

米国臨床腫瘍学会 (ASCO) COVID-19 患者ケア情報

[\(2020年4月17日に更新：更新個所を青字で表示しています\)](#)

これは ASCO の HP に掲載され 2020 年 4 月 9 日に update された情報です。
金沢大学附属病院がんセンターのスタッフが和訳しました。
がん患者の診療にあたって、参考にしてください。

患者ケア：どのようにがん患者のケアが COVID-19 パンデミックにより変更されるか？

データ：

COVID-19 感染を合併したがん患者のケアに関する現時点のデータは？

がん患者はより感染しやすいですか？

COVID-19 感染を合併したがん患者はより合併症が出ますか？

CDC (Centers for Disease Control and Prevention) に最も情報があります。

ASCO が入手し得た最も包括的データは、2020 年 2 月 28 日に公開されたコロナウイルス疾患に関する WHO-China 行動ミッションの報告です。この報告では、2 月 20 日時点のデータとして COVID-19 感染がん患者の死亡率は 7.6% としています。全体では 3.8%、併存疾患なしでは 1.4%、心血管疾患合併が 13.2%、糖尿病合併が 9.2%、高血圧合併が 8.4%、慢性閉塞性肺疾患合併が 8.0% でした。

がん合併および非合併の COVID-19 感染症に関し、現時点で ASCO が把握し得た最も詳細なデータは Ling ら (Lancet Oncol) の論文です。この論文は、COVID-19 感染した 1571 人の前向きコホートの報告です。18 人にがんの既往歴があり、がんの既往がある患者はがんの既往がない患者と比較し重篤化（人工呼吸を要する ICU 入院や死亡）する頻度が高い としています。がんの既往がある患者とない患者の間に COVID-19 感染がおこる頻度に決定的な差はみられていません。Xia らの論文 (Lancet Oncol) に関連した報告によると、これらの 18 患者は多種多様な集団で、がん患者全体を表すような集団ではありませんでした。

特定の臓器（乳房、肺など）、治療（例えば免疫療法、チロシンキナーゼ阻害薬など）、サブポピュレーション（小児、高齢者など）における信頼のおけるエビデンスは得られていません。さらなるエビデンスが得られ次第 ASCO はこのページにアップデートします。

ジェネラルケア：

がん患者の一般的なケアのための推奨事項は何ですか？

ASCO はがん患者のケアを行う全ての人に可能な場合は既存の CDC ガイダンスに従うことを推奨します。

- ・General health care facility guidance
- ・Health care professional guidance
- ・Clinical care guidance
- ・Home care guidance
- ・High-risk subpopulation guidance

一般的な CDC ガイダンスに加えて、次の実践ポイントを考慮してもよいです。

- ・患者に、COVID-19 の症状、適切な手洗い、衛生、接触者や群衆への曝露を最小限に抑えることを教育すべきです。
- ・現時点では、がん患者のマスク使用について特別なエビデンスやガイダンスは発表されていません。患者と臨床医は CDC の一般的なガイダンスや地元の保健当局のガイダンスに従うことを勧めます。—現在では、外出するときには全員が布製のフェイスマスクを着用することを勧めます。N95 マスクが必要であることを示唆するガイダンスやエビデンスはありません。
- ・発熱や他の感染症状を有するがん患者には通常の診療と同様に包括的な評価が必要です。

がん種別ガイダンス：

がん種（乳腺、肺など）がケアにどのような影響があるか？

ASCO には以下のセクションに記載されている場合を除き、がん種別に特有なマネジメントのガイダンスはありません。ただし、他の組織が発行しているガイダンスへのリンクがあります。

- ・乳がん—American Society of Breast Surgeons は、乳がん治療の優先付けに関する簡素で高レベルのガイダンスを公開しています。さらに、American College of Surgeon は、手術のための乳がん患者のトリアージに関するガイダンスを公開しています。
- ・血液悪性腫瘍—アメリカ血液学会は、様々な悪性腫瘍に関連するガイダンスを発表しました。
- ・肝細胞癌 - 国際肝癌協会(ILCA)は、肝細胞がん患者に関するガイダンスを発表しました。
- ・外科—Society of Surgical Oncology は、様々な疾患部位に対する外科手術に関する簡単なガイダンスを公開しています。

COVID-19 の検査 :

COVID-19 の検査で利用できる情報がありますか？

がん患者の COVID-19 検査に関する特別なガイダンスはありません。地域、州の公衆衛生に関する指令、誰に検査を行うべきか、どのように検査を実施すべきかについてのガイダンスに従ってください。

アメリカ感染症学会(IDSA)は、検査に関するガイダンスを発表しています。CDC には、研究室向けの情報もあります。

COVID-19 感染患者の治療 :

COVID-19 に感染した患者のがん治療を遅らせるべきか？

抗がん治療をうける患者のインフルエンザや他のウイルス感染は、肺炎や入院などの重篤な合併症のリスクになり得ます。Zhang らの *Annals of Oncology* の最近の論文では、28 人の検討において 14 日以内の抗がん治療と COVID-19 感染の重篤な影響との強い関連性が報告されました(HR=4.079, 95%CI 1.086-15.322, P=0.037)。これらのデータは限られていますが、有症状の COVID-19 感染患者における抗がん治療は、治療継続は更なる免疫抑制や重篤な合併症のリスクにつながる可能性があるため、強く検討する必要があります。

感染が無くなってから抗がん治療の開始や再開するまでにどれくらい期間が必要かは不明ですが、COVID-19 の症状が無くなり、ウイルスが存在しないことが確実、がんが急速に進行していて、リスク・ベネフィットアセスメントで抗がん治療が好ましいとされるまで、抗がん治療を再開すべきではありません。がん特異的なガイダンスがない中、CDC は COVID-19 感染患者の感染予防策の中止に関する勧告を発表しました。感染に基づく予防策が不要な段階になれば、抗がん療法を開始/再開することは合理的でしょう。イギリス国立ヘルスケア研究所 (NICE) は、抗がん療法の実施に関する迅速なガイダンスを発表し、SARS-Cov-2 検査が 1 会員制の場合に治療を開始または再開できることを示唆しています。

手術 :

手術は中止または遅らせられる/遅らせるべきか？手術が遅れた場合、患者は可能なオプションであれば術前化学療法を早期に開始すべきか？

医療施設に関する CDC ガイダンスでは、入院施設での「待機的手術」は可能であれば再スケジュールすることを示唆しています。

American College of Surgeons (ACS) もガイダンスを発行し、がん治療に関連する手術の

ための患者のトリアージに関する追加のアドバイスを提供しています。ただし、臨床医と患者は、必要ながん関連の手術を遅らせることの潜在的な不利益に基づいて、個々の判断を下す必要があります。多くの場合、これらの手術は「待機的」とみなすことはできません。また、手術で術後集中治療が必要な場合は、その治療に利用できる集中治療室の現在の収容能力を意思決定要因のひとつとみなす必要があります。Society of Surgical Oncology (SSO) は、さまざまな種類の腫瘍に対するがんの手術に関する簡単なガイダンスを発表しました。

術前化学療法が適用可能であるが一律には考慮されない状況（早期の乳がんなど）では、手術の代わりに術前化学療法を行う、または単に手術を遅らせることは合理的かも知れません。根治手術の遅延に伴う腫瘍進行のリスクは、病院のリソース、症例の複雑さ、および患者の COVID-19 曝露のリスクにおける潜在的な増負荷と比較検討する必要があります。ただし、術前化学療法のための診療所への訪問、臨床医と患者との接触、またはそれ自体による免疫抑制は、患者へのリスクも伴うため考慮する必要があります。

放射線治療：

放射線治療の開始を遅らせられるか？遅らせるべきか？進行した場合放射線治療を中断あるいは中止できるか？

ASTRO は COVID-19 に関するページでこの問題の一部に対応しています。

ASCO は臨床医に ASTRO の現在のガイダンスに従うことを推奨します。ASTRO が記載しているように、小分割スケジュールが妥当と考えられる場合は、考慮すべきです。急速に進行している治癒可能ながん患者の遅延のリスクは COVID-19 曝露/感染のリスクより重いと ASCO は認識しています。しかし、緩和的放射線治療を受けている患者や放射線治療のための受診スケジュールの変更により不利益が生じるリスクが低い患者では安全に遅らせることが可能です。患者は放射線治療医と相談して最も適切に治療を計画すべきです。NICE は、[価値のある可能性のある放射線治療供給に関する迅速なガイダンス](#)を公開しています。

免疫抑制療法：

免疫抑制する可能性のある治療（同種幹細胞移植を除く）を中止、延期、中断できるあるいはすべきですか？

現時点では、がん患者に対する化学療法や免疫療法を変更する、あるいは継続することを支持する直接的なエビデンスはありません。したがって、クリティカルな抗がん治療や免疫抑制療法を一律に差し控えることは推奨しません。治療の延期や中断で生じうる害と COVID-19 感染の予防や遅延により生じうるメリットのバランスは非常に不確実です。治療を遅らせる、変更する、中断するなどにより生じるがん再発のリスクなどの要因、すでに実施した

治療サイクル数、患者の治療に対する認容度などの要因を考慮し、臨床的決定を個別に行うべきです。

しかしながら、下記の点について考慮が必要です。

- ・維持療法を受けていて深い寛解に入っている患者では、化学療法中止が選択肢の一つになり得ます。

- ・患者によっては注射薬の化学療法から経口の化学療法に変更できる場合があります。それにより通院の頻度が減少しますが、患者が正しく服用しているかヘルスケアチームによりチェックする必要性が増します。

- ・化学療法の変更や差し控えの決定には、化学療法の適応とケアの目標、患者が治療コースのどの段階にいるのか、治療の認容度を考慮する必要があります。たとえば、未治療の進展型小細胞肺癌患者の化学療法を進めるリスク/ベネフィットの評価は、転移性非小細胞肺癌のペメトレキセド維持療法を行っている患者とは異なります。

- ・局所的感染の発生が特定のがんセンターに影響を与える場合、合理的な選択肢としては、2週間の化学療法休止、影響を受けていない別部局への注射の依頼、影響を受けていない別の施設への注射の依頼などがあります。

- ・在宅での抗がん剤の注射が、患者、医療チーム、介護者に医学的に法的に実施可能かどうかを検討します。

- ・状況によっては、術後補助化学療法の遅延や変更は、病勢制御や長期生存を低下させる高いリスクをもたらす得ます。

- ・高リスク患者に使われる予防的増殖因子（おそらく G-CSF 製剤）や予防的抗生物質は患者の全体的な健康状態を維持し、COVID-19 の合併症に脆弱になりにくくする潜在的価値があります。

- ・術後補助化学療法の絶対的ベネフィットが極めて小さい患者では、非免疫抑制的治療（ER陽性早期乳がんのホルモン療法など）のオプションがある患者では、COVID-19 感染のリスクは別オプションを選ぶうえでの考慮事項になり得ます。

幹細胞移植：

同種幹細胞移植を遅らせることはできますか？

COVID-19 の高リスク患者を含む症例の中には、特に悪性腫瘍が通常の治療で制御されている場合には、予定されていた同種幹細胞移植を延期することが妥当なことがあります。更なるデータが出るまで、臨床医は米国移植細胞療法学会（ASTCT）、欧州血液骨髄移植学会（EBMT）が提供する推奨事項に従うことを推奨します。

以下の事項を考慮してもよいです。

- ・輸血による感染のエビデンスはないがドナー候補に COVID-19 の検査を行うことが賢明

です。

・一般的な予防策として、骨髄移植後の面会を制限する必要がある、症状や曝露の可能性について面会者をスクリーニングする必要があります。

フレッド・ハッチンソンがん研究センターとシアトルのがん治療同盟は、幹細胞移植と COVID-19 に関するガイダンスを提供しています。

免疫チェックポイント阻害薬：

免疫チェックポイント阻害薬（イピリムマブ、ニボルマブなど）による治療は遅らせたり中断できるか？すべきか？これらの使用に関して特別な予防策やアクションが必要か？

ASCO は免疫チェックポイント阻害薬と COVID-19 感染に関する特別なデータは認識していません。異なるスケジュールが合理的なオプションとみなされる場合、および/または管轄領域での患者の適応が承認される場合は、より少ない頻度の投与間隔に調節することが適切な場合があります。ただし、これらの薬剤は免疫関連の重篤な有害事象を引き起こす可能性があり、免疫抑制はこれらの有害事象の治療としては推奨されない可能性があるため、治療の潜在的な不利益と利益を患者ごとに考慮すべきです。特に懸念されるのは治療関連の肺炎で、COVID-19 を発症した場合に重篤な合併症を起こす可能性を高めます。

予防的抗ウイルス療法：

予防的抗ウイルス療法を考慮すべきか？

現時点で、免疫抑制患者における COVID-19 に対する予防的抗ウイルス療法の使用に関するエビデンスや公表されたガイダンスはありません。これはアクティブな研究分野であり、エビデンスが入手される可能性があります。他のウイルス感染に対する予防的抗ウイルス療法は標準的臨床ガイドラインや施設の慣行に従って継続すべきです。タミフルは COVID-19 に有効であるとは知られていません。ASCO は抗ウイルス治療候補薬（クロロキン、レムデシビル、ロピナビルなど）の臨床試験が開始されている、あるいは一部が公表されていることを認識しています。しかし、これまでのところがん患者に特化した試験はありません。CDC には、COVID-19 に対する治療に関する研究の現状を説明するページがあります。米国健康システム薬剤師協会(ASHP)は、抗ウイルス療法の現在のエビデンスと既知の進行中の臨床試験を紹介するリソースを提供しています。

COVID-19 の治療結果における併用薬の影響：

がん患者の併用薬に関連する懸念や留意事項はありますか？

・心疾患薬一事例および論争の的となる情報は、RAAS 拮抗薬 (ACE 阻害薬など) が COVID-19 感染のリスクを高めるのか、または感染時の重篤化を抑制するのかです。アメリカ心臓協会は、現時点では RAAS 拮抗薬 (ACE 阻害薬など) による治療を継続するように推奨しています。

・他の薬剤-ASCO は臨床医と患者が意思決定をするのに参考となる情報を入手次第提供します。

がん経験者の免疫不全：

長期の免疫抑制 (低ガンマグロブリン血症など) を伴うがんの生存者のケアはどのように変更すべきか？

ASCO は長期免疫抑制にある患者は感染リスクが高い可能性があると認識しています。しかし、現時点で通常受けるケアを超えて変更するための推奨事項はありません。これらの患者は、感染曝露の可能性を最小限にするための CDC が推奨するすべての一般的な対策 (社会的隔離) に従う必要があります。免疫グロブリンの静注を受けている患者は、処方された用量とスケジュールでそれを継続して受けるべきです。

その他の治療：

遅らせたり、中断したり、中止したりすべき他の治療法はありますか？

現時点では、ASCO はがん治療に関する他の特別なガイダンスを提供できません。より多くのデータが入手できるようになると情報をアップデートします。一般的には、延期、中断、必要な全身がん治療の変更は、治療のゴール、治療を延期・中断した場合のがん進行のリスク、患者の認容度、患者の全身状態を考慮して決定すべきです。各決定には個別のリスク/ベネフィット評価が必要です。

発熱性好中球減少症と好中球減少症：

発熱性好中球減少症や好中球減少を経験している患者のケアは進行中の COVID-19 パンデミックの影響を受けますか？

ASCO は、COVID-19 に関連して発熱性好中球減少症の可能性のある患者のケアには予防と急性ケア 2 つの側面があることを認識しています。

- ・ 予防—発熱性好中球減少症のリスクと緊急ケアが必要となる可能性を最小限に抑えるために、発熱性好中球減少症のリスクのある患者が低リスク（10%以上のリスクなど）と予想されるレジメンの治療において、好中球数のモニタリングと医療チームとの定期的な連絡を取りながら、成長因子（おそらく G-CSF 製剤）を処方されることは合理的かもしれません。

- ・ 急性ケア：現在の状況では、発熱と好中球減少があるが遠隔的判断や電話により臨床的に安定していると判断された患者に予防的抗生物質投与をすることは合理的かもしれません。可能なら、更なる評価が救急部以外でなされるのが最善です。

がん関連貧血：

進行中の COVID-19 パンデミックによって、がん関連貧血のリスクがあるあるいは経験している患者をどのようにケアすべきか？

- ・ 予防—重篤なまたは有症状のがん/治療関連貧血が予想され、薬剤が安全であるとみなされる場合、エリスロポエチン製剤の投与が考慮されるべきです。臨床検査値に基づく症状のない患者への予防的輸血は可能であれば避けるべきです。

- ・ 急性ケア—可能な場合は通常の診療に従って、重篤なおよびまたは症候性のがん/治療に関連した貧血が発生した場合、輸血を行う必要があります。アメリカ血液学会 (ASH) の Choosing Wisely ガイダンスは価値があるかもしれません。

<https://www.choosingwisely.org/clinician-lists/american-society-hematolo>.

そのガイダンスで ASH は、貧血症状の緩和あるいは安全なヘモグロビン範囲（安定した心疾患のない患者で 7-8g/dL）に戻すのに必要最小限を超える輸血をしないように推奨しています。輸血を考慮するとき、患者の特殊な状況（高齢者、うっ血性心不全など）を考慮し、特に酸素運搬能力が低下し換気サポートを受けている患者においては、ヘモグロビンの閾値が高くなる可能性があります。献血は地域の公衆衛生対策の影響を受ける可能性があるため、意思決定の一環として地域の血液供給状況を考慮する必要があります。安全と思われる場合には、エリスロポエチン製剤を同時に投与することを考慮すべきです。

中心静脈カテーテル/ポート：

どのように中心静脈カテーテル/ポートを維持すべきか？フラッシュは遅らせることができるか？

フラッシュは12週ごとに行えば有害事象や不利益の顕著な増加はないとのエビデンスがあります。患者が自分でフラッシュできる場合は考慮すべきです。しかし、トレーニングのプロセス自体が曝露の原因となる可能性があり、自宅での無菌用品へのアクセスが制限される場合があります。

アドバンスドケアプランニング：

積極的な治療を受けている患者とコードのステータスについて話し合う必要がありますか？

特に COVID-19 のリスクが高まっている現在、積極的な事前治療計画はすべてのがん患者に必要です。このパンデミックでは、患者が病院に緊急入院し、主治医が参加、助言、指導することなく、別のチームにより終末期のディスカッション行われるリスクがあるため、このディスカッションをこれまで以上に緊急に行っておくことが必要です。ASCO は、腫瘍専門医に患者とケアの計画について事前に話し合うよう要請し、事前指示やその他の終末期における希望の表明、これらの会話を記録しておくことを推奨します。

Center to Advance Palliative Care™ と Respecting Choice から次のリソースが用意されています。

- [CAPC COVID-19 Response Resources](#)
- [Respecting Choices COVID-19 Tools and Resources](#)

COVID-19 感染がん患者で、人工呼吸または ICU ケアが必要なリスクが高い場合は、POLST 会話が適切です。詳細については、[National POLST](#) を参照してください。

がんのスクリーニング：

コミュニティーメンバーは、推奨されるがんのスクリーニング活動（マンモグラフィーのスクリーニングなど）を継続できますか？

医療システムのリソースを節約し医療施設への患者の接触を減らすために、ASCO はマンモグラフィーによるスクリーニングや大腸検査などの診療所/病院への訪問を必要とするがんスクリーニングを当分延期することを推奨します。現時点では、臨床診療チームは、スクリーニング検査などの必須ではない検査を行うことのリスクと利点を慎重に比較検討することを推奨します。

診断と病期分類：

進行中の COVID-19 パンデミックによって診断と病期分類の検査（画像検査、生検など）をどのように変更できますか？

COVID-19 感染が影響する診断や病期分類検査（肺がんの胸部画像検査など）に影響を与え、というエビデンスはありますか？

一般的に、CDC が推奨するように、患者に対するリスクがなく延期できるクリニックの訪問は延期すべきです。これには急速進行のリスクが低い疾患（マンモグラフィーでの疑いの薄い病変など）が疑われる患者も含まれます。

ASCO は COVID-19 感染ががんの診断および病期分類を妨げる、または影響するというエビデンスを認識していません。新たにがんと診断された患者では、病期分類の手順を、初回治療の計画策定に必要な最小限なものにすべきです。エビデンスが利用可能になった場合、この記述は更新されます。

サーベイランス：

進行中のサーベイランス（再発の検出のための画像検査、既存の疾患に対するアクティブなサーベイランスなど）を受けている患者は、そのサーベイランスを遅延/中断させることができますか？

一般的に、CDC が推奨するように、患者へのリスクなしに延期できる診療訪問は延期する必要があります。これには、再発リスクが比較的低いと考えられる患者および追跡期間中に無症候性である患者のルーチンの経過観察が含まれる可能性があります。既存の推奨事項が介入の頻度範囲（3～6 か月ごとなど）を提供している場合には、推奨される最長の頻度期間まで遅らせることが妥当です。