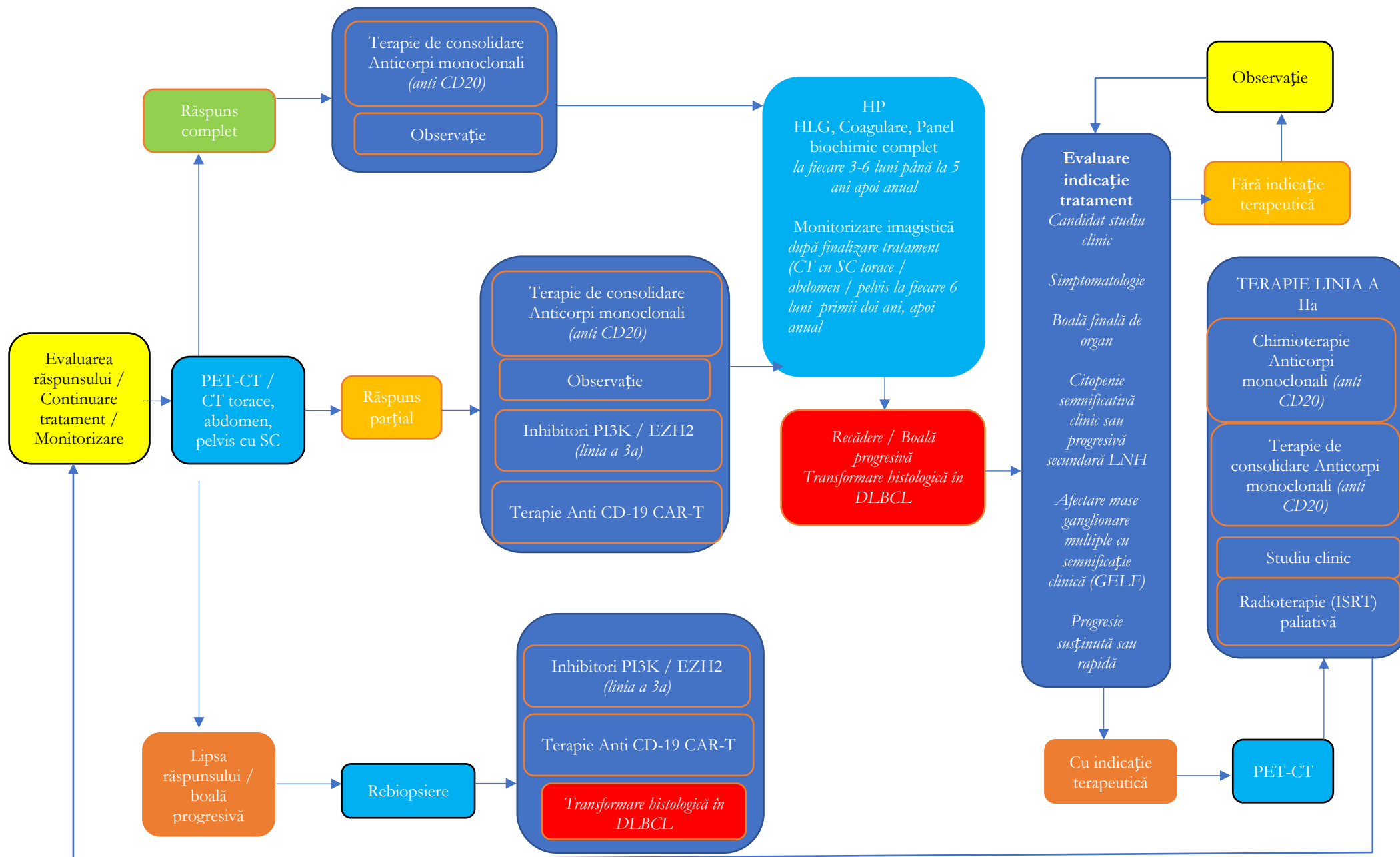
TRATAMENT INIȚIAL / RĂSPUNS / MONITORIZARE



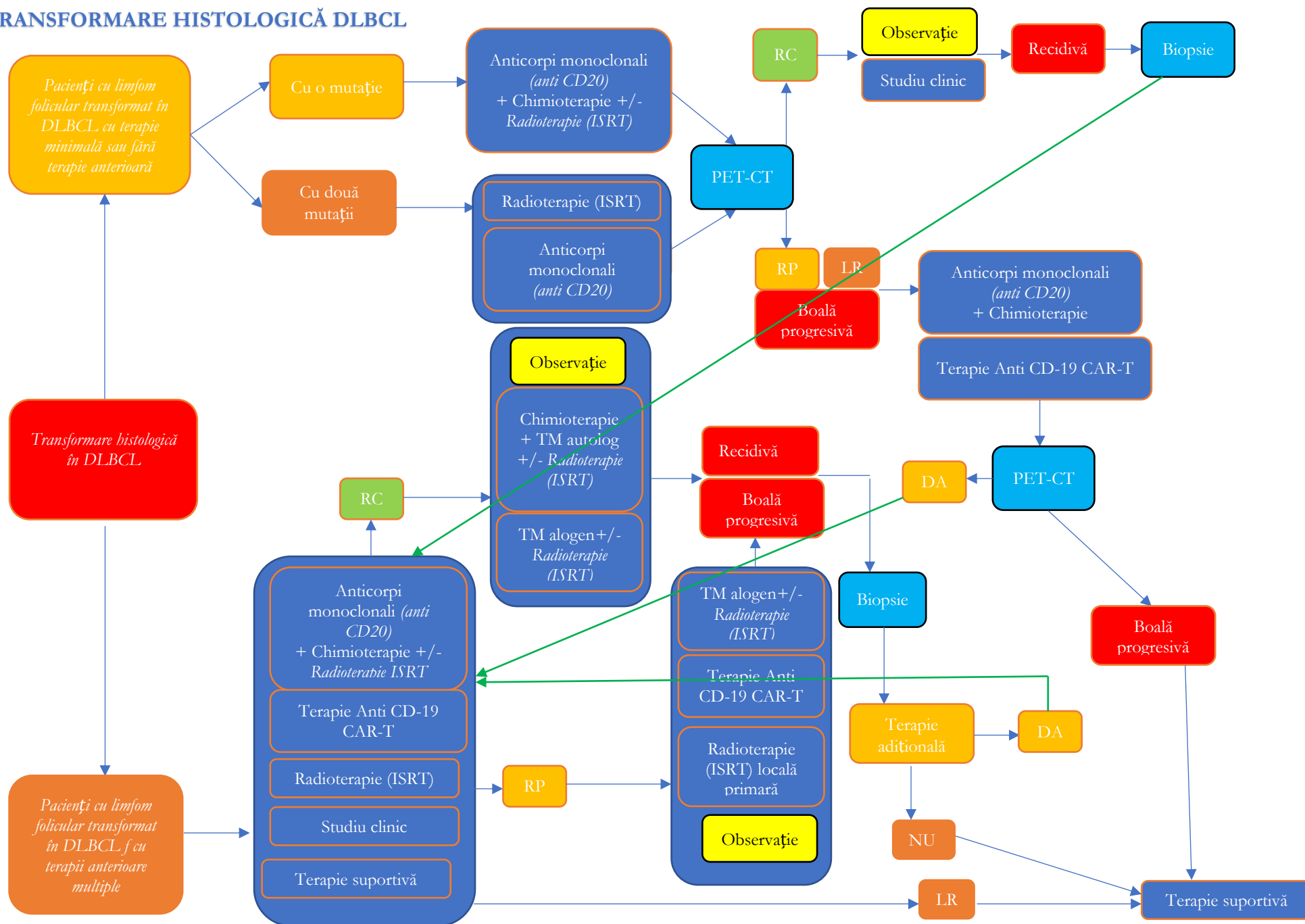
MANAGEMENT / MONITORIZARE LIMFOM FOLICULAR



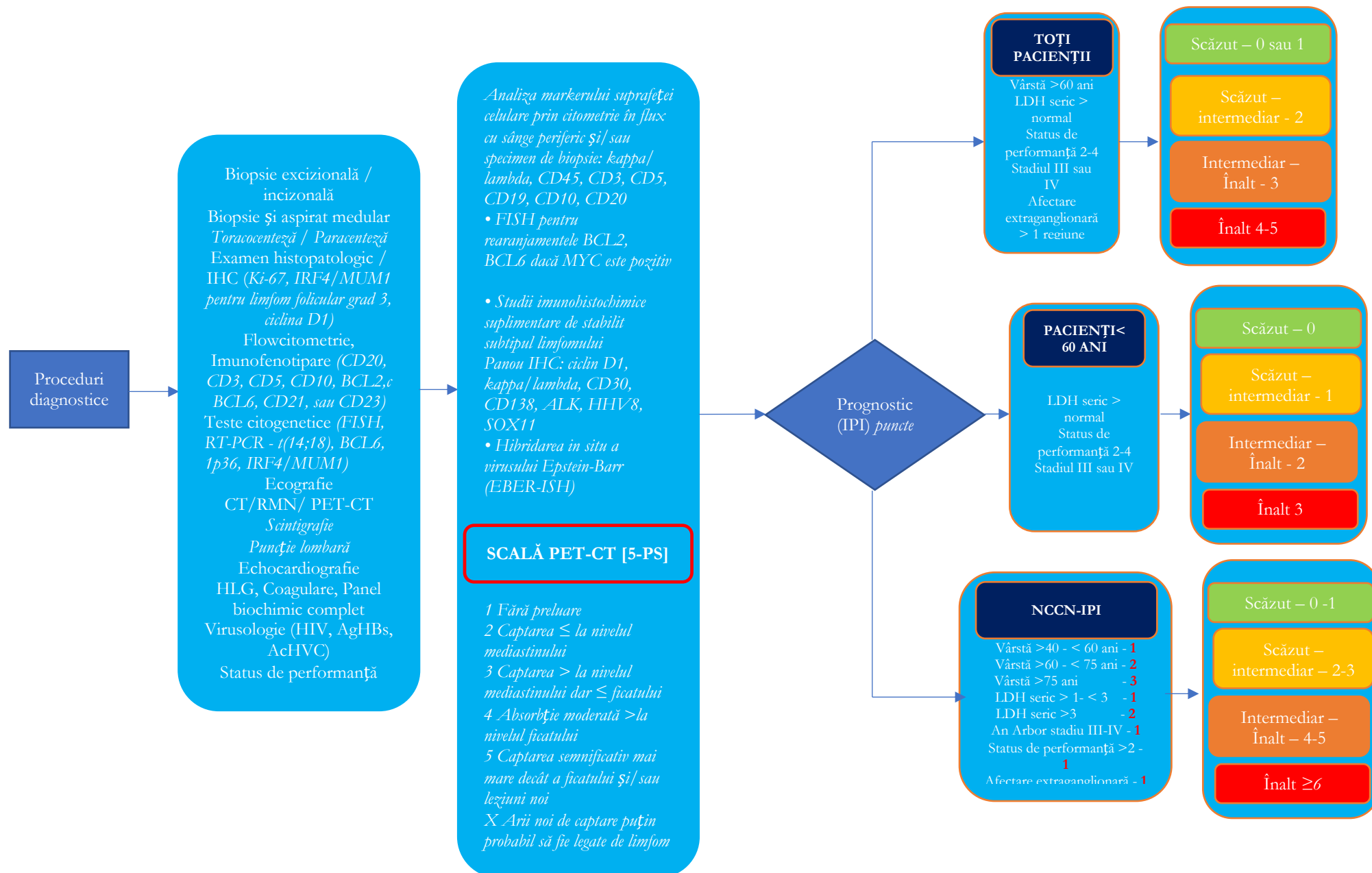
EVALUARE RĂSPUNS / MONITORIZARE



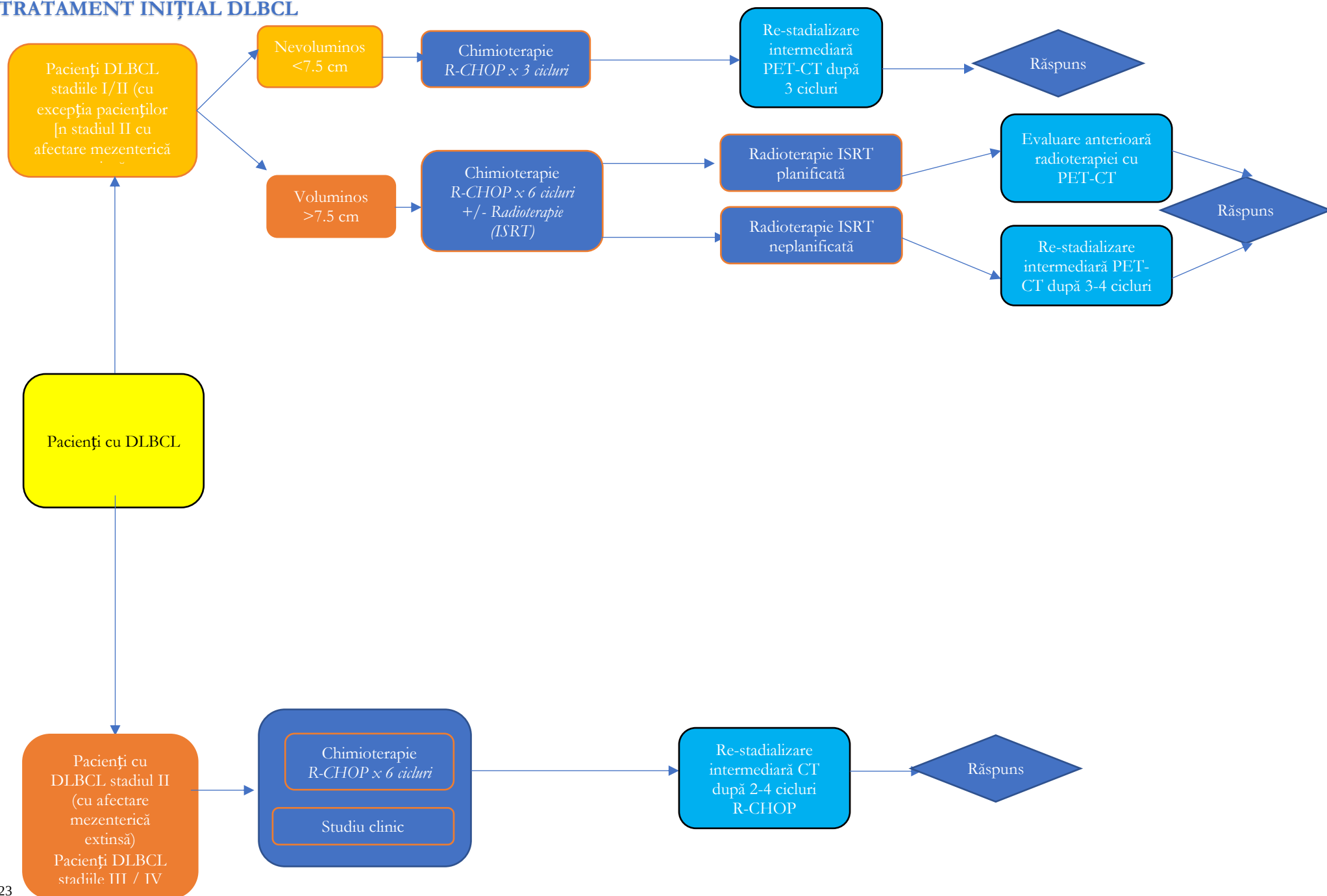
TRANSFORMARE HISTOLOGICĂ DLBCL



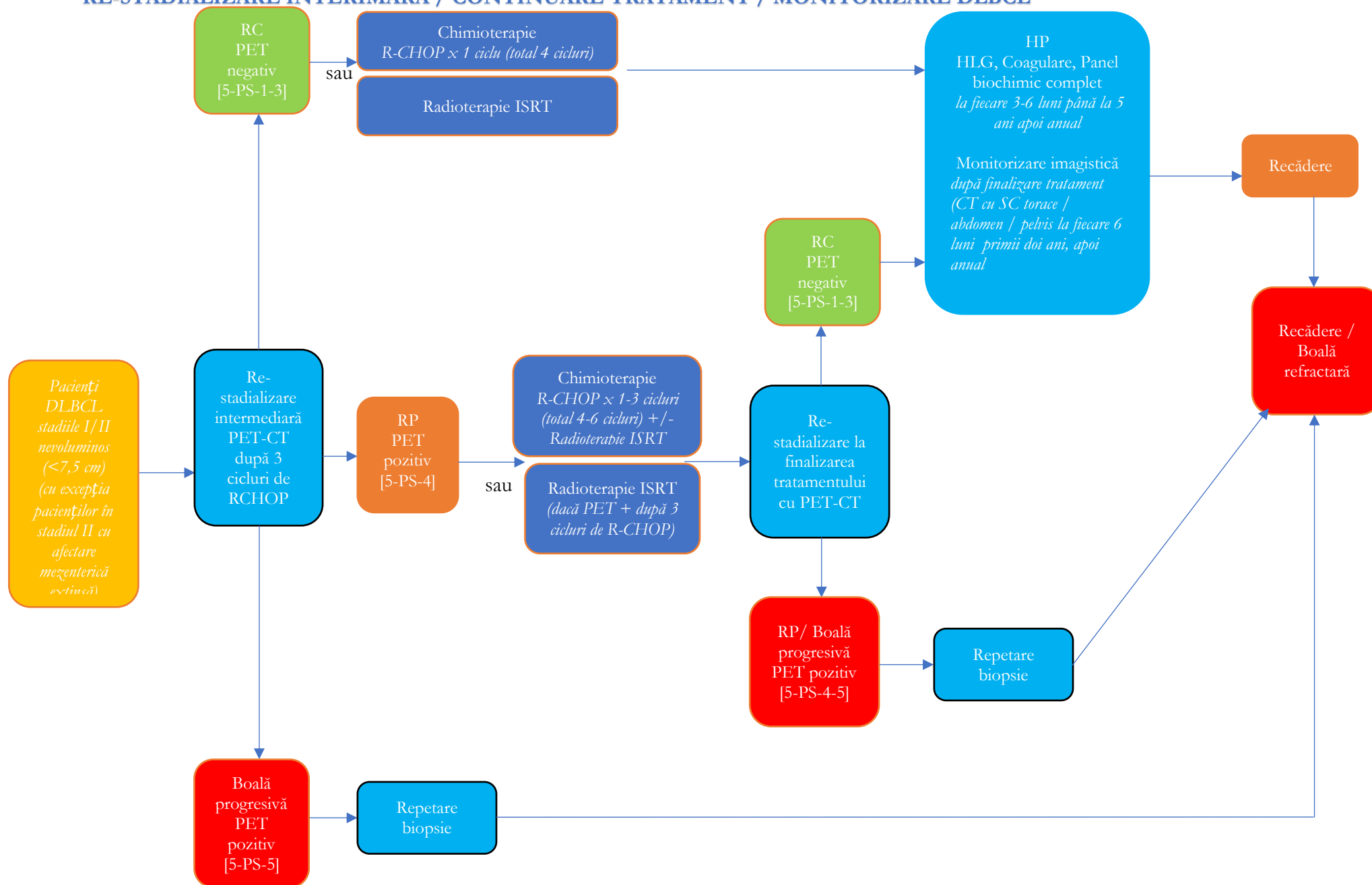
PROCEDURI DIAGNOSTICE ȘI STADIALIZARE IPI LIMFOM DIFUZ CU CELULĂ MARE B



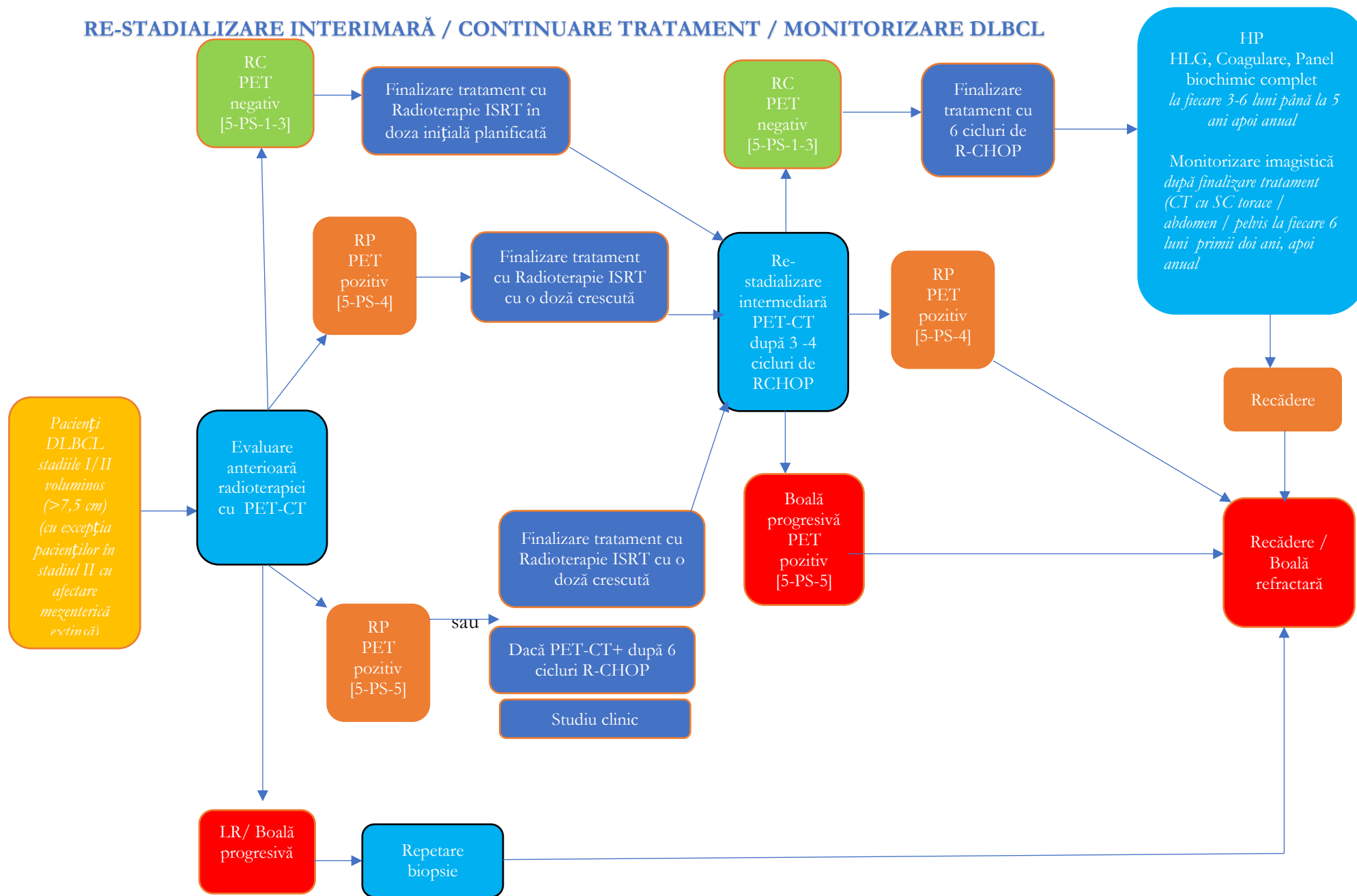
TRATAMENT INIȚIAL DLBCL



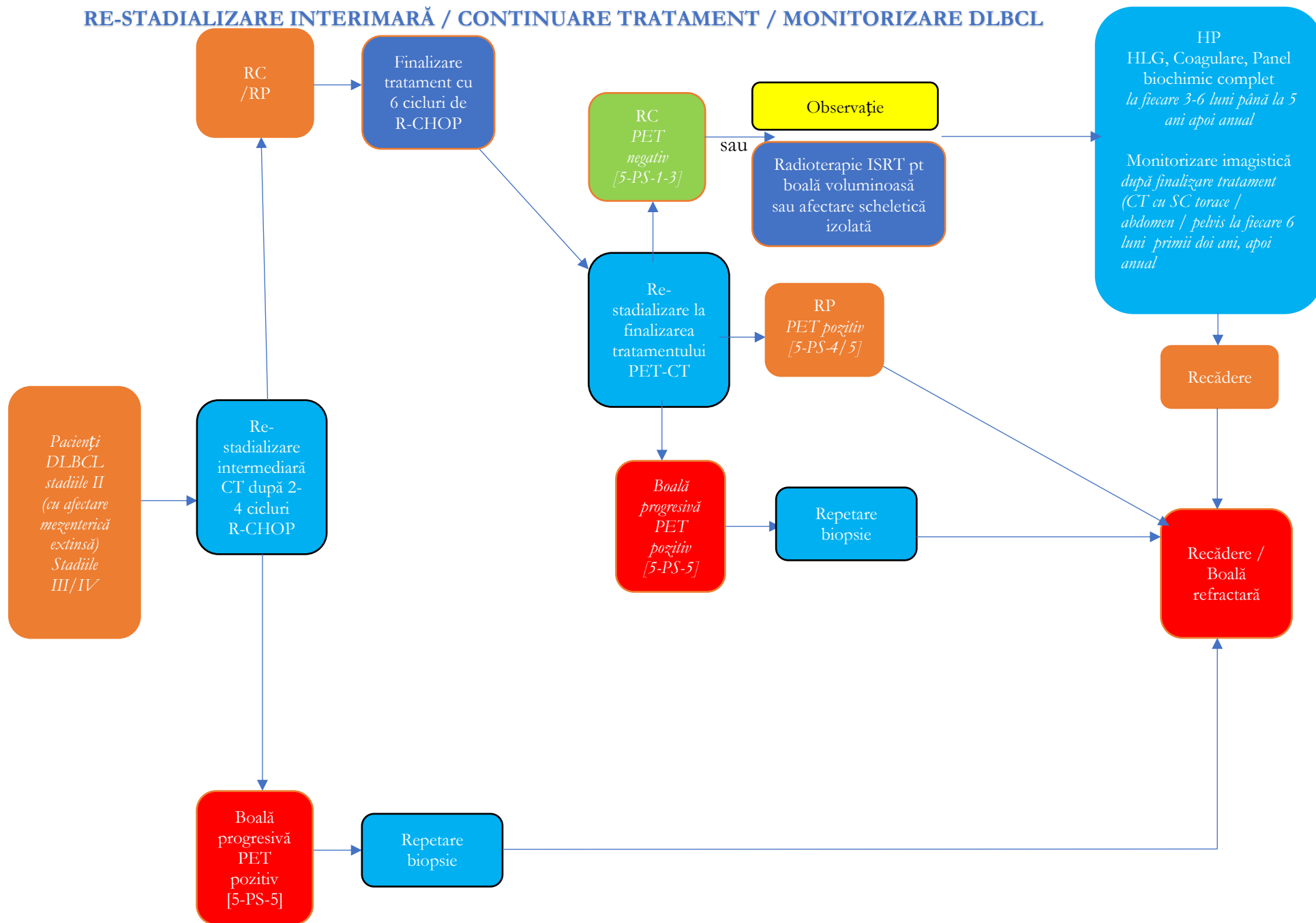
RE-STADIALIZARE INTERIMARĂ / CONTINUARE TRATAMENT / MONITORIZARE DLBCL

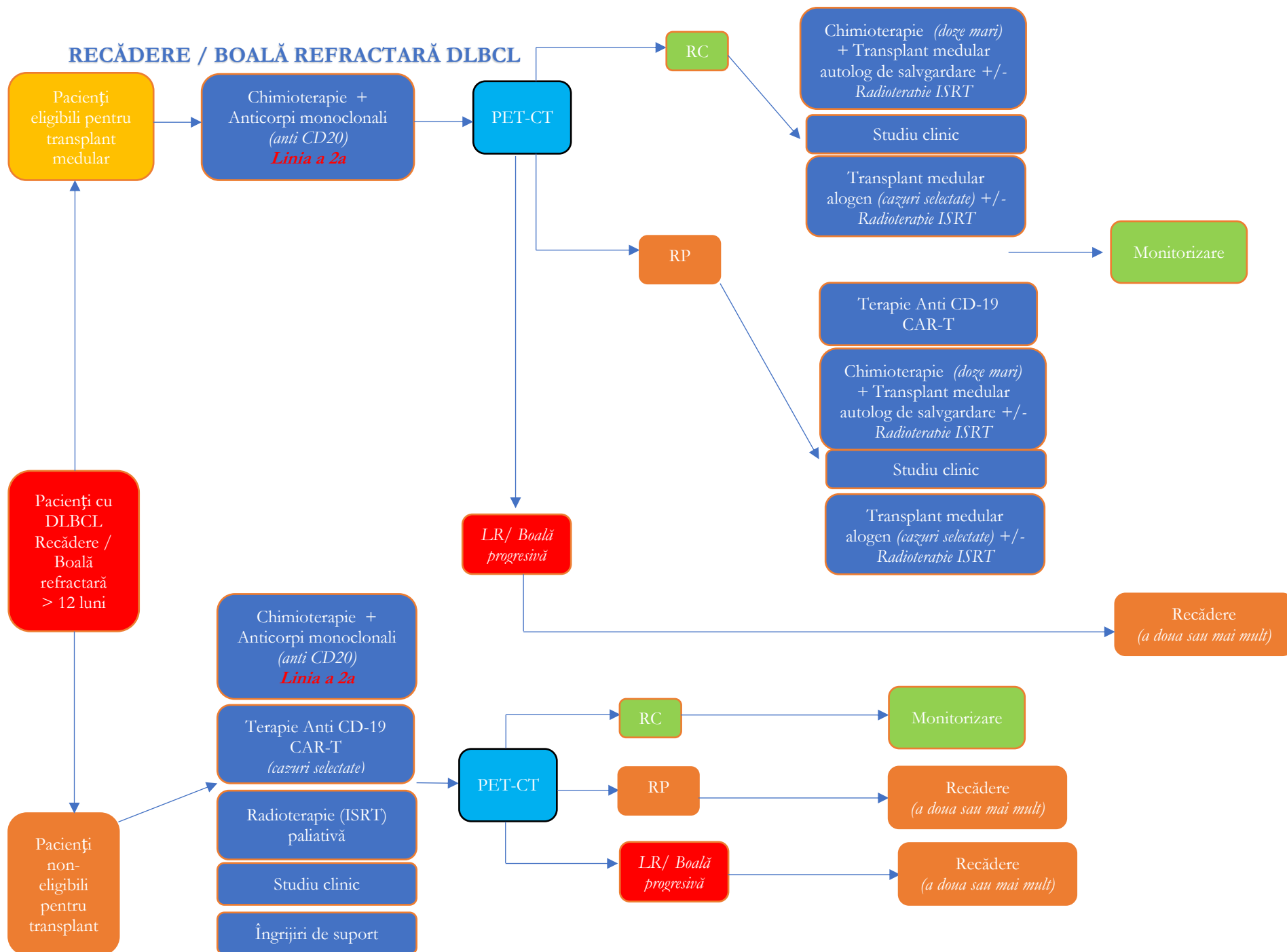


RE-STADIALIZARE INTERIMARĂ / CONTINUARE TRATAMENT / MONITORIZARE DLBCL



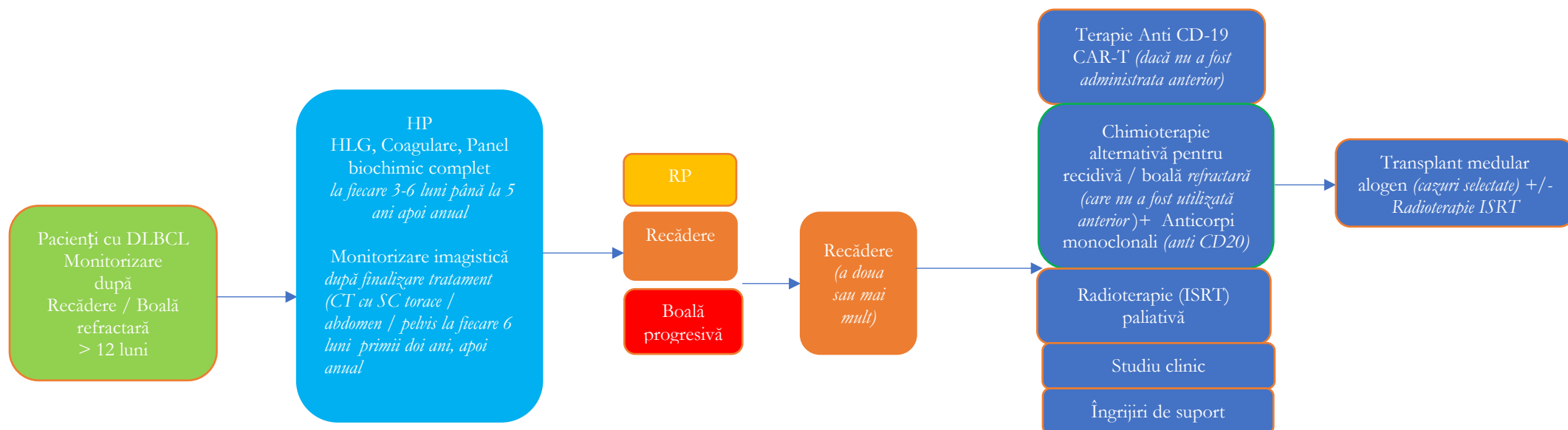
RE-STADIALIZARE INTERIMARĂ / CONTINUARE TRATAMENT / MONITORIZARE DLBCL





MONITORIZARE RECĂDERE / BOALĂ REFRACTARĂ DLBCL

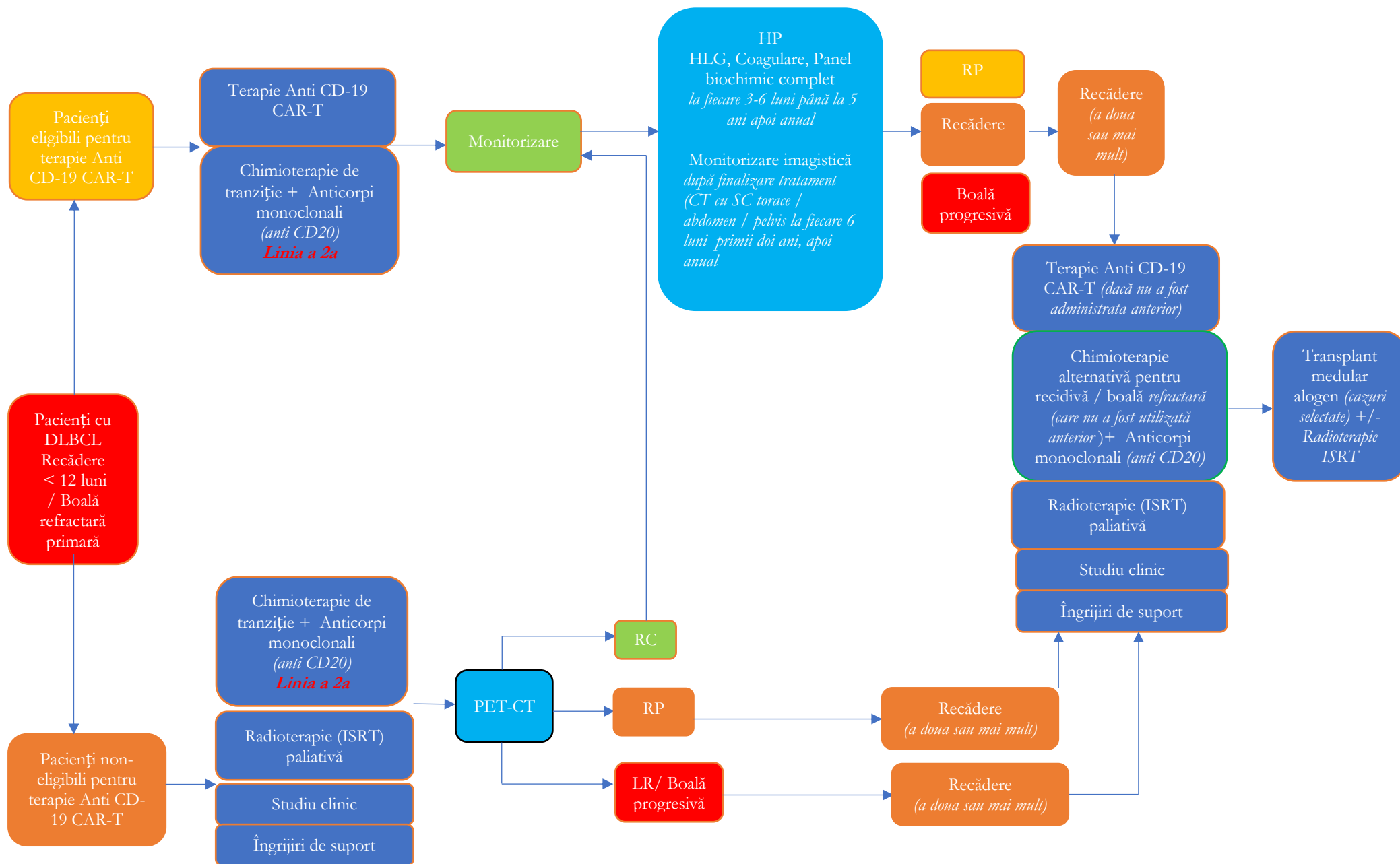
RECĂDERE (A DOUA SAU MAI MULT)



RECĂDERE / BOALĂ REFRACTARĂ DLBCL

MONITORIZARE RECĂDERE / BOALĂ REFRACTARĂ DLBCL

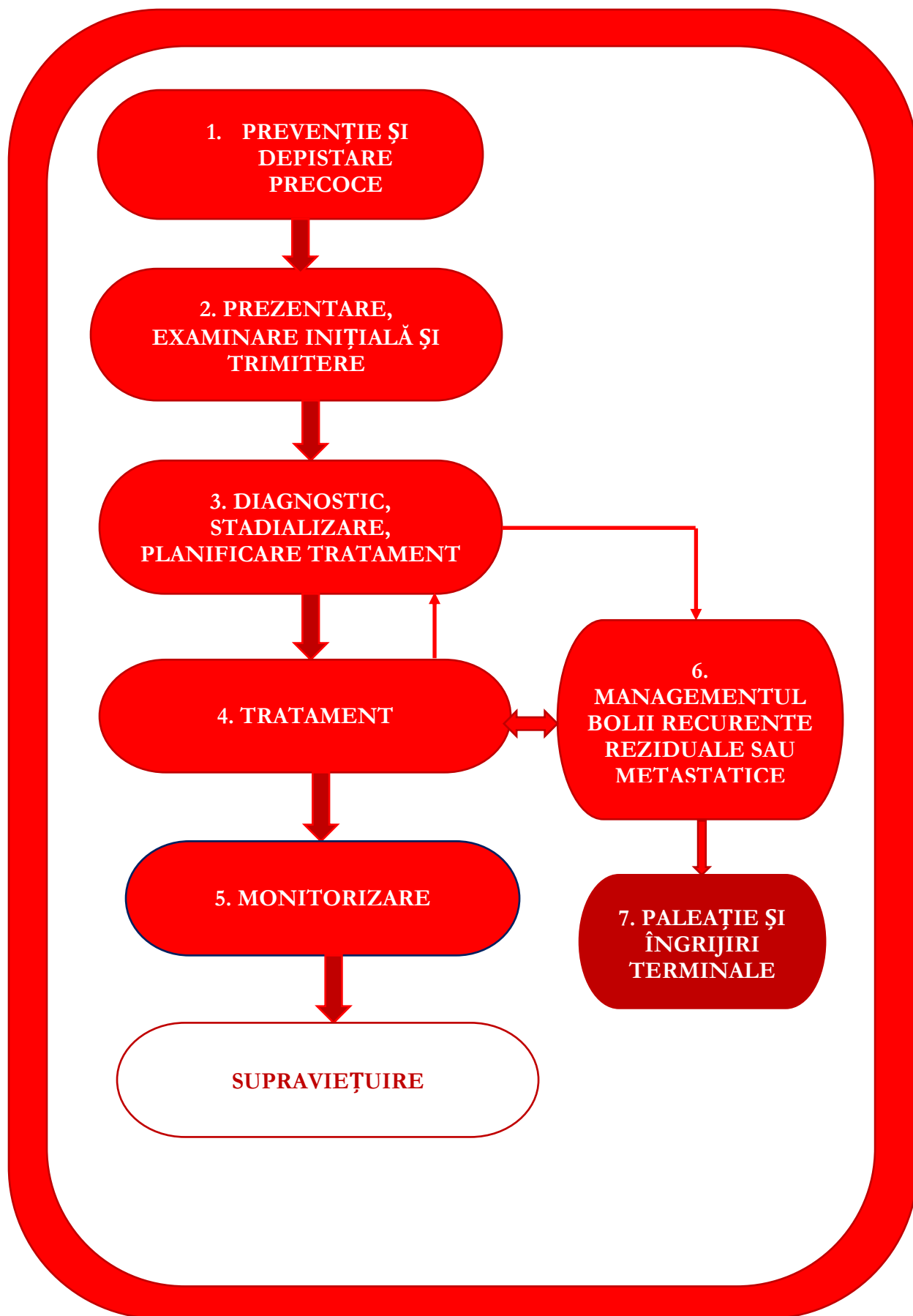
RECĂDERE A DOUA SAU MAI MULT



RĂSPUNS	LOCALIZARE	PET-CT (RĂSPUNS METABOLIC)	CT (RĂSPUNS RADIOLOGIC)
RĂSPUNS COMPLET	Arii ganglionare și localizări extra-limfatice	Scor 1,2,3 cu sau fără zone reziduale pe scala 5-PS	Toate din următoarele Ariile ganglionare țintă/masele ganglionare trebuie să regreseze la ≤1,5 cm inel mai lung diametru transversal al unei leziuni Fără localizări extralimfatice ale bolii
	Leziuni non-măsurabile	N/A	Absente
	Hipertrofie de organ	N/A	Scădere la normal
	Leziuni noi	Nu	Nu
	Măduvă osoasă	Fără dovezi ale captării FDG în măduvă	Morfologie normală, dacă nu este concludentă, flow-citometria IHC este negativă
RĂSPUNS PARȚIAL	Arii ganglionare și localizări extra-limfatice	Scor 4 sau 5 cu reducerea captării comparativ cu rezultatul inițial Fără leziuni noi progresive <i>Acest rezultat la evaluarea intermediară sugerează răspuns la tratament</i> <i>Acest rezultat la evaluarea finală poate indica boală reziduală</i>	Toate din următoarele: ≥50% scădere a sumei produselor celor mai lungi diametre perpendiculare de până la 6 arii ganglionare măsurabile țintite și localizări extra-ganglionare <i>Când o leziune este prea mică pentru a fi măsurată pe CT, atribuiți 5 mm x 5 mm ca valoare implicită.</i> <i>Când nu mai este vizibil, atribuiți 0x0 mm</i> <i>Pentru un ganglion >5 mm x 5 mm, dar mai mic decât în mod normal, utilizați măsurarea efectivă pentru calcul</i>
	Leziuni non-măsurabile	N/A	Absent/normal, scădere (nu creștere)
	Hipertrofie de organ	N/A	Splina trebuie să aibă o scădere de >50% în lungime peste valoarea normală
	Leziuni noi	Nu	Nu
	Măduvă osoasă	Absorbția reziduală mai mare decât absorbția în măduva normală dar redusă comparativ cu valoarea inițială (compatibilă cu captarea difuză cu modificări reactive permisă după chimioterapie). În cazul în care există modificări focale persistente ale măduvei în contextul răspunsului ganglionar, luați în considerare o evaluare suplimentară cu biopsie sau o scanare intermediară	N/A

RĂSPUNS	LOCALIZARE	PET-CT (RĂSPUNS METABOLIC)	CT (RĂSPUNS RADIOLOGIC)
LIPSĂ RĂSPUNS / BOALĂ STABILĂ	Arii ganglionare ținute / localizări extra-limfatice	Scor 4 sau 5 fără nicio modificare semnificativă a absorbției FDG comparativ cu evaluarea inițială, interimară sau la sfârșitul tratamentului. Fără leziuni noi sau progresive	≥50% scădere a sumei produselor celor mai lungi diametre perpendiculare de până la 6 arii ganglionare dominante și localizări extra-ganglionare Fără criterii de progresie îndeplinite
	Leziuni non-măsurabile	N/A	Fără creștere în concordanță cu progresia
	Hipertrofie de organ	N/A	Fără creștere în concordanță cu progresia
	Leziuni noi	Nu	Nu
	Măduvă osoasă	Fără modificări comparativ cu evaluarea inițială	N/A
PROGRESIE	Arii ganglionare și localizări extra-limfatice	Scor 4 sau 5 cu o creștere a intensității absorbției față de evaluarea inițială și/sau zone noi de hipercaptare a FDG, consistente cu LNH la evaluarea intermediară sau la evaluarea de la finalizarea tratamentului	Necesită cel puțin unul dintre următoarele Progresia PPD (<i>produsului încrucișat al LDi și diametrul perpendicular</i>): Un ganglion/leziune individuală este definită anormală dacă: LDi (<i>cel mai mare diametru transversal al unei leziuni</i>) >1,5 cm și o creștere cu ≥50% a valorii inițiale înregistrate a PPD și o creștere a LDi sau SDi (<i>cea mai scurtă axă perpendiculară pe LDi</i>) față de valoarea inițială 0,5 cm pentru leziuni ≤2 cm 1,0 cm pentru leziuni >2 cm În cadrul splenomegaliei, lungimea splinei trebuie să crească cu >50% față de creșterea anterioară comparativ cu dimensiunea inițială. Dacă nu există splenomegalie anterioară, trebuie să crească cu cel puțin 2 cm comparativ cu dimensiunea inițială Splenomegalie nouă sau recurentă
	Leziuni non-măsurabile	Nu	Progresie nouă sau evidentă a leziunilor preexistente nemăsurate
	Leziuni noi	Arii noi de hipercaptare a FDG, mai degrabă compatibile cu LNH decât de altă etiologie (<i>ex. infecție, inflamație</i>). <i>Dacă există incertitudine cu privire la etiologia noilor leziuni, se recomandă biopsie sau o scanare intermediară</i>	Creșterea leziunilor rezolvate anterior Un nou ganglion > 1,5 cm pe orice axă O zonă nouă extra-ganglionară > 1,0 cm pe orice axă; dacă <1 cm în orice axă, prezența ei trebuie să fie fără echivoc și trebuie să fie atribuită LNH

			Boală evaluabilă de orice dimensiune care poate fi atribuită fără echivoc LNH
	Măduvă osoasă	Arii noi sau recurente de hipercaptare a FDG	Apariția unor zone noi sau recurente



1. PREVENȚIE ȘI DEPISTARE PRECOCE

PREVENȚIE

Cauzele LNH nu sunt pe deplin înțelese și în prezent nu există o strategie clară de prevenire a acestora.

Factori de risc

Toate vârstele sunt expuse riscului de apariție a LNH. Cu toate acestea, LNH este întâlnit cel mai mare frecvent la adulții de vârstă mijlocie și la vârstnici.

Alți factori de risc includ:

- imunosupresie intrinsecă – pacienți care au primit un transplant de organ, sunt HIV pozitivi sau sunt în tratament cu medicamente imunosupresoare
- Infecția cu virusul Epstein-Barr cu deficiență imunitară
- antecedente familiale de afecțiuni limfoproliferative

Factorii de risc specifici LNH includ:

- sexul (*bărbații au un risc puțin mai mare*),
- obezitatea,
- bolile autoimune care activează celulele B,
- utilizare prelungită a vopselei de păr,
- antecedentele personale sau familiale de afecțiuni limfoproliferative.
-

Detectare precoce

Nu este disponibil un screening pentru LNH. Persoanele cu risc de a dezvolta imunodeficiență asociată ar trebui conștientizate de riscul crescut de a dezvolta un limfom.

CHECKLIST

- ☐ Riscul individual de limfom Non-Hodgkin este evaluat
- ☐ Modificări recente ale greutății corporale sunt discutate și greutatea pacientului este înregistrată
- ☐ Consumul de alcool este discutat și înregistrat și este oferit suport pentru reducerea consumului de alcool dacă este cazul
- ☐ Statutul de fumător este discutat și înregistrat și este oferită consiliere pentru renunțare la fumat fumătorilor
- ☐ Activitatea fizică este înregistrată
- ☐ Este efectuată trimiterea / recomandarea către dietetician, dacă este cazul
- ☐ Este efectuată trimiterea / recomandarea către un kinetoterapeut / antrenor de fitness, dacă este cazul

2. PREZENTARE, EXAMINARE ÎNIIĂLĂ ȘI TRIMITERE

SEMNE ȘI SIMPTOME

Următoarele semne și simptome sunt comune:

- orice ganglion limfatic sau formațiune anormală în orice organ
- limfadenopatie:
 - persistentă peste 2 săptămâni
 - asociată cu simptome sistemice
 - care nu se rezolvă în ciuda tratamentului adecvat antiinfecțios
 - asociat cu durere în ganglionii limfatici după consumul de alcool
- unul sau mai multe dintre aceste simptome chiar fără limfadenopatie:
 - febră persistentă inexplicabilă, transpirații nocturne, scădere în greutate involuntară, prurit sever persistent și infecții frecvente.

Investigații inițiale

Dacă există o suspiciune ridicată de afecțiune malignă, este imperioasă trimiterea promptă la un centru hematologic specializat pentru un diagnostic morfologic adecvat.

Pentru ceilalți pacienți, ar trebui să fie efectuate următoarele investigații suplimentare

- hemoleucogramă
- teste de coagulare
- ecografie, radiografie și CT, după caz
- biopsie, după caz
- o perioadă de observație de până la 4 săptămâni pentru pacienții fără simptome semnificative sau progresive.

Opțiuni de trimitere la specialist

Medicul de familie sau specialist (*hematolog*) care a evaluat pacientul trebuie să îi comunice opțiunile de trimitere, timpii de așteptare, expertiza echipei, probabilitatea suportării unor costuri suplimentare (*out of pocket*) și gama de servicii disponibile. Acest lucru va permite pacienților să facă o alegere informată a specialiștilor și a serviciilor de sănătate specifice.

Comunicare

Responsabilitățile medicului de familie includ:

- explicarea oferită pacientului și / sau aparținătorilor către

CHECKLIST

- ☐ Semne și simptome înregistrate
- ☐ Evaluarea nevoilor de îngrijire de suport este finalizată și înregistrată iar recomandările pentru serviciile de sănătate conexe sunt efectuate după cum este necesar
- ☐ Opțiunile de trimitere sunt discutate cu pacientul și / sau aparținătorii inclusiv implicațiile costurilor personale

INTERVAL DE TIMP

Pentru pacienții care nu necesită trimitere promptă, toate investigațiile ar trebui completate și procedurile ulterioare decise, în **termen de 4 săptămâni** de la prima lor prezentare.

Pacienții trebuie îndrumați către specialistul hematolog:

- în **termen de maxim 72 de ore** dacă suspiciunea de LNH este foarte ridicată
- în **termen de maxim 7 zile** dacă nu există simptome care trebuie

3. DIAGNOSTIC, STADIALIZARE, PLANIFICARE TRATAMENT

Diagnostic și stadializare

Este necesar un diagnostic morfologic (histopatologic) înainte inițierea tratamentului definitiv

Probele de țesut proaspete și fixate ar trebui să fie recoltate din biopsia tisulară pentru histopatologie, flowcitometrie, citogenetica și testarea mutațiilor genetice.

Stadializare

Stadiul bolii, inclusiv evaluarea statusului măduvei osoase, ar trebui să fie determinată în cazul în care analizele de laborator au rezultate anormale semnificative. Stadializarea trebuie să includă și un PET/CT cu FDG.

Testare genetică

În prezent, nu există anomalii genetice cunoscute care să predisună la limfom. Orice trimitere către un serviciu de genetică medicală ar trebui să se bazeze pe recomandarea unei echipe multidisciplinare. În prezent nu se cunosc mutații care necesită testarea de rutină a acestei afecțiuni.

Evaluarea este necesară pentru identificarea pacienților la care începerea terapiei ar putea sau ar trebui amânată.

Planificarea tratamentului

Echipa multidisciplinară ar trebui să discute toți pacienții nou diagnosticați cu limfom Non-Hodgkin înainte de începerea tratamentului și cât mai curând posibil după consultul de specialitate inițial.

Echipa multidisciplinară ar trebui să evalueze toți pacienții nou diagnosticați în termen 2 săptămâni de la diagnostic și stadializare.

Anumite cazuri de limfom Non-Hodgkin se prezintă ca urgențe și necesită îngrijire cronică adecvată urmată de management asigurat de o echipă multidisciplinară

Cercetare și studii clinice

Luați în considerare înscrierea acolo unde este disponibilitate și eligibilitate.

Comunicare

Responsabilitățile oncologului responsabil de caz includ:

- discutarea unui interval de timp pentru diagnostic și opțiuni de tratament cu pacientul și / sau aparținători
- explicarea rolului echipei multidisciplinare în planificare tratamentului și continuitatea îngrijirii
- încurajarea discuțiilor despre diagnostic, prognostic, planificarea îngrijirii paliative odată cu clarificarea așteptărilor, nevoilor pacientului, precum și evaluarea capacității acestora de a înțelege comunicarea
- furnizarea de informații adecvate și trimiterea către servicii de suport, în funcție de necesități
- comunicarea cu medicul de familie al pacienții despre diagnostic,

CHECKLIST

- ☐ Diagnostic confirmat
- ☐ Rezultatul histopatologic complet este disponibil
- ☐ Trimitere la un consult genetic dacă este cazul
- ☐ Statusul de performanță (ECOG) și comorbiditățile sunt evaluate și înregistrate
- ☐ Pacientul a fost discutat în CMDT și deciziile au fost furnizate pacientului și / sau aparținătorilor
- ☐ Înscrierea la studii clinice este luată în considerare
- ☐ Evaluarea nevoilor de îngrijire de suport este finalizată și înregistrată iar recomandările pentru serviciile de sănătate conexe sunt efectuate după cum este necesar
- ☐ Pacientul a fost trimisă către serviciile de suport dacă este necesar
- ☐ Costurile tratamentului au fost discutate cu pacientul și / sau aparținătorii

INTERVAL DE TIMP

Planificarea investigațiilor diagnostice ar trebui să fie ghidată de severitatea simptomelor inițială. Stadializarea ar trebui să fie finalizată în termen de maxim 2 săptămâni.

4. TRATAMENT

Scopul tratamentului pentru Limfomul Non-Hodgkin și tipurile de tratament recomandate depind de statusul mutațional cât și de vârstă, starea de sănătate și preferințele pacienților.

Stabiliți **intenția tratamentului**

- Curativ
- Terapia anti-cancer pentru îmbunătățire calitatea vieții și / sau longevitate fără așteptarea vindecării

• Paliativ

Terapie sistemică

Marea majoritate a pacienților cu LNH beneficiază de terapie sistemică. O gamă largă de scheme de chimioterapie, medicamente biologice (*imunoterapie, CAR-T*) și terapii țintite sunt utilizate din ce în ce mai mult pentru tratamentul pacienților cu LNH.

Radioterapia este indicată pentru pacienții eligibili cu boală localizată sau cei cu boală mai avansată cu o leziune voluminoasă dominantă.

Transplantul medular autolog sau alogen este de asemenea utilizat în tratamentul pacienților cu LNH

Comunicare

Responsabilitățile hematologului și ale echipei includ:

- discutarea opțiunilor de tratament cu pacientul și / sau aparținătorii, inclusiv intenția tratamentului precum și riscurile și beneficiile
- explicarea rolului CMDT în planificare, tratament și coordonarea îngrijirii
- discutarea planificării prealabile a îngrijirilor terminale cu pacientul și / sau aparținătorii, unde este necesar
- comunicarea planului de tratament către medicul de familie al pacientului

CHECKLIST

- ☐ Intenția de tratament este stabilită
- ☐ Riscurile și beneficiile tratamentului au fost discutate cu pacientul și / sau aparținătorii
- ☐ Planul de tratament a fost discutat cu pacientul și / sau aparținătorii
- ☐ Planul de tratament a fost furnizat medicului de familie al pacientului
- ☐ Specialiștii implicați au calificări adecvate, experiență și expertiză
- ☐ Evaluarea nevoilor de îngrijire de suport este finalizată și înregistrată iar recomandările pentru serviciile de sănătate conexe sunt efectuate după cum este necesar
- ☐ Planificarea în avans a îngrijirilor terminale a fost discutată cu pacientul și / sau aparținătorii

INTERVAL DE TIMP

Tratamentul ar trebui să înceapă în **maxim 2 săptămâni** de la diagnostic și stadializare.

În cazurile în care există o afectare critică de organ sau progresie clinică rapidă poate fi necesară începerea tratamentului **în 24 de ore de la diagnostic.**

5. MONITORIZARE

Oferiți un rezumat al tratamentului și monitorizării pacienților, aparținătorilor și medicului de familie care conține:

- diagnosticul, inclusiv testele efectuate și rezultate
- caracteristicile tumorii
- tratamentul efectuat (*tipuri și date*)
- toxicitate și efecte adverse actuale (*severitate, management și rezultatele așteptate*)
- intervenții și planuri de tratament de la alți profesioniști din domeniul sănătății
- potențiale efecte pe termen lung și efecte întârziate ale tratamentului și îngrijirea acestora
- servicii de suport oferite
- un program de monitorizare, inclusiv teste necesare și calendarul de efectuare a acestora
- informații de contact pentru furnizorii de servicii care pot oferi sprijin pentru modificarea stilului de viață
- o modalitate de acces rapidă la specialist în cazul apariției unei recidive, recurențe sau metastaze

Comunicare

Responsabilitățile oncologului curant includ:

- explicarea rezumatului tratamentului și a planului de îngrijire și monitorizare pentru pacient și / sau aparținători
- informarea pacientului și / sau a aparținătorilor despre prevenția secundară și stil de viață sănătos
- discutarea planului de îngrijire și monitorizare cu medicul de familie al pacienții

CHECKLIST

- ☐ Rezumatul tratamentului și monitorizării pacienții este furnizat către pacient și / sau aparținători și medicul de familie al pacienții
- ☐ Evaluarea nevoilor de îngrijire de suport este finalizată și înregistrată iar recomandările pentru serviciile de sănătate conexe sunt efectuate după cum este necesar
- ☐ Rezultatele raportate de pacienți sunt înregistrate

6. MANAGEMENTUL BOLII RECURENTE REZIDUALE SAU METASTATICE

Detectare

Cele mai multe cazuri de LNH recurent sunt identificate prin monitorizare de rutină sau de către pacient care se prezintă cu simptome, sau cu teste de laborator anormale „nespecifice” (ex. LDH seric).

Tratament

Evaluati pentru fiecare pacient opțiunea de trimitere la evaluare la echipa multidisciplinară inițială. Tratamentul va lua în considerare localizarea și extinderea bolii, managementul clinic anterior al afecțiunii și preferințele pacienții.

Regimurile de chimio-imunoterapie combinată cu transplantul medular autolog de celule stem este indicat la prima recădere. În recidivele ulterioare sau dacă pacientul nu este eligibil pentru transplant medular autolog de celule stem, sunt indicate înrolările active în studii clinice.

Planificarea în avans a îngrijirilor terminale

Planificarea în avans a îngrijirilor terminale este importantă pentru toți pacienții dar mai ales pentru pacienții cu boală avansată.

Supraviețuirea și îngrijirea paliativă

Supraviețuirea și îngrijirea paliativă ar trebui să fie discutate și oferite din timp. Recomandarea optimă pentru îngrijirea paliativă poate îmbunătăți calitatea vieții și în unele cazuri supraviețuirea. Recomandarea ar trebui să se bazeze pe nevoie, nu pe prognosticul bolii.

Comunicare

Responsabilitățile hematologului și echipei acestuia includ:

- explicarea intenției tratamentului, rezultatele așteptate și efectele secundare pacienții și / sau aparținătorilor și

CHECKLIST

- ☐ Intenția tratamentului, rezultatele așteptate și efectele secundare sunt explicate pacienților și / sau aparținătorilor și comunicate medicului de familie al pacienții.
- ☐ Evaluarea nevoilor de îngrijire de suport este finalizată și înregistrată iar recomandările pentru serviciile de sănătate conexe sunt efectuate după cum este necesar
- ☐ Planificarea în avans a îngrijirilor terminale este discutată cu pacientul și / sau aparținătorii
- ☐ Pacientul este transferat la îngrijiri paliative, dacă este cazul
- ☐ Vizitele de monitorizare de rutină sunt programate

7. PALEAȚIE ȘI ÎNGRIJIRI TERMINALE

Îngrijire paliativă

Luați în considerare recomandarea și transferul către îngrijirea paliativă.

Comunicare

Responsabilitățile oncologului includ:

- prezentarea corectă a prognosticului și discutarea opțiunilor de îngrijire paliativă cu pacientul și aparținătorii, dacă este cazul
- stabilirea planurilor de tranziție astfel încât nevoile și obiectivele pacientului sunt luate în considerare

CHECKLIST

- ☐ Evaluarea nevoilor de îngrijire de suport este finalizată și înregistrată iar recomandările pentru serviciile de sănătate conexe sunt efectuate după cum este necesar
- ☐ Pacientul este transferat la îngrijiri paliative