

《实体肿瘤患者伴发肺炎临床诊疗实践中国专家共识(2024版)》发布 肿瘤患者感染肺炎,先暂停抗肿瘤治疗

● 本报记者 张思玮

“随着治疗手段的丰富,实体肿瘤患者的生存期不断延长,伴发肺炎风险也逐渐升高。而一旦肺炎发生或处理不当,将影响肿瘤治疗和患者生活质量及生存期。”近日,在由中国抗癌协会肿瘤呼吸病学专业委员会主办的第四届肿瘤呼吸病学学术年会暨“科学驱动共话前沿”肿瘤器官保护与肿瘤呼吸共病卓越论坛上,中日友好医院副院长曹彬在接受《医学科学报》采访时指出,实体肿瘤患者伴发肺炎与肿瘤本身和抗肿瘤治疗所致的局部和(或)免疫防御功能受损有关,其预防、诊断和治疗均不同于一般人群。

为此,中国抗癌协会肿瘤呼吸病学专业委员会发起并组织专家撰写《实体肿瘤患者伴发肺炎临床诊疗实践中国专家共识(2024版)》(以下称《共识》),旨在为从事实体肿瘤诊治管理的肿瘤科以及呼吸科、感染科、外科、急诊科、老年科和全科的医护人员提供参考。

肺炎发生的风险增加

目前,肿瘤患者以老年人居多,常伴有基础疾病,肿瘤本身及其治疗可导致不同程度的免疫功能受损,加之反复就诊带来的医院环境接触,导致其肺炎发生的风险增加。

现有数据显示,在我国接受抗肿瘤治疗的人群中,肺癌患者的肺炎发病率约为53%。

作为《共识》专家组组长的曹彬表示,实体肿瘤患者可因肿瘤阻塞支气管而导致阻塞性肺炎,或因抗肿瘤治疗导致免疫防御功能异常而发生肺炎,或因吞咽困难或放疗后声带保护功能下降而导致吸入性肺炎,或因处理免疫相关不良事件(irAEs)使用糖皮质激素、免疫抑制剂等增加肺炎的发生风险。

“不同类型肿瘤及其相应的治疗方案对肺炎风险的影响各异。”曹彬说,《共识》中所指肺炎是一种由细菌、病毒、真菌等病原体所致的感染性肺炎实质炎症,在影像学上表现为新近出现的肺部浸润影。“需要与放射性肺损伤、药物性肺损伤、免疫性损伤等非感染性炎



曹彬

主办方供图

症进行鉴别。”

其中,阻塞性肺炎最常见于中央型肺癌,以小细胞癌和鳞状细胞癌为主,其他部位实体肿瘤转移至支气管或支气管周围淋巴结也可引起阻塞性肺炎,如乳腺癌、卵巢癌、肠癌、肾癌等。

抗肿瘤治疗相关肺炎主要与化疗引起中性粒细胞减少、黏膜损伤、使用糖皮质激素等免疫抑制剂处理 irAEs、免疫检查点抑制剂(ICIs)治疗造成潜在或慢性感染重新激活以及放疗后肺部结构破坏有关。

此外,放疗也可破坏肺结构,增加患者肺结核等慢性感染的风险。

《共识》同时指出,肿瘤患者还是病毒性肺炎的易感人群,并且肿瘤患者发生肺炎时发生脓毒症的风险升高,需密切监护、早期识别。

做好风险评估与鉴别

如何对实体肿瘤患者发生肺炎的风险进行有效评估与筛查?《共识》推荐了5点意见。

第一,在评价实体肿瘤患者发生肺炎的风险时,推荐综合考虑肿瘤的类型、分期、呼吸系统受累情况、接受抗肿瘤治疗的情况以及患者基础状态等多方面的因素。

第二,建议首先按照拟接受的肿瘤治疗方案的感染风险及预期的粒细胞减少情况对实体肿瘤患者进行分层,接受高感染风险方案治疗的患者属于肺炎高风险组,应加强感染监测、采取积极措施预防感染。

第三,对接受中感染风险方案治疗

的患者应从基础情况相关的感染危险因素、增加肺炎风险的特定危险因素两方面进一步进行风险评估,不存在上述2类危险因素的患者可判定为肺炎中风险组,存在这2类危险因素中任何一种的患者均建议升级为肺炎高风险组。

第四,建议将嵌合抗原受体T细胞(CAR-T)治疗纳入中感染风险治疗方案,但一旦出现任意一种导致CAR-T细胞治疗后感染风险增加的因素,也应升级为肺炎高风险组。

第五,肺炎低风险组包括采用低风险化疗方案(FN发生率<10%)的患者、采用低感染风险靶向药物治疗的患者、接受ICIs治疗的患者以及治疗后预期粒细胞减少持续小于7天的患者。对于接受ICIs治疗后出现严重 irAEs、需要进行糖皮质激素或肿瘤坏死因子- α (TNF- α)拮抗剂治疗的患者,建议升级为肺炎高风险组。

“我们在临床中必须根据实体肿瘤患者与肺炎相关的临床表现,综合相关危险因素和实验室检查、肺部影像学结果,充分鉴别感染与非感染病因。”曹彬指出,该《共识》着重感染性病因所致肺炎处理策略。

有待开展高质量临床研究

那么,一旦患者被确诊为感染性病因所致肺炎,该如何诊治呢?

《共识》推荐遵循社区获得性肺炎(CAP)或医院获得性肺炎(HAP)抗菌治疗的基本原则,充分考量感染病原体及其耐药性、患者的高危因素及器官功能、感染严重程度、抗菌药物的肺组织及肺泡衬液浓度等因素,合理选择抗菌药物、给药剂量和给药频次。

同时,要充分重视合格下呼吸道标本的及时获取并进行规范的病原学检查,科学解读病原学检测结果,努力实现从经验性治疗向目标治疗的过渡。

而对实体肿瘤合并肺炎患者,《共识》推荐将抗感染治疗和非抗感染治疗相结合。非抗感染治疗策略中包括解除气道梗阻、手术切除及局部胸腔引流、加强气道廓清、口腔清洁护理、防止反流误

吸、对症支持治疗、糖皮质激素的使用和氧疗及辅助呼吸支持等。

《共识》强调,一旦患者在实体肿瘤治疗期间出现肺炎,建议暂停抗肿瘤治疗,待患者急性感染症状完全缓解后考虑重新启动抗肿瘤治疗。

“千万不要在化疗期间或显著免疫抑制期间接种活疫苗,部分灭活疫苗可在化疗期间安全使用。所有家庭成员均应接种疫苗,减少家庭内部交叉感染的风险。”曹彬认为,实体肿瘤患者化疗前应进行总体感染风险评估,并建议感染中/高风险患者考虑预防性使用抗感染药物。

诚然,实体肿瘤患者伴发肺炎将不同程度地阻断抗肿瘤治疗计划,其准确诊断、合理治疗和积极预防对于改善患者整体预后非常重要。

“但在编写过程中,我们发现该领域尚有较多问题有待开展高质量临床研究进行解答,同时有必要开发新技术促进临床诊疗能力的提高。”曹彬认为,应尽快开展针对不同类型肿瘤药物,特别是新药如免疫治疗药物、抗体偶联化疗药等治疗后发生肺炎的全国多中心流行病学调查,了解各类肿瘤药物治疗后肺炎的发生率、病原微生物的种类和耐药性情况等,为临床诊疗提供参考。

同时,明确不同肿瘤药物治疗患者肺炎的风险因素,从而为预防和治疗提供指导。此外,应尽快开发易感微生物疫苗(如 mRNA 疫苗),以便在特定危险因素患者中开展针对性预防。

“未来应开发和应用精准检测技术,用于鉴别单纯肺炎、药物相关肺损伤以及二者共存状态,为临床精准治疗提供依据。”曹彬表示,在治疗方面,有必要根据不同类型肿瘤药物所致机体免疫变化后的继发肺炎,开展前瞻性临床研究,以及单纯抗感染治疗与各种不同联合治疗策略所得到的近期临床疗效与长期预后相关性研究,以期形成最佳治疗方案。

相关论文信息:

<https://doi.org/10.3760/cma.j.cn112>

152-20240606-00242