



ONKOLÓGAI SZEKCIÓ IV:

Beteggondozás, radiológiai követés, palliatív onkoterápia, speciális onkoteam-működések, a „gyógyítás ára és következményei”



Dr. Mangel László, PTE KK, Onkoterápiás Intézet és Bajai Szent Rókus Kórház
A Magyar Kórházszövetség XXXVIII. Kongresszusa , Siófok, 2026 szeptember 16.

Amiről beszélni szeretnék

- A daganatos betegút
- Az előrehaladott/áttétes/kiújult betegség **palliatív onkológiai** kezelése
- A gyógyult (tartósan stabil) betegek **gondozása**
- Az időfaktor szerepe
- Speciális onkoteam működések
- **Palliatív medicina** ellátás onkológiai szemszögből



Korai betegség primer
KURATÍV ellátása (a
betegek kb.75-80%-a itt
kezdí az ellátást)

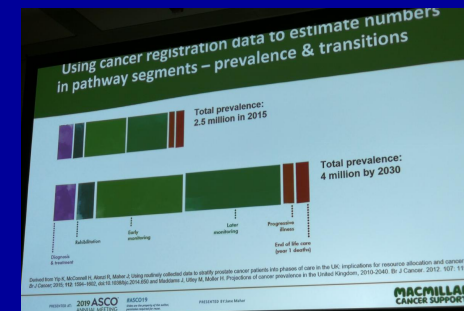
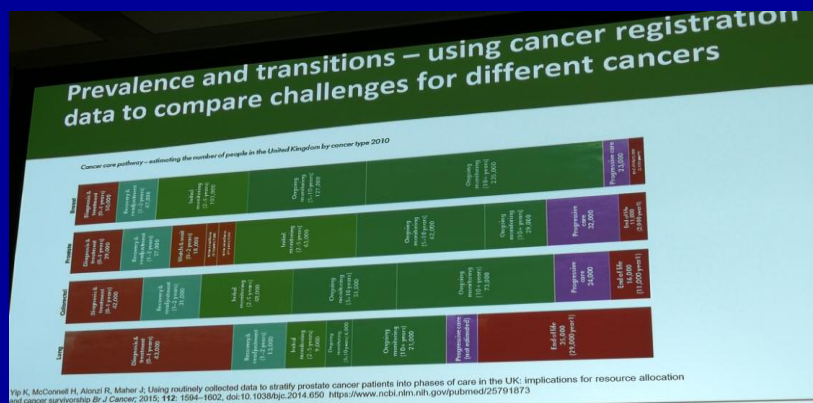
- Multidiszciplinaritás
abszolút szerepe,
többszakmás
döntések és
konzultációk

Előrehaladott/áttétes kórkép
PALLIATÍV ONKOLÓGIAI
ellátása (primeren 15-20%,
majd a betegek közel 50%-a)

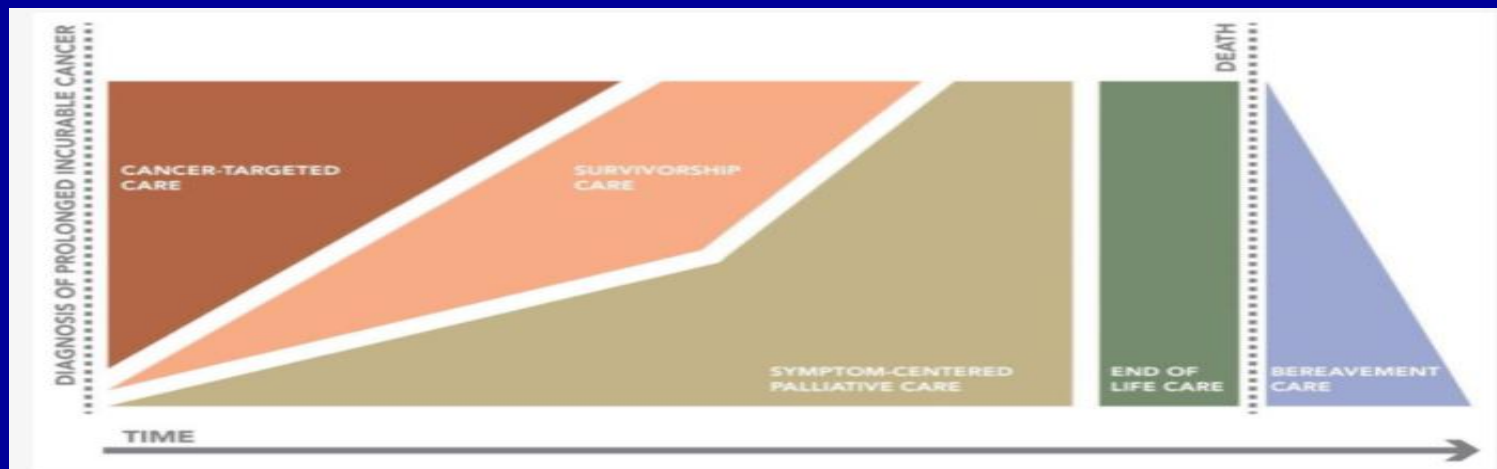
- A többszakmás
igény, konzultációk
növekvő szerepe,
fontossága

A már nem kezelhető betegség
PALLIATÍV MEDICINA,
tüneti ellátása (primeren a
betegek kb. 5%-a, majd
legalább 50%-a)

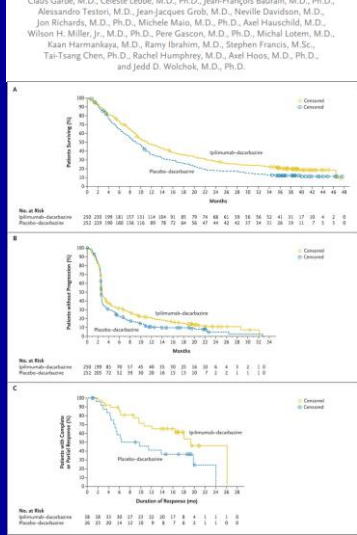
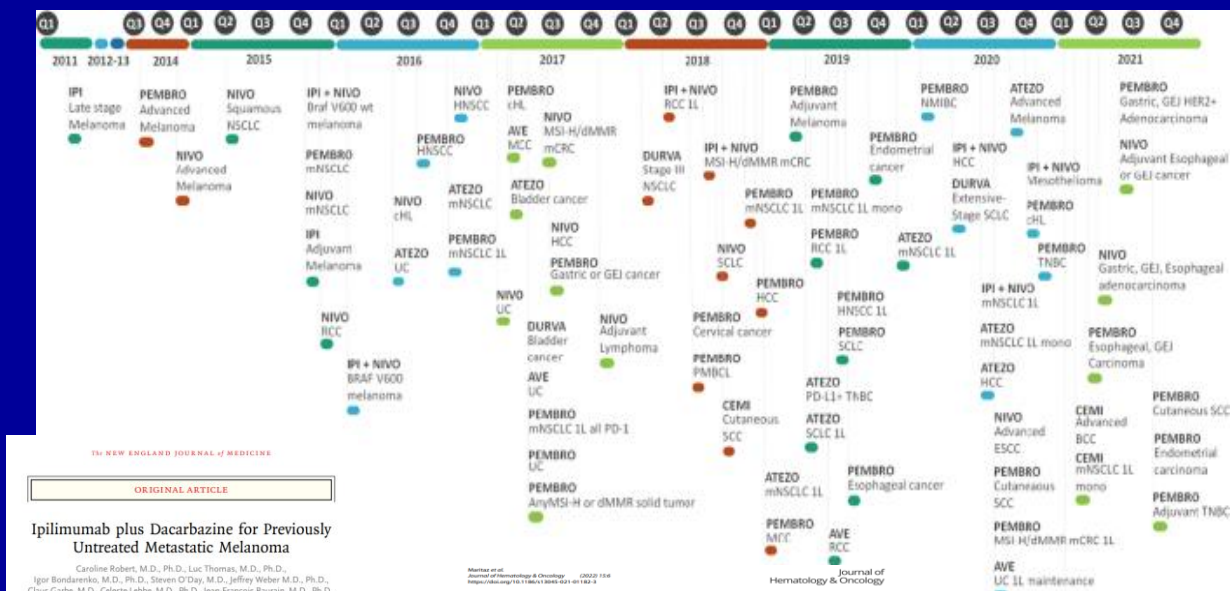
- Betegigény szerinti
és tünetorientált
ellátás, minimális
konzultációs
szükséglet



- A daganatos betegségek **ellátása: többlépcsős** rendszer (diagnosztika, elsődleges terápia, gondozás-rehabilitáció, kiújulás-előrehaladott betegség kezelése, életvégi ellátás),
 - Ua. a betegség lezajlása: **egyfajta „kódolt” biológiai folyamat**, amibe próbálunk beleavatkozni, amit próbálunk „lassítani”, módosítani, remény szerint gyógyítani
 - **A cél: a teljes gyógyítás-gyógyulás vs. krónikus betegségállapot minél hosszabb elérése**
 - A sikeres gyógyítás birtokában **egyre több beteg kerül gondozási, megfigyelési** szakaszba
- Betegeink egy jelentős része azonban sajnálatos módon a már nem kezelhető és tünetes állapotba kerül (akár a kísérőbetegségek súlyosbító hatása miatt is)



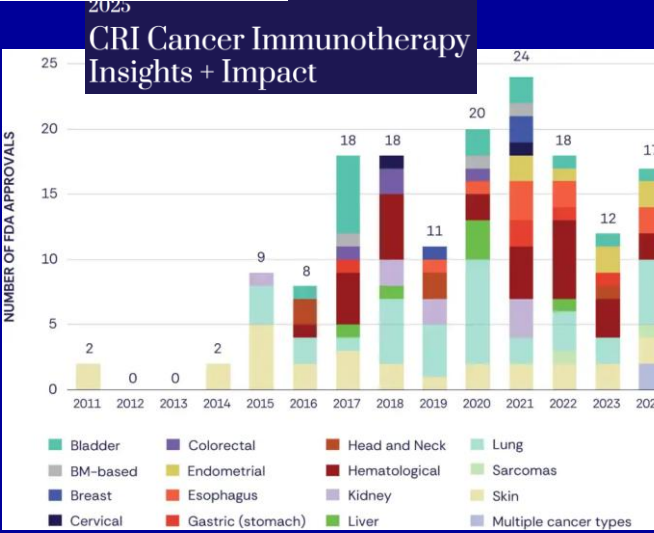
AZ ONKOTERÁPIA FEJLŐDÉSE TÖRETLEN: Az immunterápia a klinikai gyakorlatban, a 15 évvel ezelőtti kezdetektől napjainkig



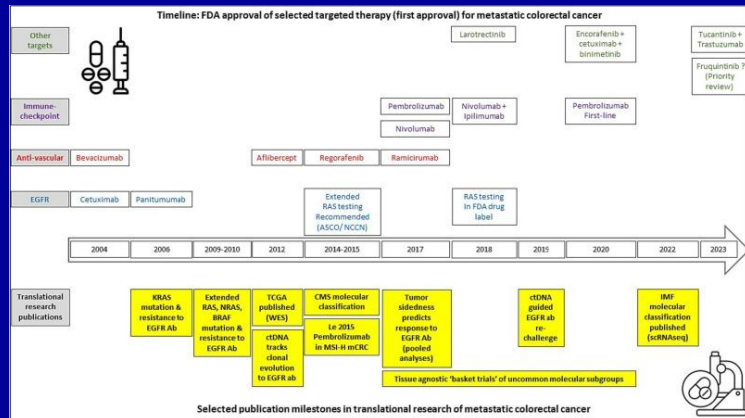
REVIEW **Open Access**

Immune checkpoint-targeted antibodies: a room for dose and schedule optimization?

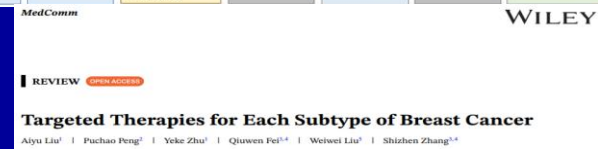
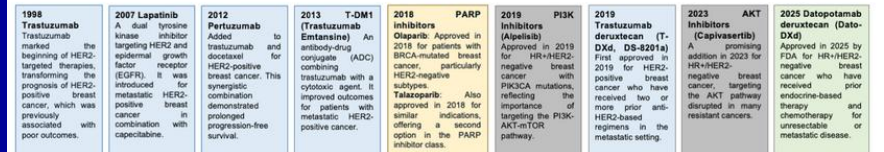
Christophe Maritz, Sophie Broustin, Nathalie Chapuis, Aurelien Marabelle, and Angelo Paoletti



Az elmúlt években a célzott terápiák és ADC molekulák drámai mértékű megjelenése különböző indikációkban és a rutin klinikai gyakorlatban

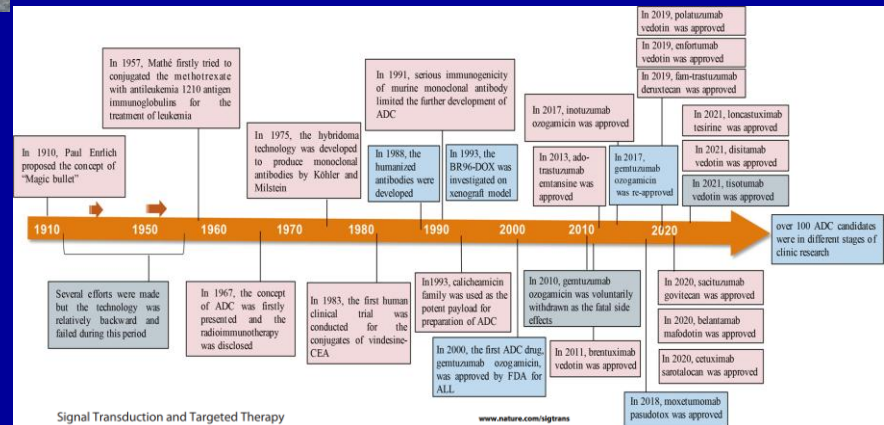


Clinical Development Timeline: Approval Journey of Key Targeted Therapies for Breast Cancer



Review
NSCLC as the Paradigm of Precision Medicine at Its Finest: The Rise of New Druggable Molecular Targets for Advanced Disease

Anna Micheloni^{1,2,3}, Marco de Scordilli^{1,2,3}, Elisa Bertoli^{1,2}, Elisa De Carlo¹, Alessandro Del Conte¹ and Alessandro Berra^{1,4}



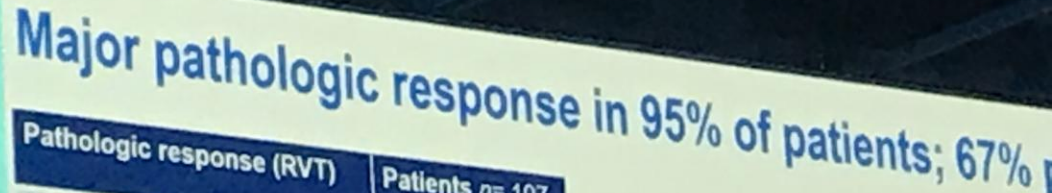
REVIEW ARTICLE **OPEN**

Antibody drug conjugate: the "biological missile" for targeted cancer therapy

Zhiwen Fu^{1,2}, Shijun Liu^{1,2}, Sifei Han^{1,4}, Chen Shi^{1,2,3} and Yu Zhang^{1,2,3}

www.nature.com/signtrans

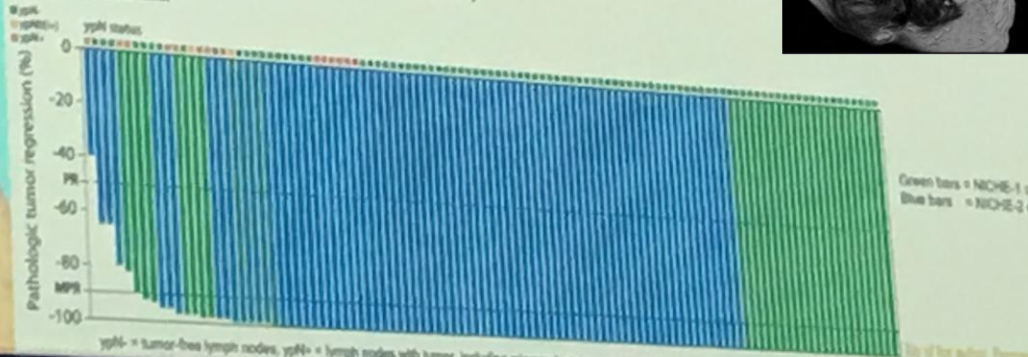
ESMO 2022: ahol a hallgatók spontán tapsviharban törtek ki



Pathologic response (RVT)		Patients n= 107
Yes	(≤ 50%)	106 (99%)
Major	(≤10%)	102 (95%)
Complete	(0%)	72 (67%)
Partial	(10% - 50%)	4 (4%)
No	(≥50%)	1 (1%)

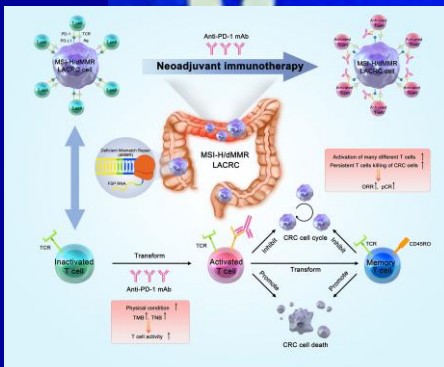
RVT = residual viable tumor

R/V/T = residual viable tumor



Green bars = NICHIE-1 and
Blue bars = NICHIE-2

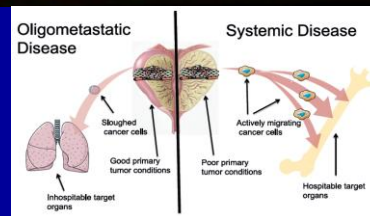
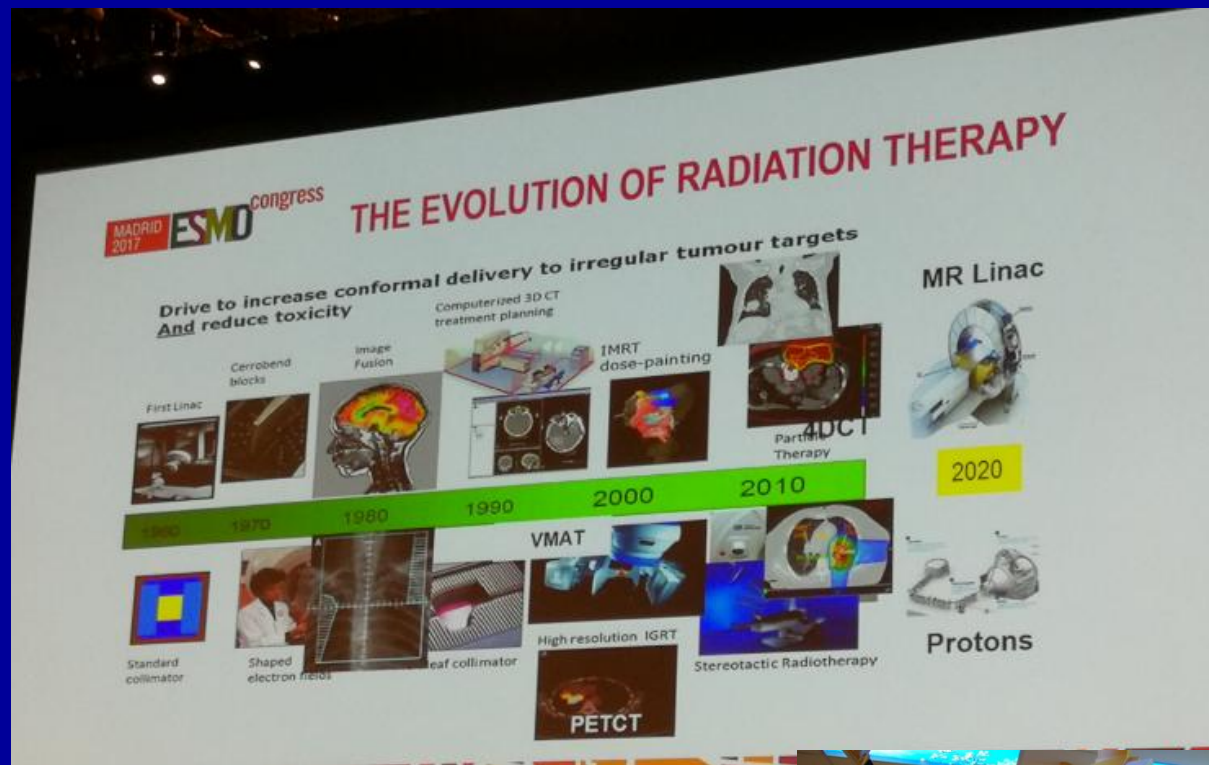
11. *Key of the author: Pomeroy*



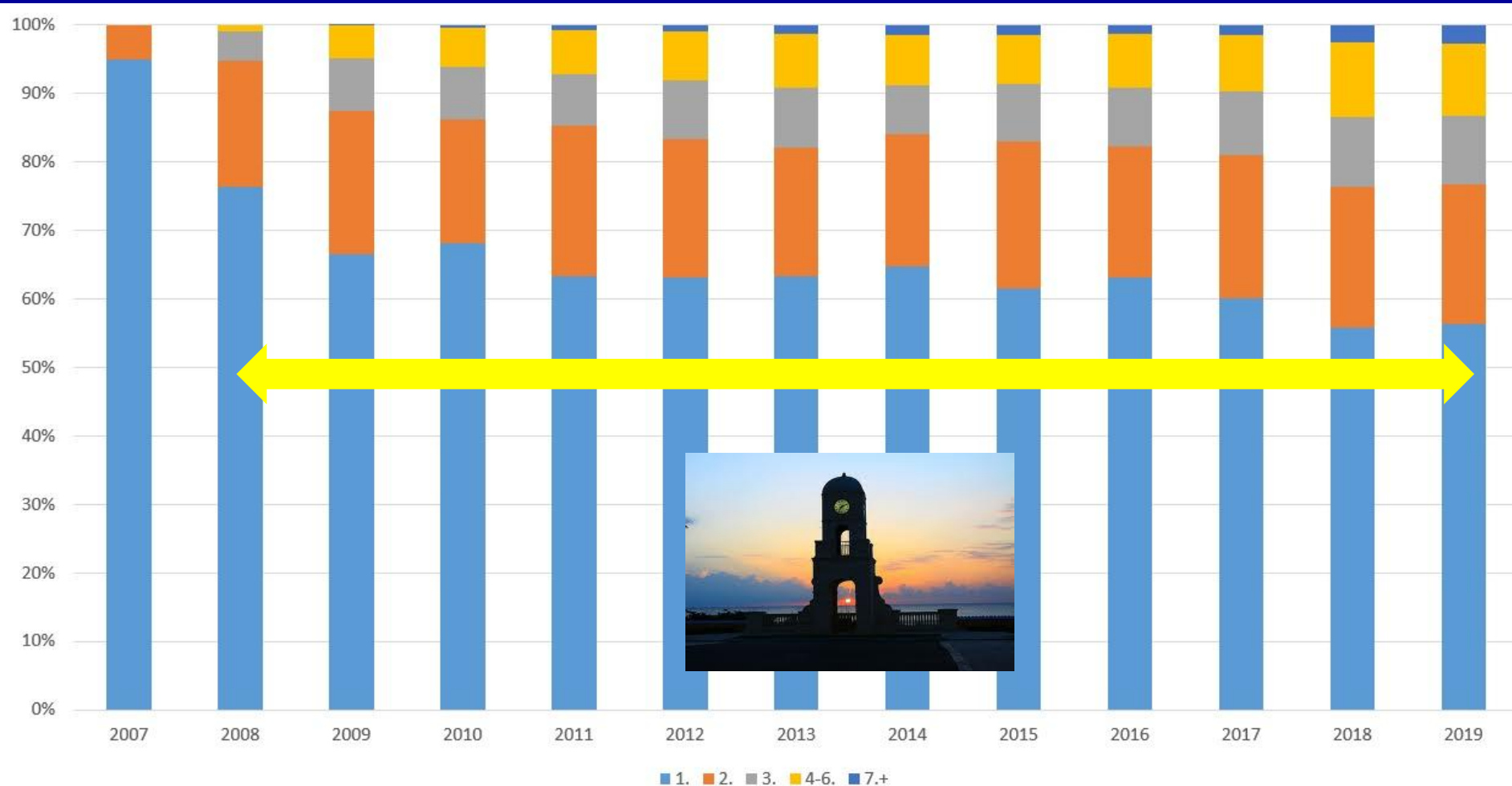
Zhang, 2022, *Frontiers Oncology*

Niche-2 vizsgálat: lokálisan előrehaladott dMMR (MSI-H, familiáris) CRC betegek.....(epi)genetika?

A sugárterápiás technológia is drámaian fejlődött az elmúlt 2 évtizedben és megváltozott a szemlélet is (ld. oligometasztatikus teória és gyógyítás)



Egy-egy betegnél az onkoteam döntések számának változása az évek során a PTE KK Onkoterápiás Intézetben



Ez indirekt módon azt jelenti, hogy egyre több beteget kezelünk több vonalban, többféle kezeléssel és egyre hatékonyabban, azaz jelentősen kibővültek a mindennapos terápiás lehetőségek is

A hosszútávon túlélő áttétes betegek száma egyértelműen növekszik

communications medicine

ARTICLE

<https://doi.org/10.1038/s43856-023-00304-x>

OPEN

Future trends in incidence and long-term survival of metastatic cancer in the United States

Nicholas L. Hudock^{1,2}, Kyle Mani³, Chachrit Khunsriraksakul^{1,2,4}, Vonn Walter⁵, Larissa Nekhlyudov⁶, Ming Wang⁷, Eric J. Lehrer⁸, Maria R. Hudock^{9,10}, Dajiang J. Liu^{4,5}, Daniel E. Spratt¹¹ & Nicholas G. Zaorsky^{11✉}

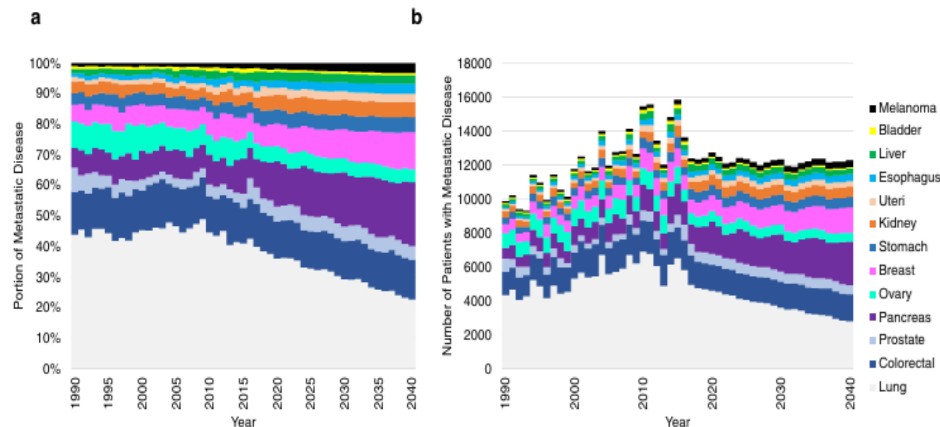


Fig. 1 Population of patients living with metastatic cancer. **a** The y-axis depicts the relative contribution of each metastatic cancer subtype to the total pool of metastatic disease. The x-axis represents the year of diagnosis. Each color depicts a disease primary site and indicates the portion of metastatic cancer made up by a given disease. **b** The y-axis represents the number of unique cases of metastatic cancer at diagnosis. The x-axis depicts the year of diagnosis. The colors depict the disease primary sites and total number of metastatic patients.

OUTCOMES IN CANCER CARE

Trends in Long-Term Survival Among Patients With De Novo Metastatic Cancer

A 40-year SEER analysis: 1976 vs. 2015

Saad Badat, BA^{1,2}; Braden Lau, BS¹; Fang Wang, MS³; Ming Wang, PhD³; Daniel M. Trifiletti, MD⁴; Luke Rothermel, MD⁵; Richard Hoehn, MD⁶; Melina Hsu, MD⁶; Daniel E. Spratt, MD¹; and Nicholas G. Zaorsky, MD, MS¹

JCO Oncology Practice · 2026



View Online
Article

Metastatic Cancer Survival Has Doubled... So Why Are Most Still Dying?



Nicholas Zaorsky
3,24 E feliratkozó

Csatlakozás

Feliratkozás

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

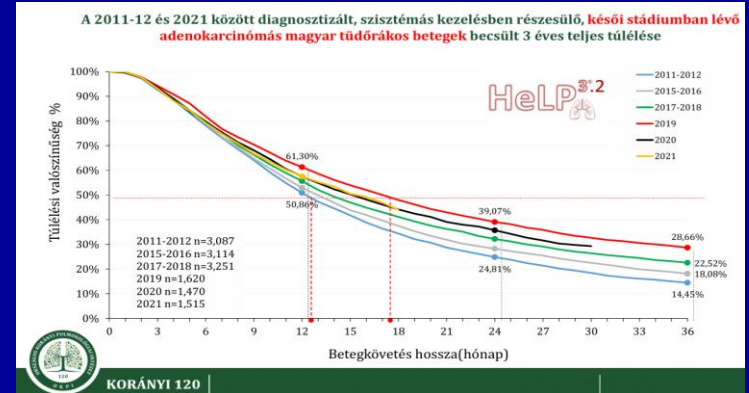
10

10

10

10

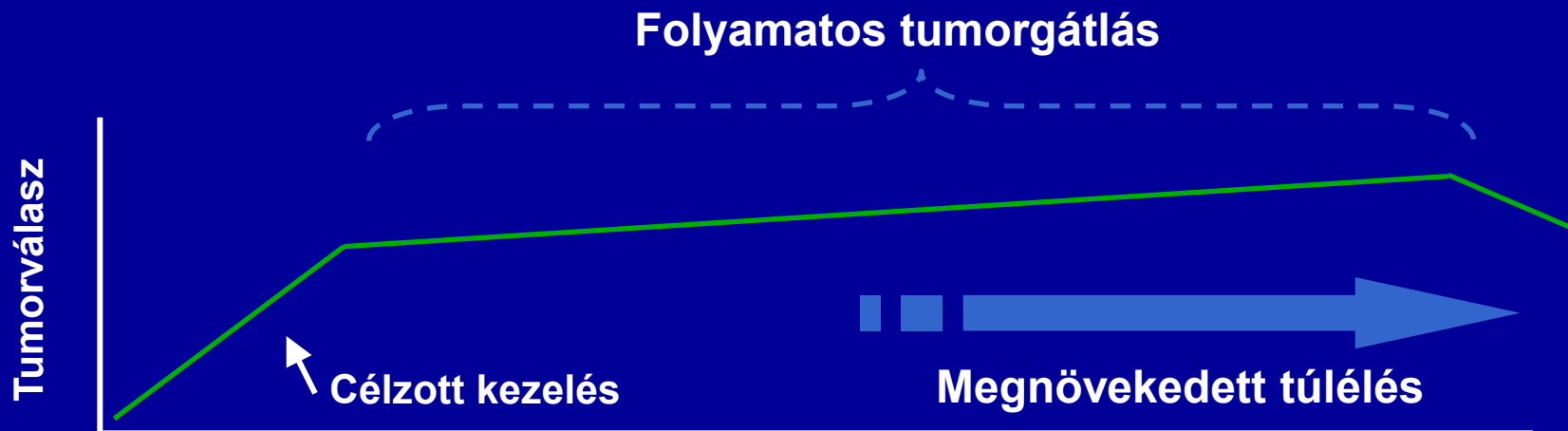
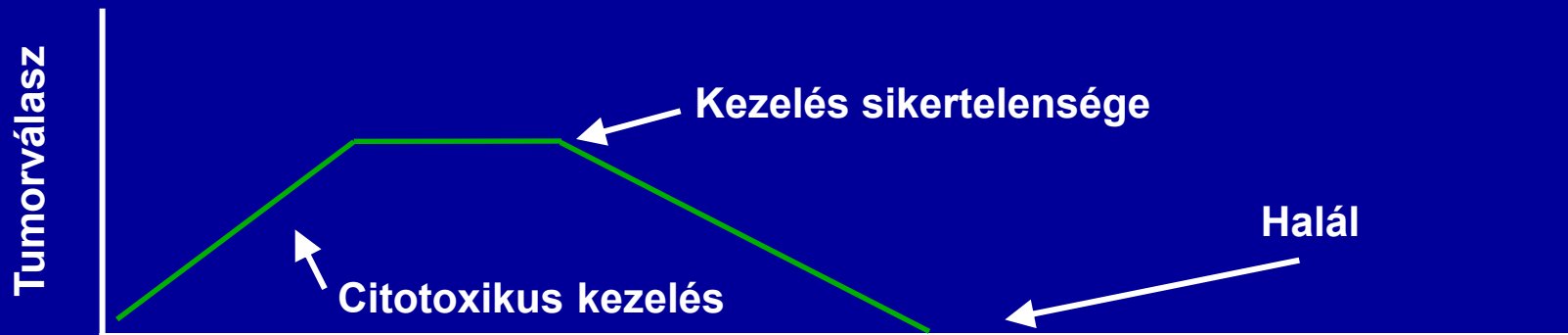
10



Dr. Bogos Krisztina előadásából, PION 2023

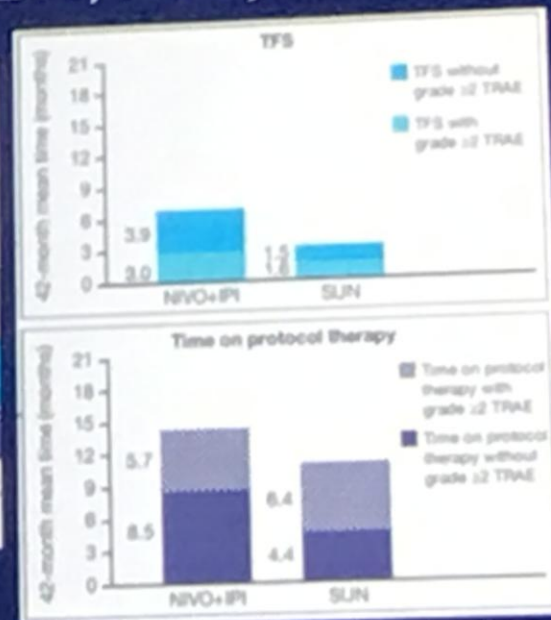
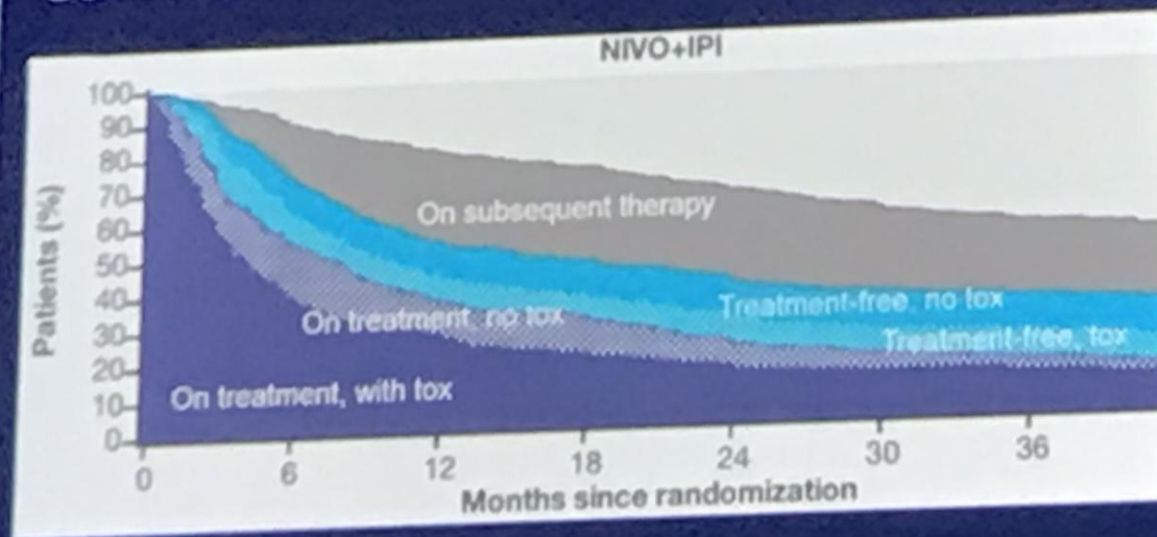
A következmény:
növekvő egészségügyi
ellátási teher

Modern (palliatív) onkoterápia: rapid lefolyású betegségből krónikus betegség?



Krónikus betegséggé alakítás (de egyúttal egyre több kontroll, konzultáció, szakorvosi együttműködés, képalkotás stb.)

Novel endpoints on clinical trials: treatment-free survival with/without toxicity (CheckMate 214, RCC)



Regan M, Clin Cancer Res. 2021;27(24):6687-6695

2022 ASCO
ANNUAL MEETING

#ASCO22

PRESENTED BY:
Martin H. Voss, MD

Content of this presentation is the property of the
author, licensed by ASCO. Permission required for reuse.

ASCO[®] AMERICAN SOCIETY OF
CLINICAL ONCOLOGY
KNOWLEDGE CONQUERS CANCER

Felfüggeszhető-e az immunellenőrzőpont-
gátlók adása két év alkalmazást követően?
Érvek, gondolatok egy hazai irányelv
kialakításához

MANGEL LÁSZLÓ¹, BALATONI TÍMEA², BODGOS KRISZTINA³, GYULAI ROLLAND⁴, MARÁZ ANIKÓ⁵, RUBÓVSZKY GÁBOR⁶,
DSTOROS GYULA⁷, TAMÁSI LILLA⁸, POLGÁR CSABA⁹

Magyar
Onkológia

Hungarian
Oncology

Kétféle cél lehet: „minél több” vonalbeli onkológiai kezelés, „élethévi kemoterápia” vagy (korai) palliatív ellátás megindítása

Saito et al. BMC Palliative Care 2011, 10:14
http://www.biomedcentral.com/1472-684X/10/14



RESEARCH ARTICLE

Open Access

The effect on survival of continuing chemotherapy to near death

Akiko M Saito¹, Mary Beth Landrum², Bridget A Neville³, John Z Ayanian^{2,4} and Craig C Earle^{2*}

Abstract

Background: Overuse of anti-cancer therapy is an important quality-of-care issue. An aggressive approach to treatment can have negative effects on quality of life and cost, but its effect on survival is not well-defined.

Methods: Using the Surveillance, Epidemiology, and End Results-Medicare database, we identified 7,879 Medicare-enrolled patients aged 65 or older who died after having survived at least 3 months after diagnosis of advanced non-small cell lung cancer (NSCLC) between 1991 and 1999. We used Cox proportional hazards regression analysis, propensity scores, and instrumental variable analysis (IVA) to compare survival among patients who never received chemotherapy ($n = 4,343$), those who received standard chemotherapy but not within two weeks prior to death ($n = 3,235$), and those who were still receiving chemotherapy within 14 days of death ($n = 299$). Geographic variation in the application of chemotherapy was used as the instrument for IVA.

Results: Receipt of chemotherapy was associated with a 2-month improvement in overall survival. However, based on three different statistical approaches, no additional survival benefit was evident from continuing chemotherapy within 14 days of death. Moreover, patients receiving chemotherapy near the end of life were much less likely to enter hospice (81% versus 51% with no chemotherapy and 52% with standard chemotherapy, $P < 0.001$), or were more likely to be admitted within only 3 days of death.

Conclusions: Continuing chemotherapy for advanced NSCLC until very near death is associated with a decreased likelihood of receiving hospice care but not prolonged survival. Oncologists should strive to discontinue chemotherapy as death approaches and encourage patients to enroll in hospice for better end-of-life palliative care.

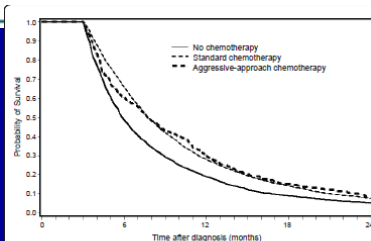


Figure 1 Unadjusted survival among for metastatic non-small cell lung cancer patients by receipt of chemotherapy. Three



ALL PHO PHYSICIAN PATIENT POLICY TECH



Palliative care can lead to higher quality of life and longer survival

by JOHN SCHUMANN, MD on January 25th, 2011 in PATIENT

National Cancer Institute
at the National Institutes of Health

We Can Answer Your Questions
1-800-4-CANCER

NCI Home Cancer Topics Clinical Trials Cancer Statistics Research & Funding News About NCI

Clinical Trial Results

Summaries of Newsworthy Clinical Trial Results
[Back to Main](#)



Posted: 09/23/2010

Page Options

- [Print This Page](#)
- [Email This Document](#)
- [Bookmark & Share](#)

Browse by Cancer Type

- [Breast Cancer](#)
- [Lung Cancer](#)
- [Prostate Cancer](#)
- [More Results](#)

Search Trial Results

Palliative Care Improves Survival, Quality of Life in Advanced Lung Cancer

Adapted from the *NCI Cancer Bulletin*.

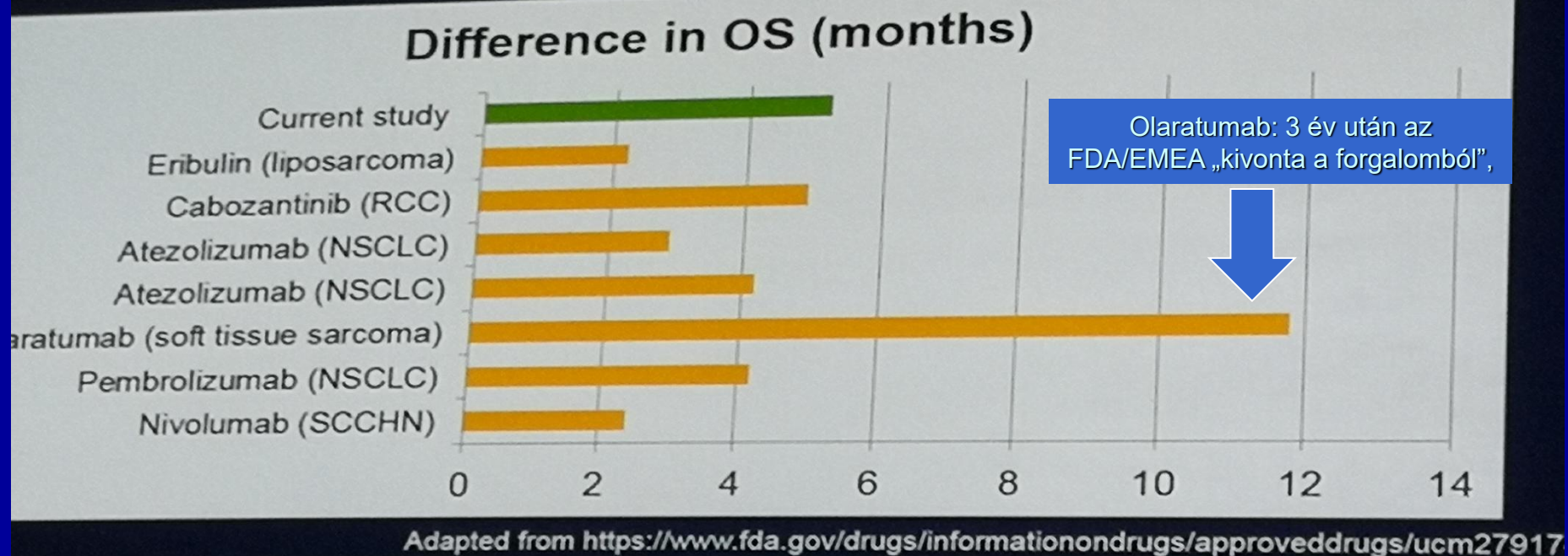
Results from the first randomized clinical trial of its kind have revealed a surprising and welcome benefit of early palliative care for patients with advanced lung cancer—longer median survival. Although several researchers said that the finding needs to be confirmed in other trials of patients with other cancer types, they were cautiously optimistic that the trial results could influence oncologists' perceptions and use of palliative care. The [results](#) were published online August 19, 2010, in the *New England Journal of Medicine*.

Patients in the trial who received palliative care early in the course of their cancer treatments also reported better of quality of life and were less likely to be depressed than those who did not automatically receive such care. But the finding that received the most attention was the improved survival, a noteworthy result for patients with this notoriously difficult-to-treat disease.

Related Pages

- [Search for Clinical Trials](#)
NCI's List of Cancer Clinical Trials.
- [Lung Cancer Home Page](#)
NCI's gateway for information about lung cancer.
- [Coping with Cancer](#)
Managing side effects and complications caused by cancer and its treatment.

2016 FDA Approvals for Metastatic Solid Tumours

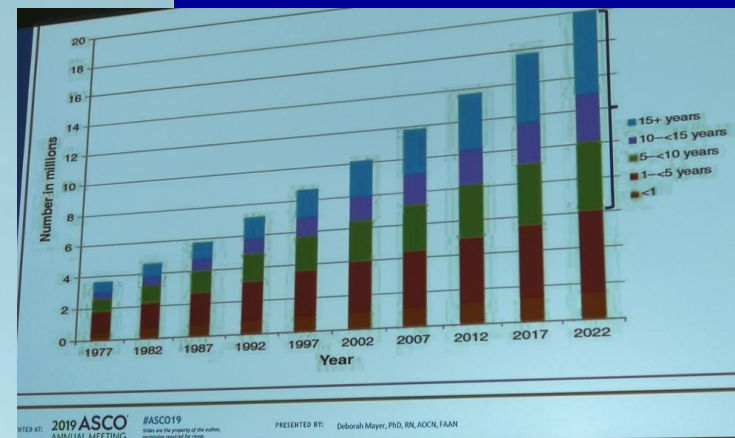
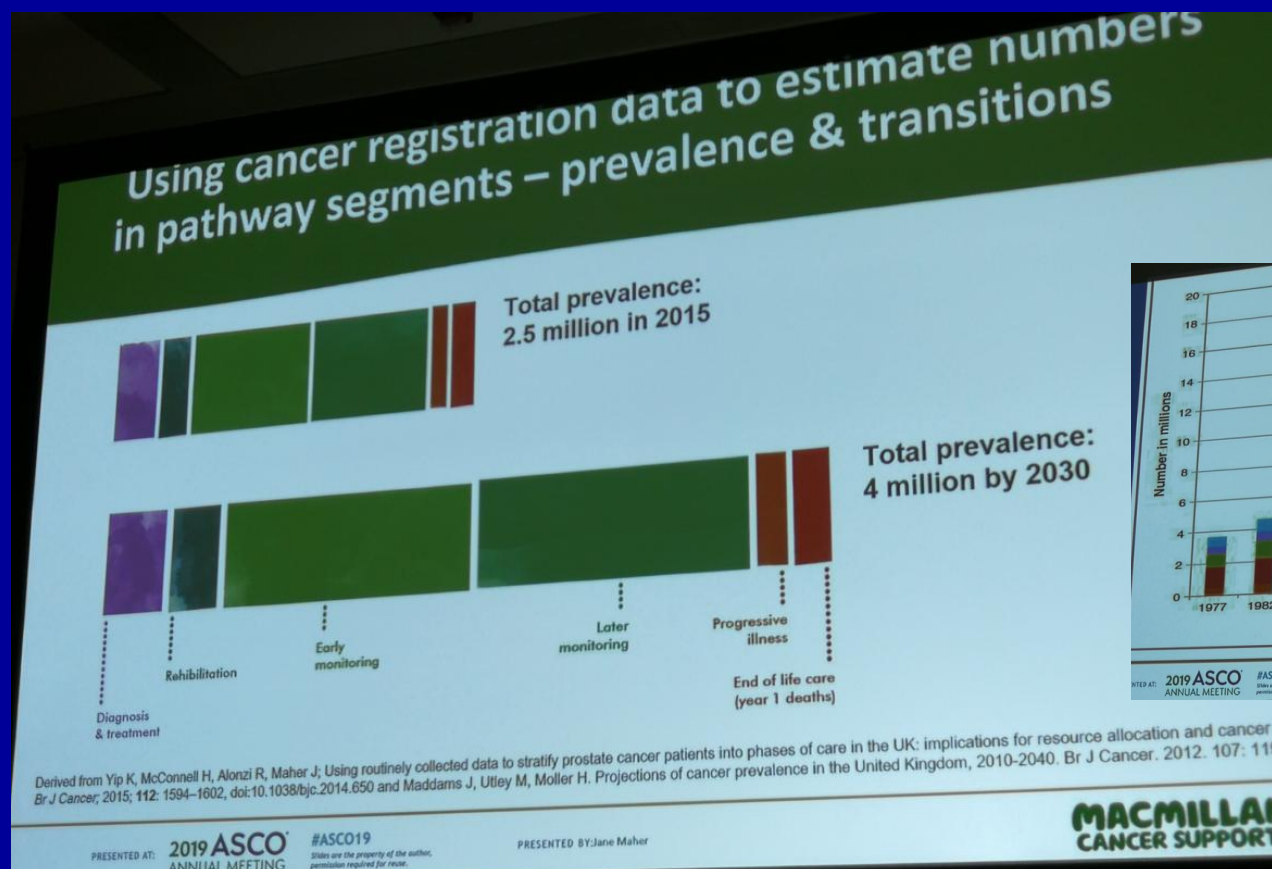
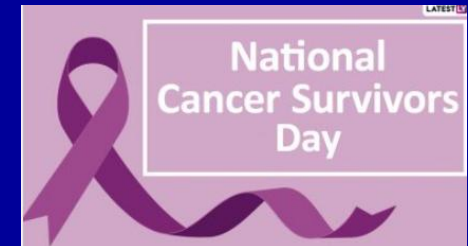


ASCO ANNUAL MEETING '17 | #ASCO17 Presented by: Monika Krzyzanowska

Mennyit ér a megfelelő tüneti ellátás az életvégi időszakban előrehaladott daganatos betegeknél?

Az alapvető dilemmák a gondozással kapcsolatban

- A gyógyult, gondozott onkológiai betegek növekvő száma
- Az egészségügyi ellátó rendszer leterheltsége
- A betegség különböző megélése és az elvárások
- Fontos: a **pozitív „gyógyulás megélés”**



Emlőrák: gondozás, rehabilitáció, pszichoonkológia

Ajánlás a IV. Emlőrák Konszenzus Konferencia alapján

KAHÁN ZSUZSANNA¹, SZÁNTÓ ISTVÁN², DUDÁS RITA¹, KAPITÁNY ZSUZSANNA³, MOLNÁR MÁRIA⁴, KONCZ ZSUZSA⁵, MAILÁTH MÓNIKA⁶

¹Szegedi Tudományegyetem, Onkoterápiás Klinika, Szeged, ²Fejér Megyei Szent György Egyetemi Oktató Kórház, Onkológiai Osztály, Székesfehérvár, ³Semmelweis Egyetem ETK, Fizioterápia Tanszék, Budapest, ⁴Bács-Kiskun Megyei Kórház, Onkoradiológiai Központ, Kecskemét, ⁵Semmelweis Egyetem, Magatartástudományi Intézet, Budapest, ⁶Debreceni Egyetem, Onkológiai Intézet, Debrecen

Levelezési cím:

Prof. Dr. Kahan Zsuzsanna, Szegedi Tudományegyetem, Onkoterápiás Klinika, 6720 Szeged, Korányi fasor 12., tel.: 36-62-546122, e-mail: kahan.zsuzsanna@med.u-szeged.hu

Közlésre érkezett:

2020. szeptember 30.

Elfogadva:

2020. november 30.

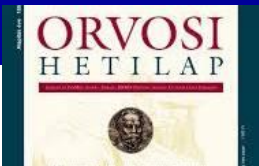


Cochrane Library

Cochrane Database of Systematic Reviews

Follow-up strategies following completion of primary cancer treatment in adult cancer survivors (Review)

Høeg BL, Bidstrup PE, Karlsen RV, Friberg AS, Albieri V, Dalton SO, Saltbæk L, Andersen KK, Horsboel TA, Johansen C



ÖSSZEFOGLALÓ KÖZLEMÉNY

Daganatos betegek evidencia alapú gondozási stratégiáinak irodalmi áttekintése

Karádi Oszkár dr. ■ Mangel László Csaba dr.

Pécsi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Klinikai Központ, Onkoterápiás Intézet, Pécs

A modern kuratív célú kezelések eredményeként a daganatos betegek egyre nagyobb része a primer ellátást követően tartósan tumormentes marad. A kiújulás érintettek többségének életkilátása és életminősége azonban jelentősen romlik a palliatív kezelések ellenére is. A relapsus tünetmentes stádiumban történő, korai észlelése érdekében a betegek előre tervezett gondozási folyamatban vesznek részt, amelynek elsődleges célja a túlélés javítása. Az ellenőrző vizsgálatok optimális és racionális gyakoriságának és eszközeinek evidenciaalapú meghatározására az utóbbi évtizedekben számos vizsgálat és átfogó tanulmány született, amelyekben több szempontból is elemezték az utánkövetési stratégiákat. Az ajánlott gondozási protokollok jelentősen különböznek a daganatok eredete, szövettani jellemzői, stádiuma, prognosztikai faktora, illetve lokális, „oligometasztatikus” vagy szisztémás relapsusra való hajlama alapján. A recidíva észlelésének célján túl előtérbe került az életminőség, a pszichés status, a pszichoszomatikus panaszok monitorozásának, illetve a protokollok költséghatékonyságának jelentősége is. A szakorvosi leterheltség csökkentésére alternatív megoldás lehet a családorvos vagy képzett szakszemélyzet bevonása a rutin onkológiai gondozásba. A COVID-19-pandémia a telemedicinális leletértékelést és gondozási gyakorlatot hozta előtérbe, ami újabb indoka a gondozási algoritmusok újraértékelésének. A közleményben a gondozási stratégiákat összehasonlító tanulmányok eredményeit tekintjük át, az ezek alapján kialakított racionalizált gondozási protokollokat az egészségügyi kapacitások optimális kihasználását segítők, megőrizve a relapsusba kerülő betegek túlélési esélyét.

Orv Hetil. 2022; 163(43): 1704–1712.

Kulcsszavak: gondozás, daganatkiújulás, túlélés



IV. Emlőrák Konszenzus Konferencia

Konklúzió: világszerte (és hazánkban is) a gondozási algoritmusok konzervatívabbá ill. rizikó adaptálttá váltak

ONKOLÓGIAI GONDOZÁSI PROTOKOLL

Kuratív, illetve definitív terápiát követően, daganatmentes betegek onkológiai célú ellenőrzésének eszközei és ütemezése
Pécsi Tudományegyetem, KK, Onkoterápiás Intézet
2021

A javaslatok a 2020-21-ben érvényben lévő nemzetközi és hazai ajánlások alapján készültek az érintett szakmák képviselőinek kiegészítésével. A kezelorvos mérlegelése alapján, egyedi rizikó értékelés figyelembe vételével az ajánlott vizsgálati gyakoriság és intenzitás növelhető. A rendszeres ellenőrzés azon betegnél javasolt elsősorban, akik - **relapszus igazolódása** esetén - további kezelésre alkalmas állapotuk (ECOG 0-2).
TNM szerinti stádium besorolás az UICC 8. kiadása alapján történt.

VASTAGBÉL DAGANAT

1.) A gondozás során alkalmazott eszközök:

- orvosi vizit: anamnézis + fizikális vizsgálat
- labor: CEA
- kiegészítő vizsgálat: hasi UH, mellkas rtg/CT, has-kismencedel CT
- colonoscopia: 1 évvel a műtét után, ha negatív eredményű, akkor újabb kontroll 3, majd 5 év múlva, azt követően az átlag populáció szűrő vizsgálatai szerint 80 éves korig. Ha a kontroll során találunk rizikós adenómákat (=világos szettal szövettan vagy polip, átmérő >1cm vagy high-grade dysplasia), akkor újabb 1-3 év múlva kontroll. Ha a műtét előtt nem volt total colonoscopia – pl. obstrukció miatt – akkor a műtét után 6 hónappal javasolt az első kontroll.

2.) A gondozás ütemezése az elsődleges daganat stádiuma alapján:

A gondozás tervezett ideje 10 év

I. stádium (T1-2, N0, M0):

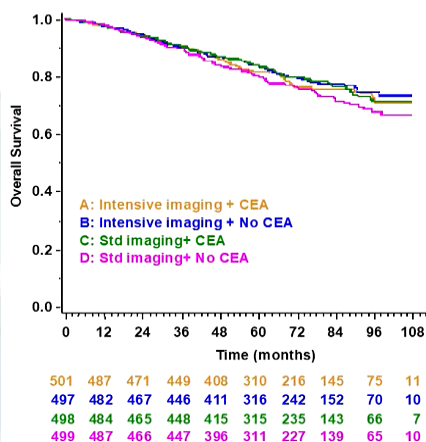
- orvosi vizit: 1-3. évben 6 havonta, majd 4-10. évben évente
- colonoscopia (ls. mint fent)
- stádium rögzítő hasi-kismencedel CT (pre- vagy posztoperatív)

II. stádium (T3-4, N0, M0)

- Fő prognosztikai faktorkok: vizsgálati típus, szám-12, pT4a, tumores perforáció
- Minor prognosztikai faktorkok: high-grade tumor, étvágy, nyirokcsomó invázió, tumor okozta obstrukció, magas preoperatív CEA
- alacsony relapszus rizikó esetén:**
 - orvosi vizit + CEA: 1-3. évben 6 havonta, 4-10. évben évente
 - colonoscopia (ls. mint fent)
 - hasi-kismencedel CT: 1-3. évben évente
- magas relapszus rizikó esetén (III. stádium javaslataival egyező):**
 - orvosi vizit + CEA: 1-3. évben 3-6 havonta, 4-5. évben 6 havonta, 6-10. évben évente
 - mellkas+hasi-kismencedel CT: 1-3. évben 6 havonta, 4-5. évben évente, majd további kiegészítő kontroll nem szükséges, a rizikó faktorok alapján
 - colonoscopia: (ls. mint fent)

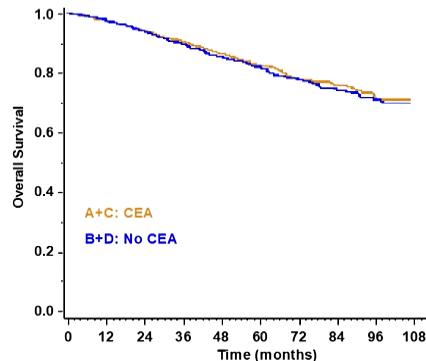
LBA28 PRODIGE 13: Prognostic effect of imaging and CEA follow-up in resected CRC

OS by randomisation arm



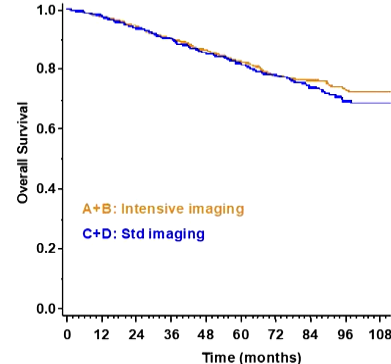
p (Logrank)=0.340

OS : CEA surveillance vs. Not



p (Logrank)=0.540

OS : CT scan surveillance vs. Not



p (Logrank)=0.390



Marco Gerlinger

Gastrointestinal tumours, lower digestive

Azaz: **nincs feltétlenül túlélési hozadéka** a korábban detektált relapszusnak, áttétképződésnek (kivétel: lokoregionális kiújulás, oligometasztázis)
 Akkor vissza kell fogni magunkat...és a betegeket, hozzátartozókat...azaz **ne féljünk (annyira)** és kerüljük a felesleges hospitalizálódást

Az első onkológiai ellátás időfaktorának szerepe a daganatos betegségek túlélési mutatóiban

Irodalmi áttekintés

ORVOSI
HETILAP



Mangel László dr.¹ ■ Tornóczy Tamás dr.²
Zemplényi Antal dr.³ ■ Boncz Imre dr.³

Pécsi Tudományegyetem, Orvostudományi Kar, ¹Klinikai Központ, Onkoterápiás Intézet,
²Klinikai Központ, Patológiai Intézet, ³Klinikai Központ, Pécs

A szerzők célja a felnőttkori szolid tumoroknál a műtétre, illetve definitív onkológiai kezelésre való várakozás szerepének tisztázása volt. Ennek érdekében az orvosi szakirodalom áttekintésével, 67 retrospektív vizsgálat, illetve összefoglaló munka elemzésével felmérték az időfaktor, azaz a diagnózist követő kezelésindítás statisztikailag számszerűsíthető hatását a teljes túlélésre. Az időfaktoroknak biztosan komoly szerepe van a biológiailag agresszívebb betegségeknél, például fiataloknál emlő- és hererákban vagy fej-nyaki tumoroknál, de az első onkológiai ellátás néhány napos és indokolt megkéseése nem negatív hatású a legtöbb szolid daganatos betegségben. A kivizsgálás, illetve a kezelésindítás menetét több orvosi és pszichoszociális tényező alakíthatja, és sokszor éppen a legelőrehaladottabb kórképek ellátása történik meg korábban, inverz túlélési hatást eredményezve. Az onkológiai kezelések eredményességét alapvetően az optimális terápiaválasztás határozza meg, mindazonáltal az időfaktor szerepének megértéséhez feltétlenül további kutatások szükségesek.

Orv Hetil. 2018; 159(14): 535–546.

Kulcsszavak: onkológia, kezelés, időfaktor, túlélés

Konklúzió: orvosi és morális kötelességünk a daganatos betegek időben történő ellátása.... de, mindezt megnehezítheti a korrekt kivizsgálás (extra diagnosztika, molekuláris patológia stb.) végigvitele

Hozzátehető: vélhetően az időfaktornak nagyobb a szerepe a perioperatív ellátásban és a jól gyógyítható, de agresszív típusú betegségeknél (ld. hererák, fiataloknál emlőrák) van, kisebb a jelentősége a gondozás során és a palliatív onkológiai ellátásban

GeroScience (2025) 47:5337–5353
<https://doi.org/10.1007/s11357-025-01648-z>

ORIGINAL ARTICLE

Treatment delay significantly increases mortality in colorectal cancer: a meta-analysis

Zoltan Ungvari · Mónika Fekete · János Tibor Fekete · Andrea Lehoczki · Annamaria Buda · Gyöngyi Munkácsy · Péter Varga · Anna Ungvari · Balázs Györfly



test. A total of 20 relevant studies were included in the meta-analysis. The analyses of all patients demonstrated a progressively increasing risk of 12–39% with longer treatment delays (4 weeks, HR = 1.12; 95% CI, 1.08–1.16; 8 weeks, HR = 1.24; 95% CI, 1.16–1.34; 12 weeks, HR = 1.39; 95% CI, 1.25–1.55). In particular, incrementally higher hazard ratios were observed for all-cause mortality at 4 weeks (HR = 1.14; 95% CI, 1.09–1.18), 8 weeks (HR = 1.29; 95% CI, 1.20–1.39), and 12 weeks (HR = 1.47; 95% CI, 1.31–1.64). In contrast, cancer-specific survival analysis showed a similar trend but did not reach statistical significance

Mortality due to cancer treatment delay: systematic review and meta-analysis

Timothy P Hanna,^{1,2,3} Will D King,³ Stephane Thibodeau,² Matthew Jalink,^{1,2} Gregory A Paulin,² Elizabeth Harvey-Jones,⁴ Dylan E O'Sullivan,³ Christopher M Booth,^{1,2,3,5} Richard Sullivan,⁶ Ajay Aggarwal^{4,6,7}

CONCLUSIONS

Cancer treatment delay is a problem in health systems worldwide. The impact of delay on mortality can now be quantified for prioritisation and modelling. Even a four week delay of cancer treatment is associated with increased mortality across surgical, systemic treatment, and radiotherapy indications for seven cancers. Policies focused on minimising system level delays to cancer treatment initiation could improve population level survival outcomes.

- ONKOTEAM: „többszakmás” orvosi megbeszélés a daganatos betegek optimális kezelésének eldöntésére
- ORVOSI SZEMPONTOK:
 - Legjobb terápiás eredmények: komplex terápia (műtét + sugárterápia + gyógyszeres onkoterápia), de a modalitások sorrendje sem mellékes (ld. neoadjuváns kezelések)
 - Egyre specializáltabb szakmák, más szakterületekhez „egyre kevésbé értünk”
 - Az „egymástól tanulás” lehetősége
 - Ki kell használni az onkoterápia fejlődésének eredményeit



- JOGI SZEMPONTOK:
 - Írásos (aláírt) döntés (és számítógépes archiváció)
 - A beteg ill. hozzátartozó is megjelenhet
 - Kérdéses (ill. reménytelen) esetekben, klinikai vizsgálat során sokorvosos, sokszakmás vélemény
 - Az onkoterápiás protokollok maximális figyelembe vétele

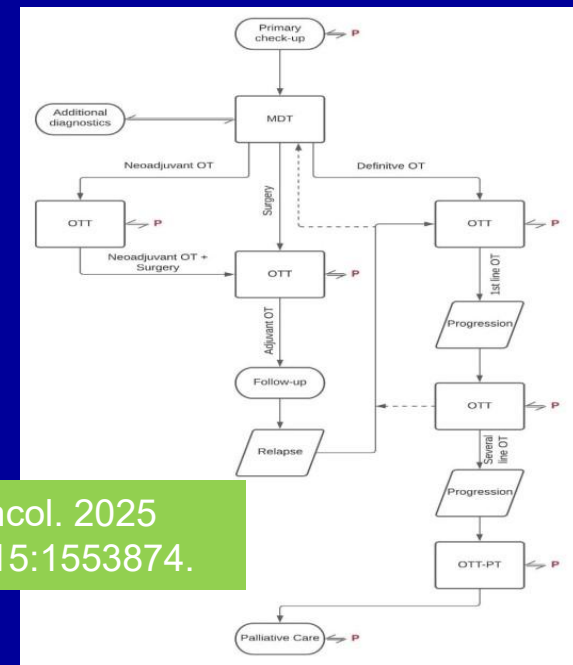
- FINANSZÍROZÁSI SZEMPONTOK
- LELKI SZEMPONTOK:
 - A döntési „felelősség” megosztása

ÚJ TÍPUSÚ ONKOTEAMEK:

- Molekuláris onkoteam (Mo.-n OOI)
- Immuno-onkológiai team
- Onkoterápiás onkoteam
- Palliatív onkoteam



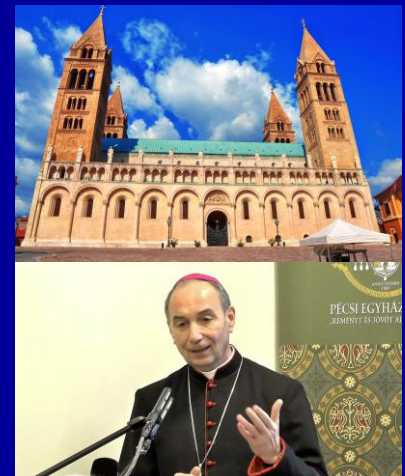
Front Oncol. 2025
Aug 12:15:1553874.

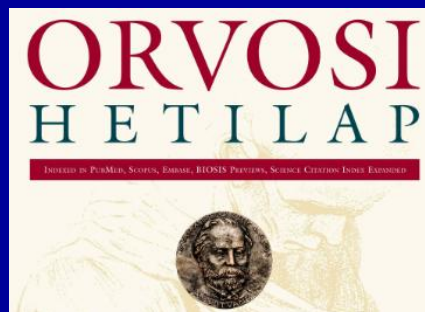


A megoldás: a palliatív medicina integrálása az onkológiai betegek ellátásába (és palliatív onkoteam megalapítása)

- Az előzmények: Pécssett hosszú évek óta jó együttműködés alakult ki a palliatív szakemberekkel, és egyre inkább ki tudtuk használni a **palliatív struktúra** adta lehetőségeket (szakrendelés, mobil-team, palliatív ágyak, otthoni ápolás, hospice elhelyezés stb.).
- Konzultáció történt a **sürgősségi egység** előrehaladott stádiumú daganatos betegekkel kapcsolatos ellátási problematikáról (megterhelő és orvosi szempontból felesleges beutalásokról.....és a palliatív ellátó egységek szükségszerű bevonásáról....
- A megoldás a **palliatív onkoteam megalapítása 2019-ben** a PTE Klinikai Központban az érintett klinikák, intézmények bevonásával
- Cél: egyfajta betegellátási kontinuum biztosítása, szakmai és jogi keretek között, közös felelősség vállalással, közös döntéssel

- **De az onkológus dilemmája: akkor most lemondok a betegemről? Vesztettünk?**
- **A beteg és a család dilemmája: akkor most lemondtak rólam, veszítettünk?**
- **Miként értelmezzük, hogyan kommunikáljuk ezt (nagy számú beteg esetében)?**
- **Az orvos dilemmája: erkölcsi jogom van ehhez a döntéshez?**





Az első tapasztalatok a palliatív onkoteamrendszer működésével kapcsolatban a Pécsi Tudományegyetemen

Mangel László dr.¹ ■ Lukács Miklós² ■ Hajnal András dr.³
Sárkány Henrik¹ ■ Forgács-Menyhért Mónika^{1, 2} ■ Varga Zsuzsanna dr.¹
Herendi Eszter dr.¹ ■ Papp Emőke dr.¹ ■ Jéglné Illés Zsuzsanna¹
Szigeti Nóra dr.⁴ ■ Almási Róbert dr.⁵ ■ Ferencz Sándor dr.⁶
Kanizsai Péter dr.⁷ ■ Sebestyén Andor dr.⁸ ■ Csikós Ágnes dr.²

¹Pécsi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Klinikai Központ, Onkoterápiás Intézet, Pécs

²Pécsi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Klinikai Központ,
Alapellátási Intézet és Palliatív Medicina Tanszék, Pécs

³Pécsi Tudományegyetem, Klinikai Központ, Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika, Pécs

⁴Pécsi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Klinikai Központ, II. Belgyógyászati Klinika, Pécs

⁵Pécsi Tudományegyetem, Klinikai Központ, Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Intézet, Pécs

⁶Pécsi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Klinikai Központ, Sebészeti Klinika, Pécs

⁷Pécsi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Klinikai Központ, Sürgősségi Orvostani Tanszék, Pécs

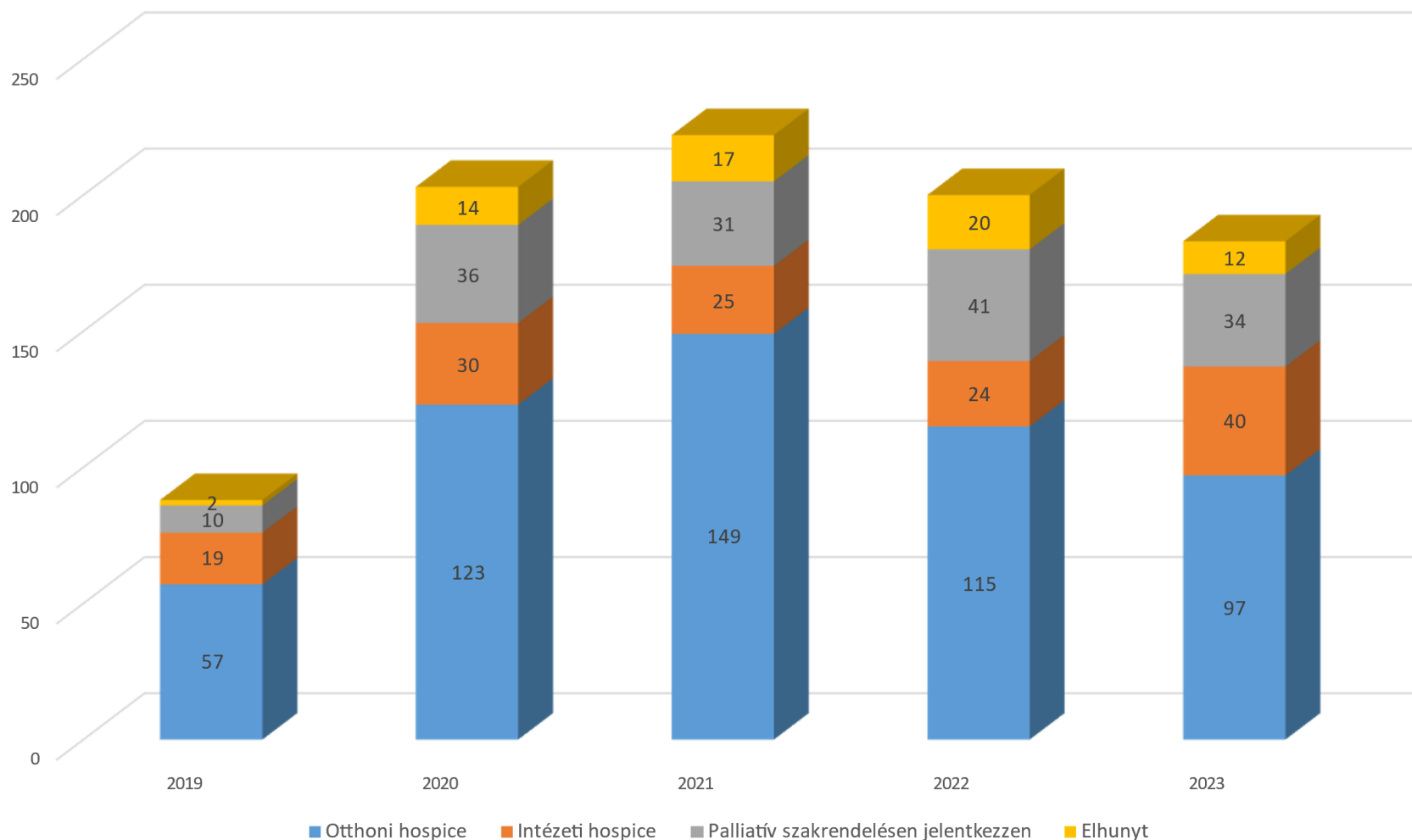
⁸Pécsi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Klinikai Központ, Elnöki Hivatal, Pécs



PTE KK Onkoterápiás Intézet, Pécs, egy korai
őszi szerda késő délután 2022-ben

Kezdetben hatalmas érzelmi viharok
az onkoteam megbeszéléseken, de
végül egy betegcentrikus rendszer
kialakítása, és az onkológus részéről
a felelősség, a teher átadása

Onkoteam utáni esemény



A 4 éves összegzés alapján a betegek döntő többségénél az ambuláns szakellátás illetve az otthoni ellátás volt lehetséges, ua. sajnálatos módon a betegek 5-10%-a már a 2-3 hetente tartott megbeszélések előtt már elhalálozott

Összes betegből SBO-n megjelentek száma

A betegek kb. egynegyedénél (27,1%)
történt SBO megjelenés a palliatív OT
megbeszélést követően



Az onkoteam-en megjelent, és az ezután három hónapon belül SBO-n megjelent betegek száma

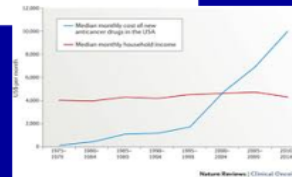
A betegek kb. egyötödénél (19,7%) történt
SBO megjelenés a palliatív OT
megbeszélést követően 3 hónapon belül



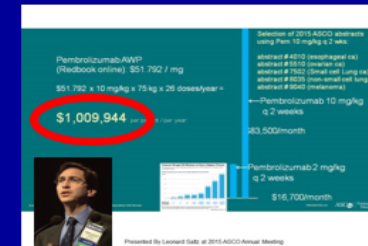


A 7 éves összegzés alapján talán **a legfontosabb üzenet**: a mindenki számára megterhelő sürgősségi megjelenések (és felesleges konzultációk, CT vizsgálatok) száma vélhetően csökkenthetőt, persze a korrekt tájékoztatás, családi felkészítés, és a jól menedzselt otthonápolás magas aránya miatt

Regimen	Cost of Nivolumab	Cost of Ipilimumab	Cost of Regimen
Nivo+ Ipi for 11.5 m	\$144,408	\$151,158	\$295,566
Nivo for 6.9 m	\$103,220	\$0	\$103,220
Ipilimumab for 2.9 m	\$0	\$158,252	\$158,252



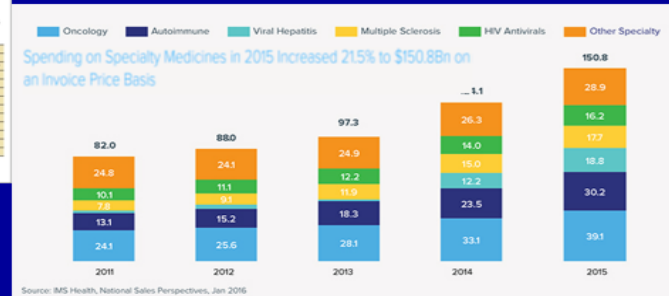
Drug	2011	2012	2013	2014	2015
Adukrilis	56270	Bumilof	116138	Gastropia	58
Caprelix	53894	Envelage	59813	Gilexif	57
Environase	14931	Chelmy	121420	Idemefin	56
Environase	13888	Chelmy	121420	Idemefin	56
Epilim	12887	Apapella	12517	Melastin	51
Kalbit	113488	Proxeta	14891	Panastyl	112
Norveg	17279	Violent	9341	Stomage	54
Zelmac	58110	Klanc	13847	Tafinor	53
Zelmac	58110	Klanc	13847	Tafinor	53
Zelmac	58110	Klanc	13847	Tafinor	53



Drug / Approval Year	Manufacturer	Indication	Route	Price
Herceptin Approved: 1998	Roche	Breast cancer	I.V.	\$70,000 / course
Gleevec Approved: 2001	Novartis	Chronic myeloid leukemia	Oral	\$70,000 / course
Yervoy Bristol-Myers Squibb Approved: 2011		Melanoma	I.V.	\$120,000 / course
Zytiga Approved: 2011	Janssen	Prostate cancer	Oral	\$40,000 / course
Stivarga Approved: 2012	Bayer	Colorectal Cancer	Oral	\$9,500 / month
Kadcyla Approved: 2013	Roche	Breast Cancer	Oral	\$94,000 / course

DRUG	COST
Latuda®	\$395,000/year
Kalydeco®	\$294,000/year
Juraptag®	\$300,000 - \$300,000/year
Lejuno®	\$150,000/year
Lequin®	\$115,000/year
Latag®	\$11,000/month
Genetech®	\$1,900/month
Kaplan®	\$2,150/month
Stavagel®	\$2,150/month
Infy®	\$8,900/month
Bosun®	\$8,200/month
Crivud®	\$7,500/month
Hand®	\$7,450/month

■ Drug for organ disease ■ Cancer treatment.
SOURCE: Companies



De nem csak a gyógyszereknek van ára, egészségügyi költségeket és kórházi szervezettséget igényelhetnek az extra orvos-beteg kapcsolatok, szakorvosi konzultációk, CT követés, sürgősségi megjelenések stb., ...amelyek óhatatlanul együtt járnak a gyógyítás eredményeinek a javulásával, elhúzódó gondozással és több vonalbeli kezelésekkkel



Köszönöm a figyelmüket és kollegáimnak a közreműködést

