

Geriatrisk vurdering av eldre med kreft

Nina Ommundsen
Seksjonsoverlege phd
Geriatrisk avd OUS

Sometimes you need to
look at things from a
different perspective.



Plan

- Aldring og kreft
- Skrøpelighet/Frailty
- Geriatrisk vurdering (GA) hos eldre kreftpasienter

Plan

- Aldring og kreft
- Skrøpelighet/Frailty
- Geriatrisk vurdering av eldre kreftpasienter

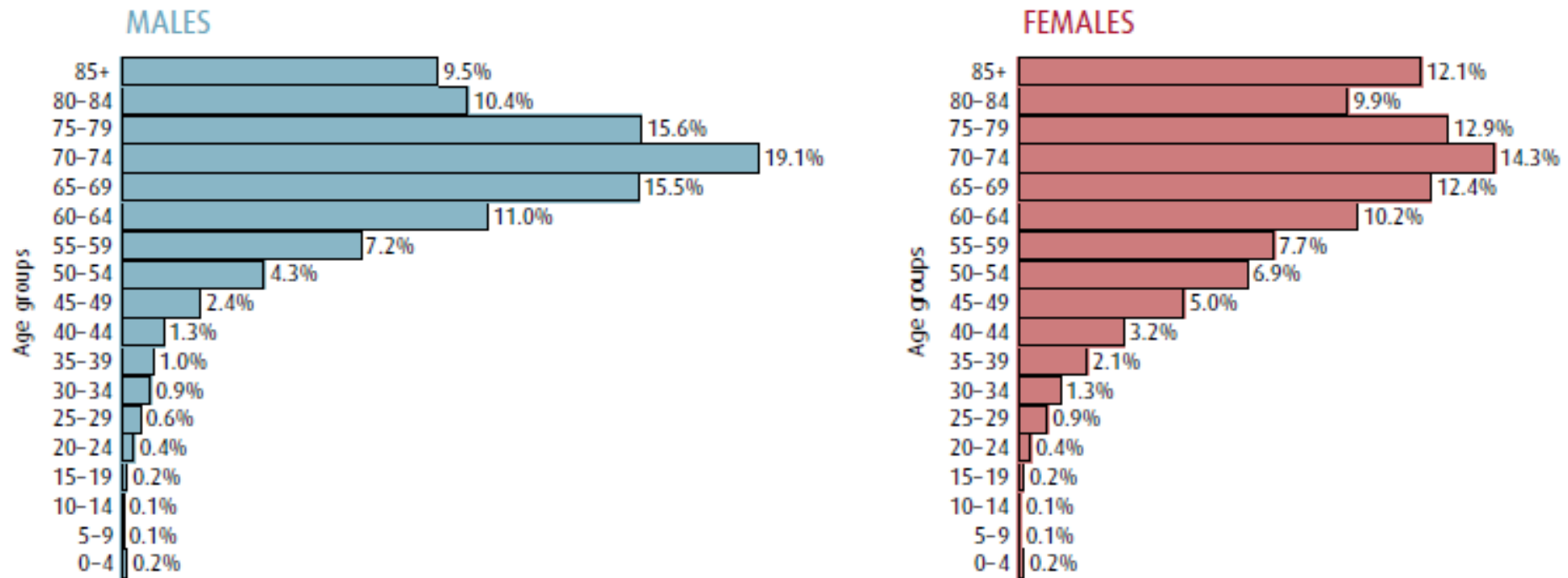
Når blir du gammel?



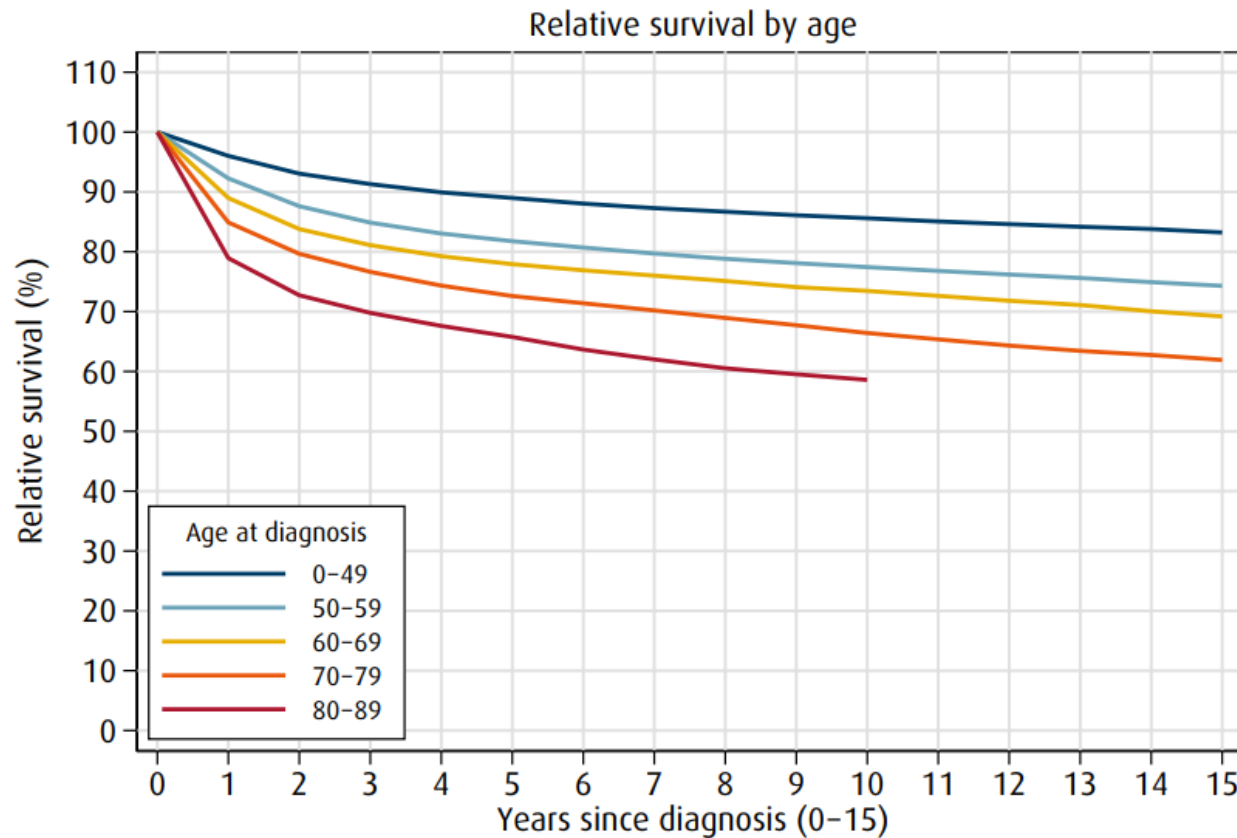
- Verdens helseorganisasjon:
>60 år
- De fleste forskere:
>70 år=gammel
- Geriatre:
Biologisk alder vs
Kronologisk alder
- Eldre mennesker selv:
Subjektiv alder 8-10 år yngre enn kronologisk alder

Aldring er den viktigste risikofaktor for kreft

Figure 5.1: Percentage distribution of cancer incidence by age, 2017–2021



Overlevelse faller med økende alder



Estimates are plotted if 20 or more patients are alive at start of the follow-up year

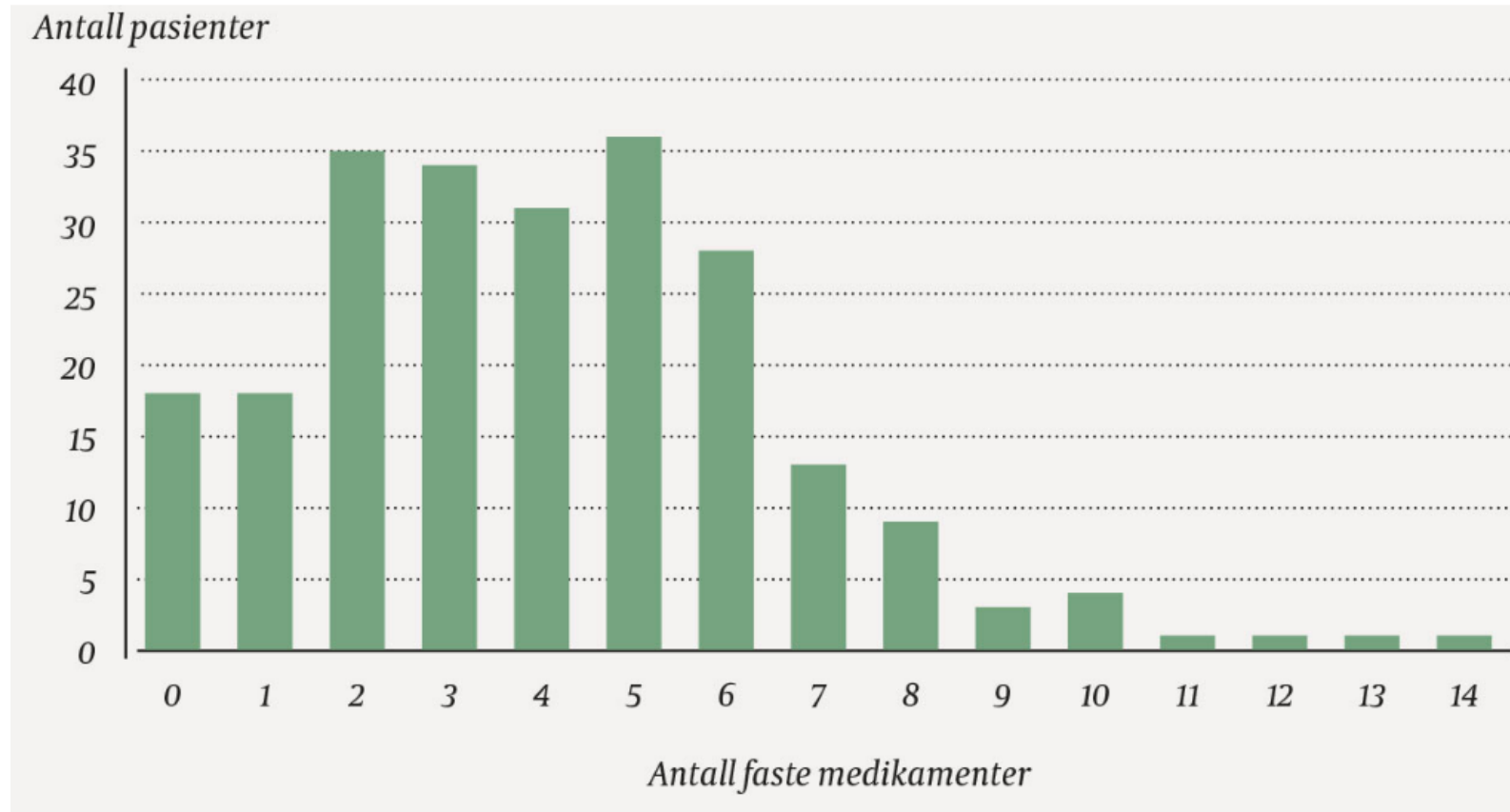
Kreft hos gamle; hvorfor er det vanskelig?

1. Har ofte andre helseproblemer

178 pasienter alder 70+ operert for colorectalkreft:

Alvorlig komorbiditet:	41 pasienter (23%)
Hjelpetrengende i ADL:	28 pasienter (16%)
Depresjon:	18 pasienter (10%)
Ernæringssvikt:	16 pasienter (9%)
Kognitiv svikt:	12 pasienter (7%)

...og polyfarmasi



235 kreftpasienter >70 år,
onkologisk poliklinikk Drammen
sykehus

2. Eldre er en heterogen gruppe

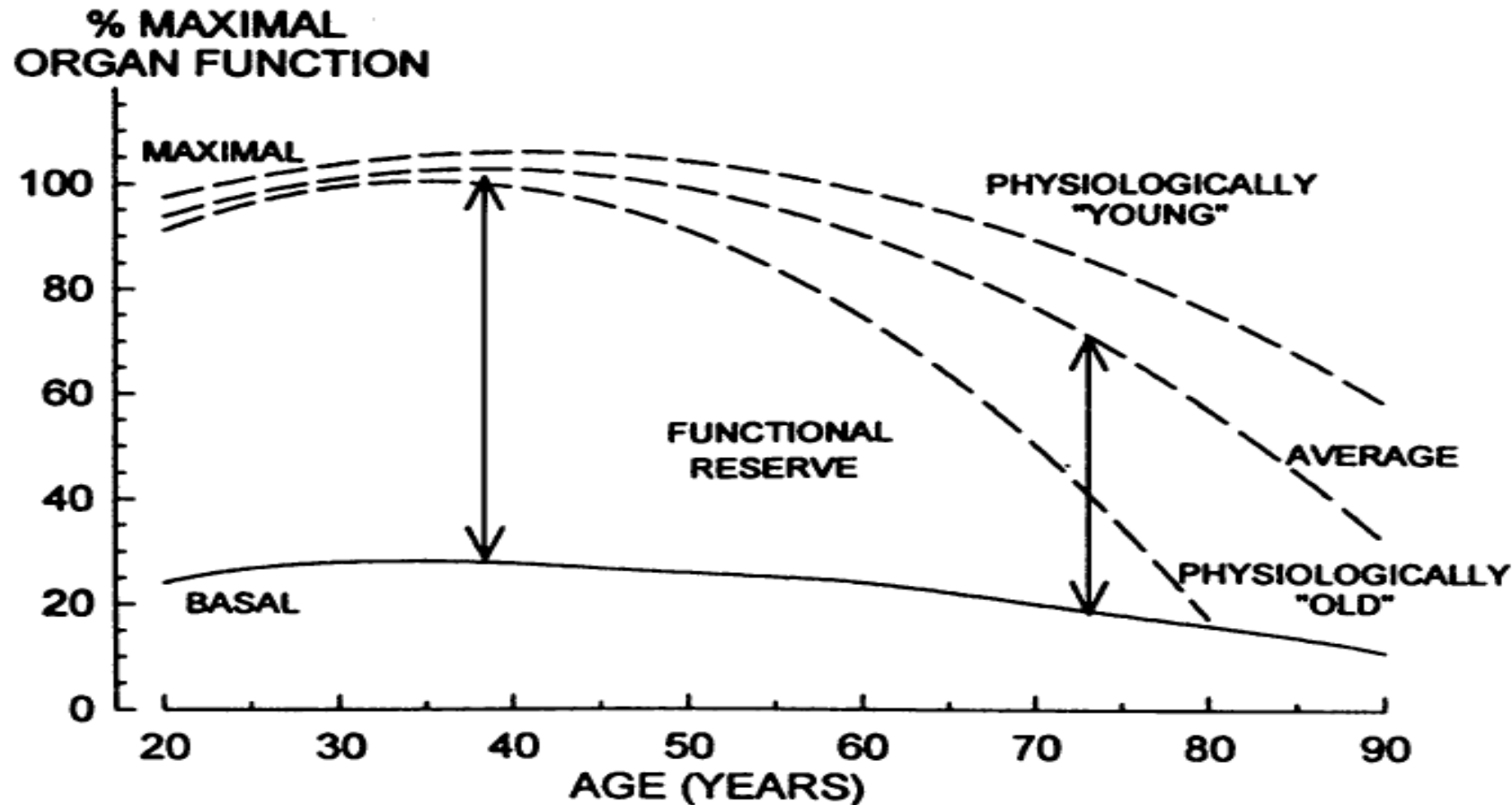
Kronologisk alder



Biologisk alder



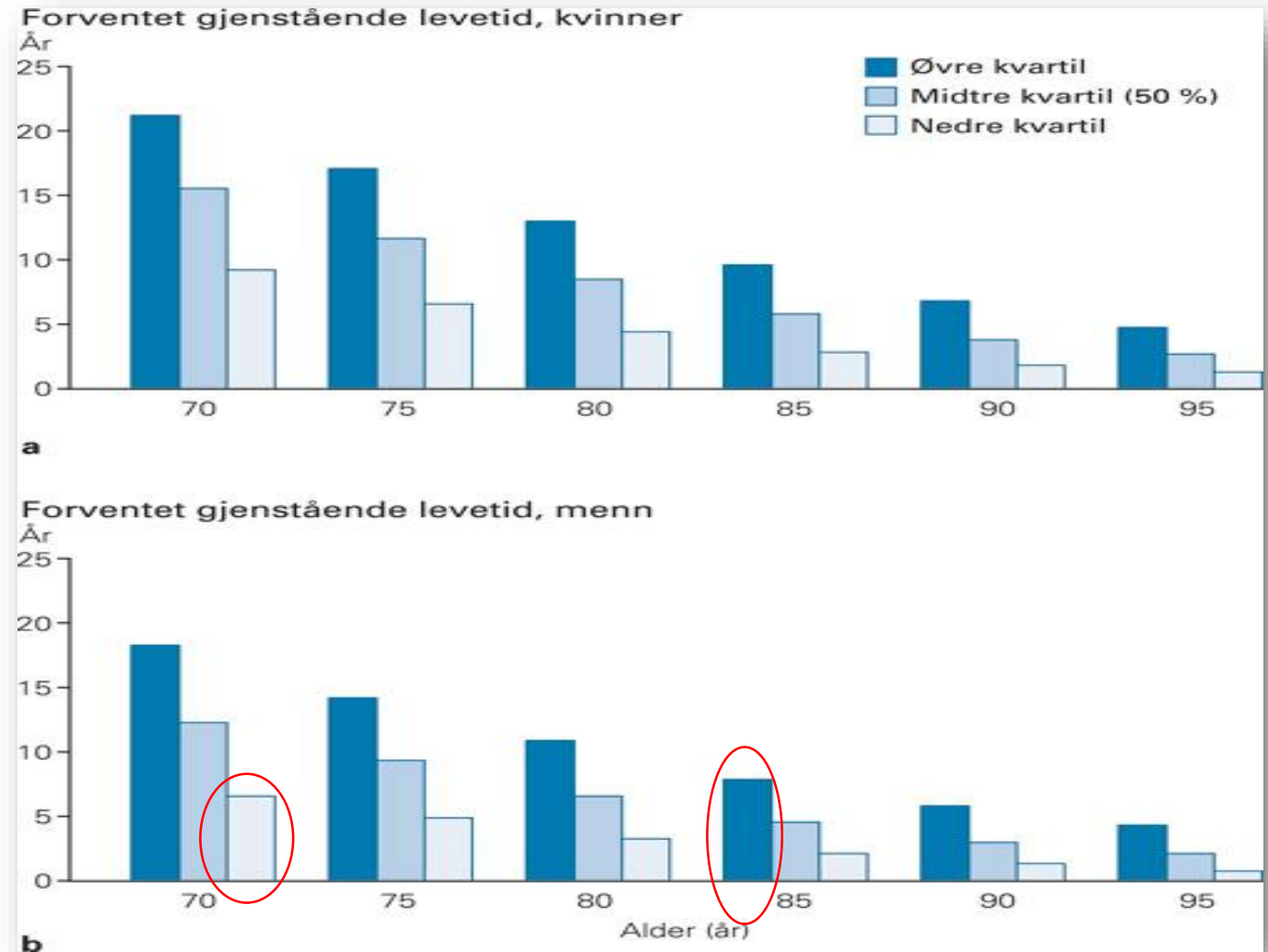
Aldring: Nedgang i fysiologisk kapasitet



1. Økende spredning i funksjon med økende alder
2. Selv de eldste har normalt fungerende organfunksjon i basalsituasjon
3. Mindre reserverer å mobilisere ved stress ved økende alder og ved økende frailty

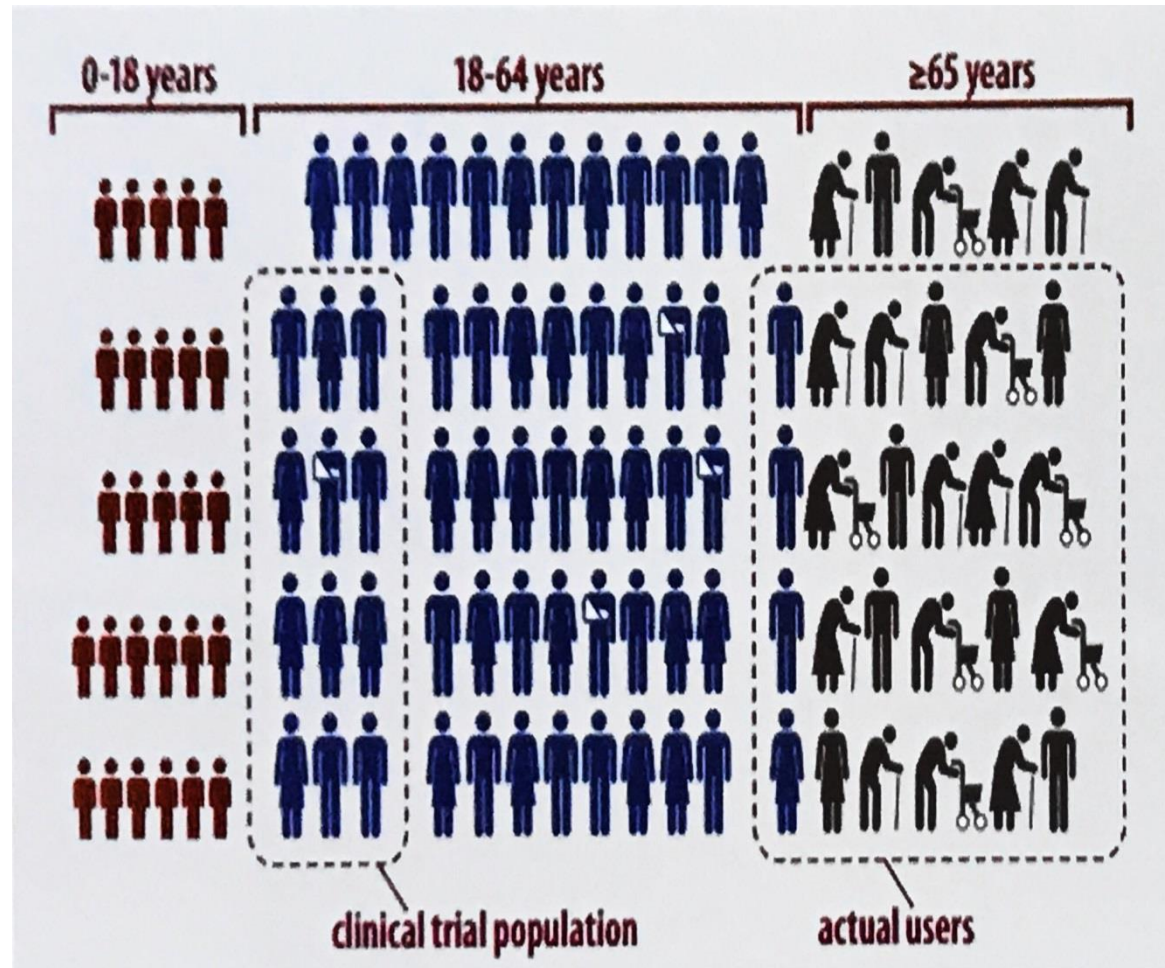
Forventet gjenstående levetid

Komorbidity og funksjonsnivå
viktigere enn kronologisk alder



Kreft hos gamle; hvorfor er det vanskelig?

3. Lite evidens



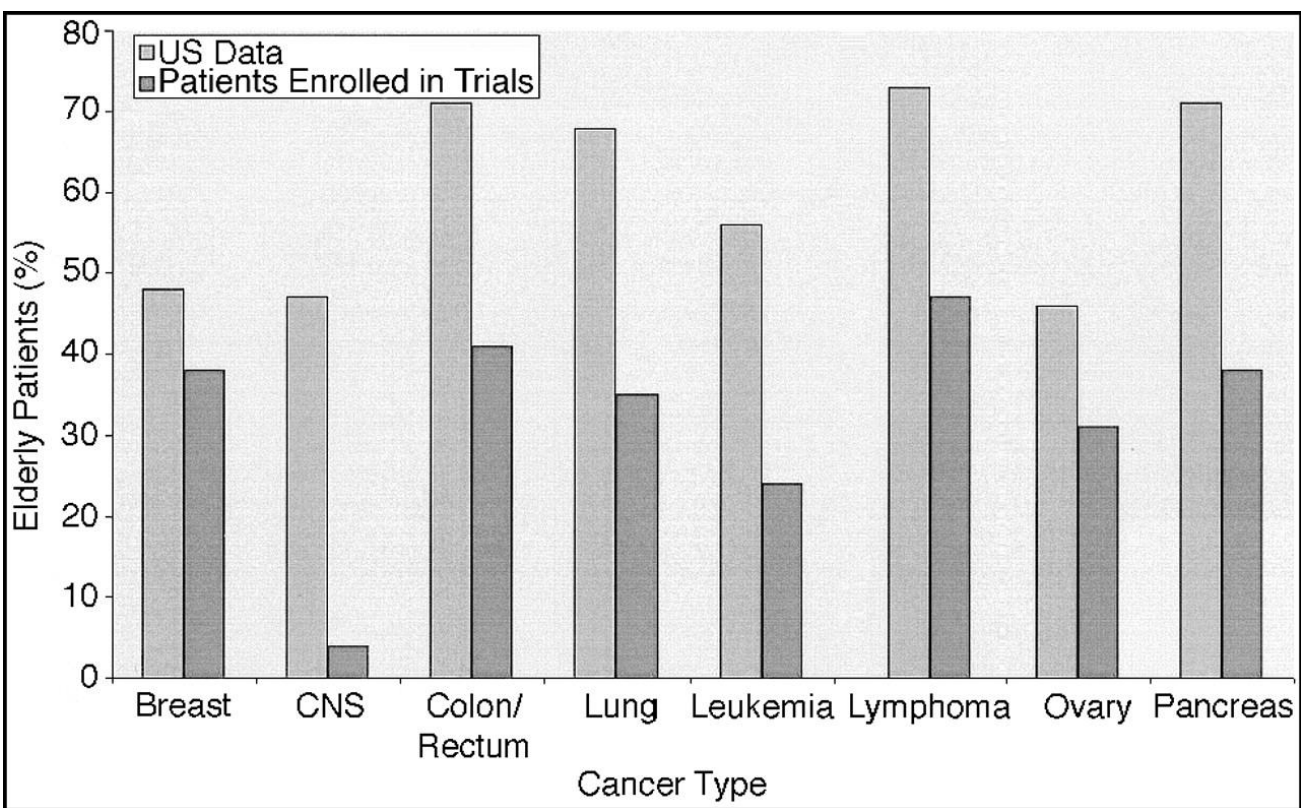


Fig 2. Proportion of elderly patients (≥ 65 years) enrolled onto registration trials compared with the proportion of elderly patients in the US cancer population. The differences between the two groups were significant for all cancer types except breast cancer ($P < .001$).



GUIDANCE DOCUMENT Inclusion of Older Adults in Cancer Clinical Trials

Guidance for Industry
MARCH 2022

Kreft hos gamle; hvorfor er det vanskelig?

4. Pasientenes preferanser $\neq$ legens preferanser

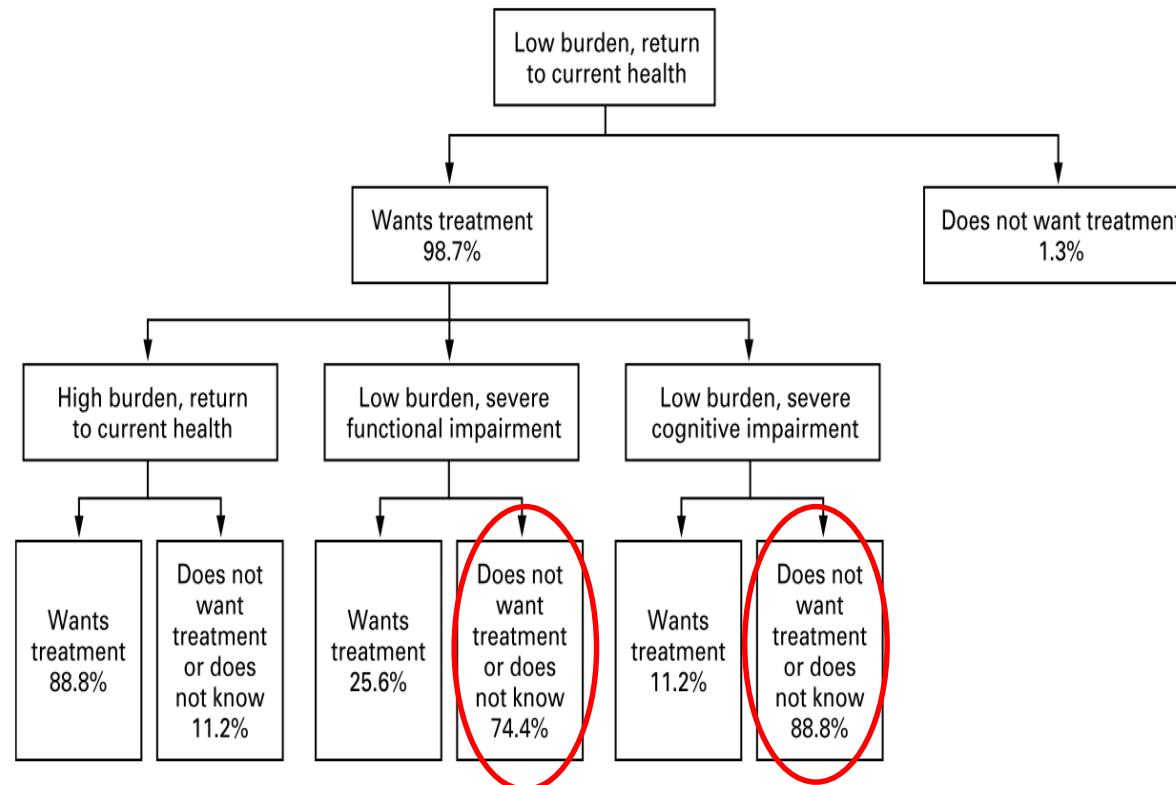


Figure 2. Treatment Preferences According to the Burden and Outcome of Treatment.

Oppsummert:

- Mange andre ledsagende sykdommer og helseproblemer
- Heterogen gruppe
- Lite evidens
- Ulike preferanser



Større grad av usikkerhet i behandlingen:

- Competing risks; Har pasienten andre sykdommer som er mer alvorlige enn kreftsykdommen?
- Retningslinje-basert behandling blir vanskeligere

De fire spørsmålene hos eldre kreftpasienter

- Hva er dødeligheten av kreftsykdommen i forhold til pasientens andre sykdommer?
- Vil pasienten leve lenge nok til å oppleve komplikasjoner fra sykdommen?
- Vil pasienten tolerere behandling?
- Vil behandlingen endre pasientens autonomi slik at det blir behov for økt hjelp og eventuelt sykehjem?

Plan

- Aldring og kreft
- Skrøpelighet/Frailty
- Geriatrisk vurdering av eldre kreftpasienter

Skrøpelighet

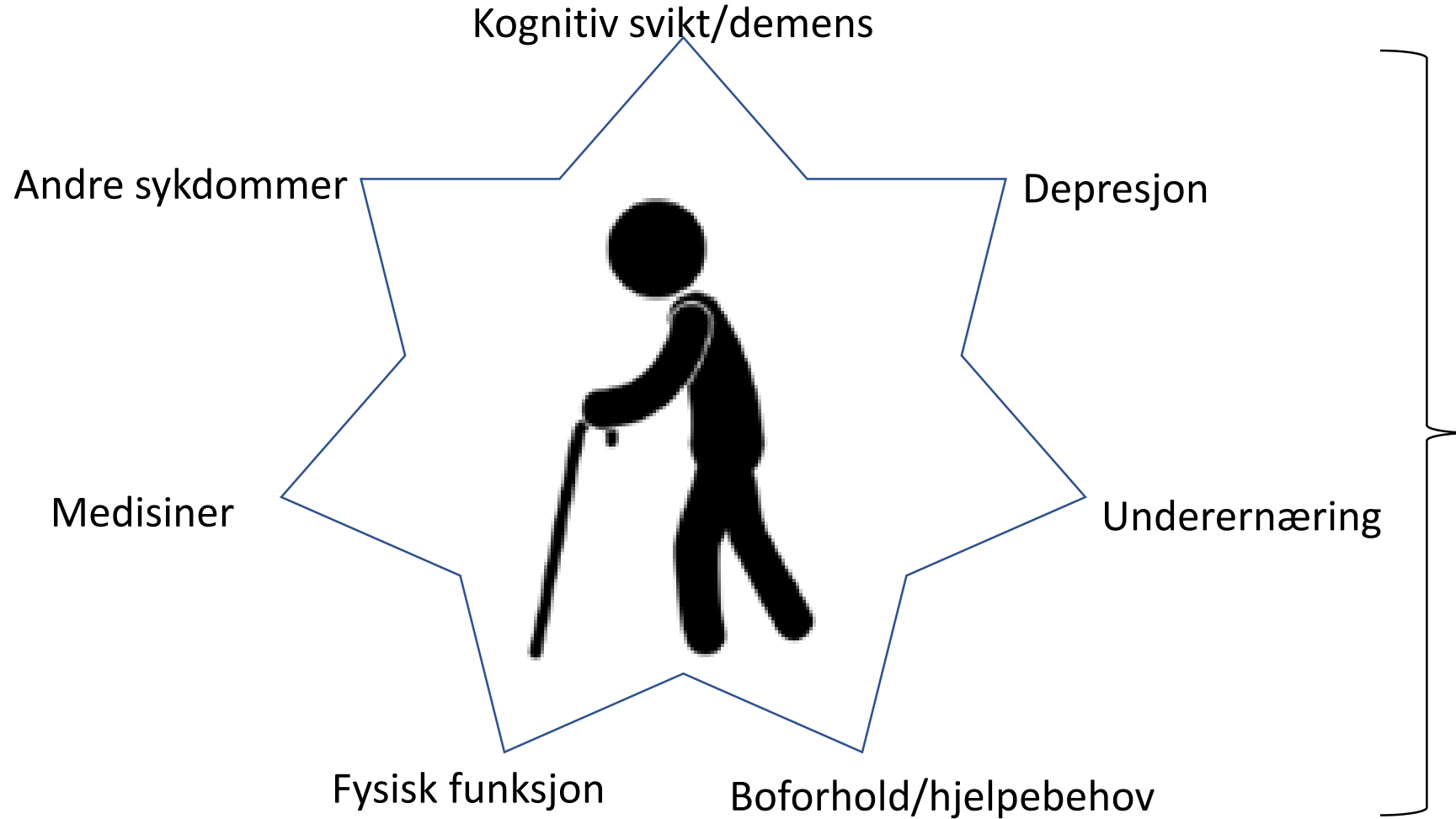
- Def: Alders-relatert fall i fysiologiske reserver som gir
 - økt sårbarhet for stressorer
 - økt risiko for bivirkninger/komplikasjoner av behandling
 - redusert overlevelse
- Gir et bedre bilde av total helsetilstand hos en eldre pasient enn kronologisk alder

Screening for skrøpelighet; G8

Emne	Mulig svar (score)	
A. Er matinntaket redusert de siste 3 måneder pga manglende appetitt, fordøyelsesproblemer, tyggevansker eller svelgvansker?	0 = alvorlig reduksjon i matinntak 1 = moderat reduksjon i matinntak 2 = ingen reduksjon i matinntak	Score: _____
B. Vekttap de siste 3 måneder?	0 = vekttap > 3 kg 1 = vet ikke 2 = vekttap mellom 1 og 3 kg 3 = intet vekttap	Score: _____
C. Mobilitet?	0 = ligger til sengs eller sitter i stol 1 = kan komme ut av seng/stol, men går ikke ut 2 = går ut	Score: _____
E. Neuropsykologiske problemer?	0 = alvorlig demens eller depresjon 1 = mild demens 2 = ingen psykologiske problemer	Score: _____
F. BMI? (vekt i kg/høyde i m ²)	0 = BMI < 19 1 = BMI 19 til < 21 2 = BMI 21 til < 23 3 = BMI ≥ 23	Score: _____
H. Bruker mer enn tre reseptbelagte medisiner om dagen?	0 = ja 1 = nei	Score: _____
P. Hvordan vurderer patienten sin helse sammenlignet med andre mennesker på samme alder?	0.0 = ikke så god 0.5 = vet ikke 1.0 = like god 2.0 = bedre	Score: _____
Alder	0: > 85 1: 80-85 2: < 80	Score: _____
Total score	0-17	Total: _____

sensitivitet 85 %
spesifisitet 64 %

Geriatrisk vurdering



- Sprek eldre person?
- Skrøpelig eldre person?
- Optimalisering?
- Prognose?
- Tilpasset behandlingsplan



TABLE 1. Geriatric Assessment Domains, Tools, and Proposed Interventions

Domain	Assessment Tool Examples	Evidence	Intervention and Examples
Functional status	ADLs (ie, transferring and eating) IADLs (ie, managing finances, cooking, and driving)	Association with chemotherapy toxicity, hospital admissions, functional decline, and mortality ^{4,39,46,55}	Aids such as motorized wheelchair Meals on Wheels Physiotherapy Occupational therapy
Objective physical performance	4 m gait speed, TUG; SPPB; grip strength; sarcopenia	Prediction of mortality, treatment-related complications, and functional decline ⁵⁶⁻⁵⁸	Structured exercise Assistive devices
Falls	No. falls in previous 6 months	Related to chemotherapy toxicity, postoperative complications, and functional decline ^{24,59}	Falls prevention program
Cognitive function	MMSE, MoCA, Mini-Cog, and BOMC	Assessment of capacity for consent or treatment adherence and cognitive decline associated with treatment. Association with poorer overall survival, chemotherapy toxicity, and delirium ^{22,43,60}	Support during treatment trajectory Delirium prevention program Treatment reminders, eg, text messages for daily radiation therapy appointments
Mood (depression)	GDS, HADS, and PHQ2/9	Assessment of psychologic adjustment to treatment. Association with postoperative complications, treatment tolerance, functional decline, and mortality ^{45,46,55,61}	Cognitive-behavioral therapy Medical therapy Counseling
Nutritional status	MNA, BMI, and weight loss combined	Association with mortality, likelihood of treatment completion, and healthcare consumption ^{62,63}	Dietary counseling
Comorbidity	CIRS-G, CCI, and OARS comorbidity	Assessment of competing causes of mortality, survival, treatment tolerance, and hospital admissions ^{61,64}	Referral to organ specialist
Polypharmacy	List of medications, STOPP-START, and Beers criteria	Postoperative complications, chemotherapy toxicity, functional decline, and mortality ⁶⁵	Geriatrician or clinical pharmacist review of medications
Social support	Focused questions regarding social support, MOS-SSS, and MPSSS	Association with cancer progression, chemotherapy toxicity, poorer survival, and treatment adherence ⁶⁶	Home nursing Transportation assistance Buddy support schemes Referral to community or cancer support groups

Abbreviations: ADLs, activities of daily living; BMI, body mass index; BOMC, Blessed Orientation-Memory-Concentration test; CCI, Charlson Comorbidity Index; CIRS-G, Cumulative Illness Rating Scale-Geriatric; GDS, Geriatric Depression Scale; HADS, Hospital Anxiety and Depression Scale; IADLs, Instrumental Activities of Daily Living; MMSE, Mini-Mental State Examination; MNA, Mini-Nutritional Assessment; MoCA, Montreal Cognitive Assessment; MOS-SSS, Medical Outcomes Study Social Support Survey; MPSSS, Multidimensional Scale of Perceived Social Support Scale; OARS, Older Americans Resources and Services; PHQ2/9, Patient Health Questionnaire-2/9; SPPB, Short Physical Performance Battery; STOPP-START, Screening Tool of Older Person's Prescriptions-Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment; TUG, Timed Up and Go.

S.Rostoft, M
Hamaker et al.
*Geriatric
Assessment and
Management in
Cancer.*
JCO 2019

Fordeler med geriatrisk vurdering hos kreftpasienter

1. Predikere risiko
2. Individualisere onkologisk behandling
3. Optimalisere pasientens totale helse, øke sannsynlighet for toleranse av behandling og bedre utkomme

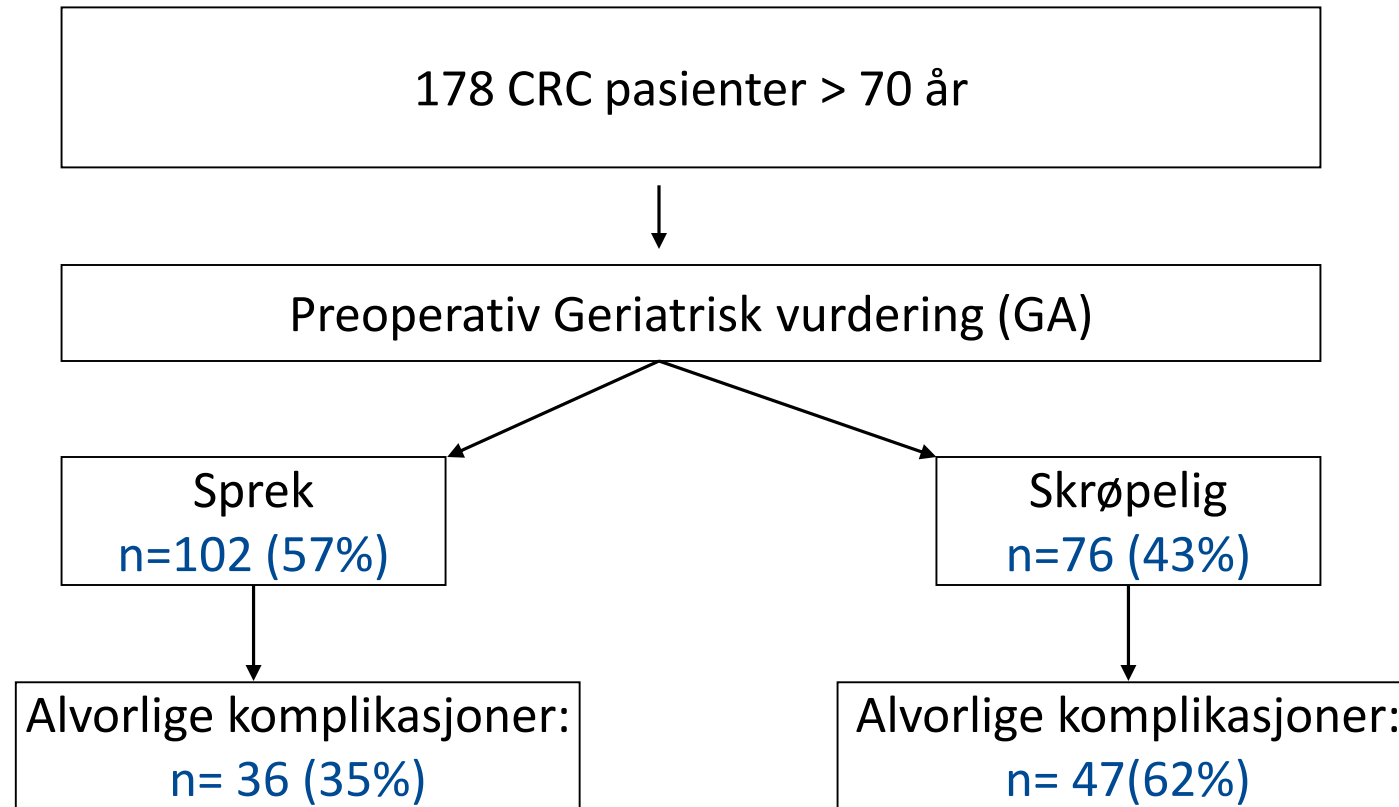
1. Geriatrisk vurdering kan predikere risiko

-Postoperative komplikasjoner:

ASA-score

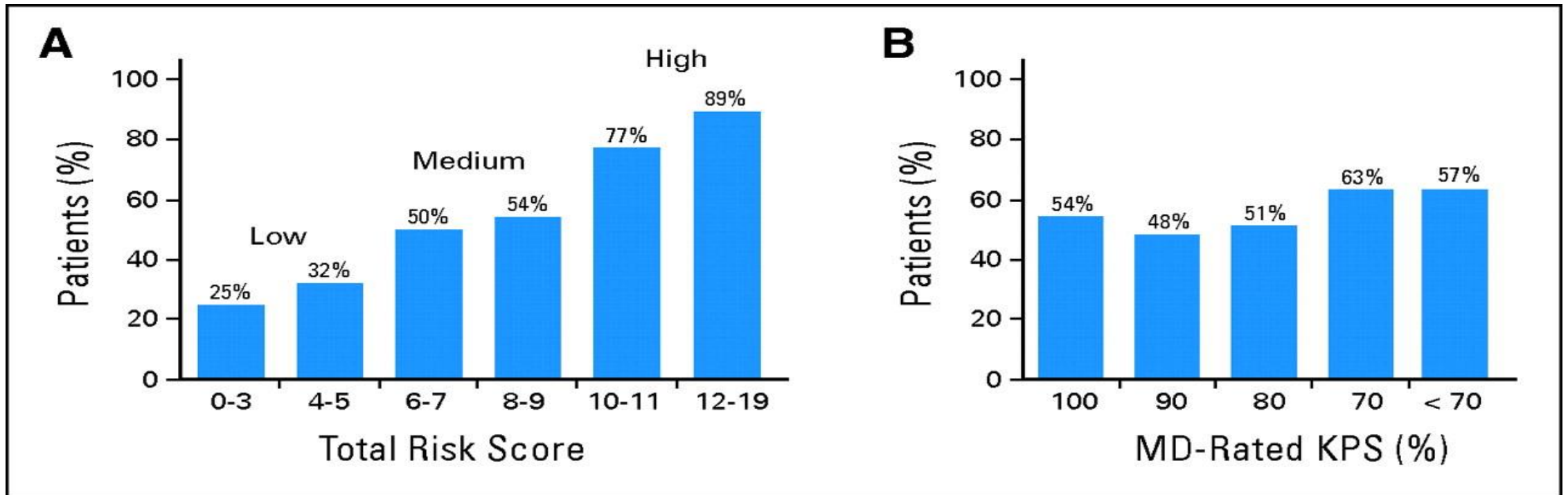
Allder

Færrest komplikasjoner
i gruppen >90 år!



GA predikerer toksisitet av kjemoterapi

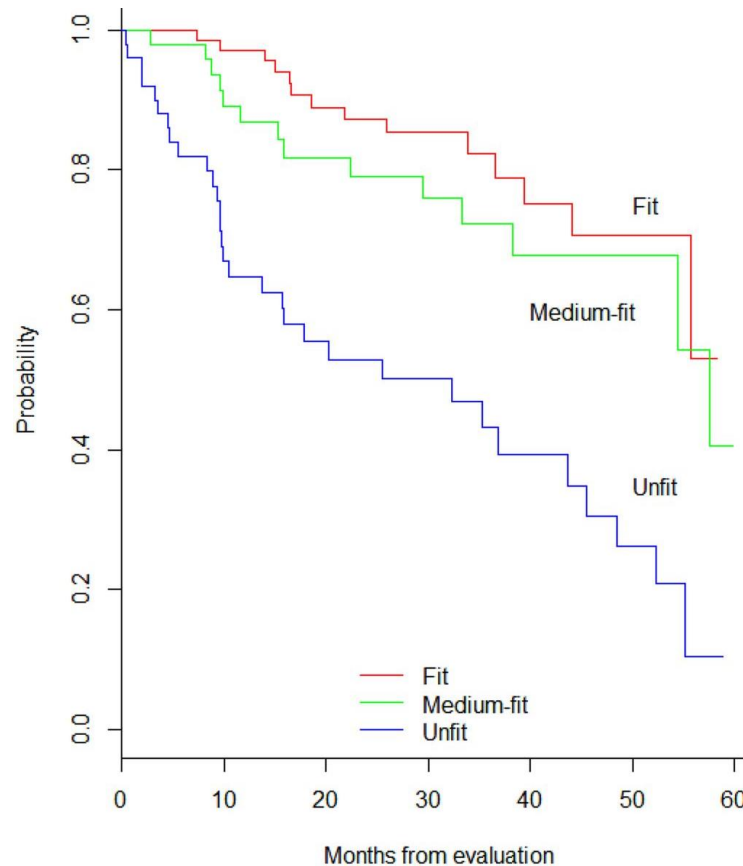
Eksempel: CARG-score



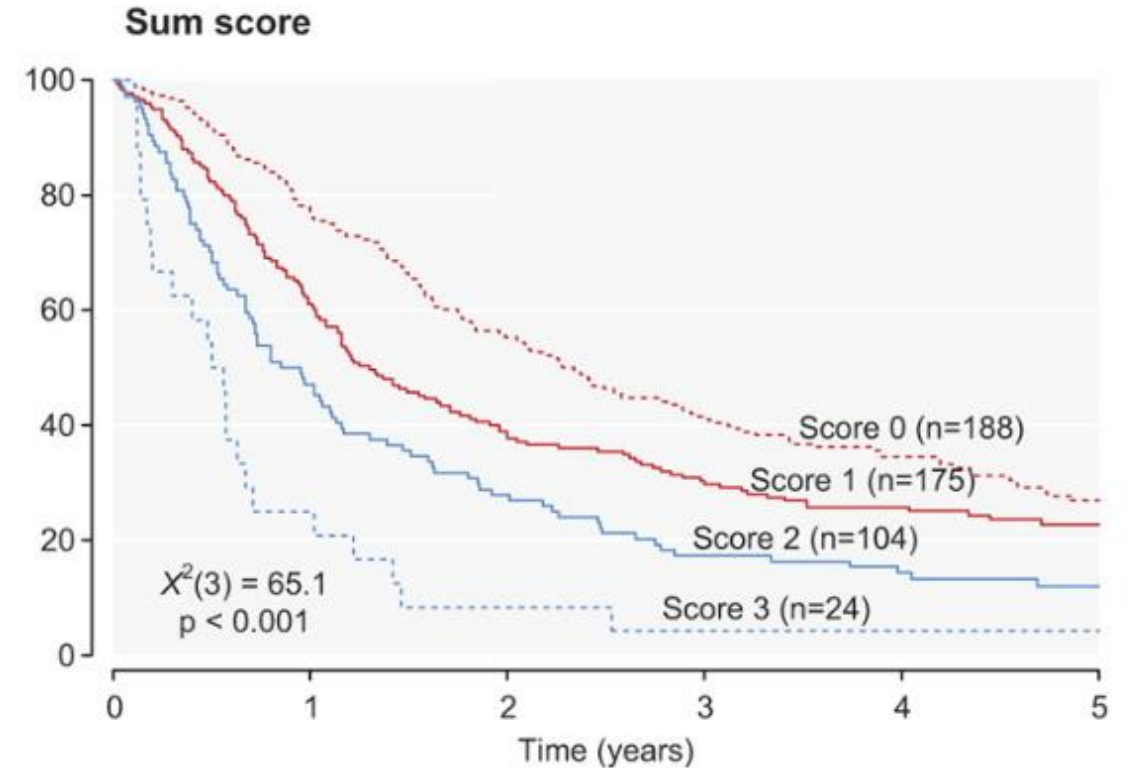
Ability of (A) risk score versus (B) physician-rated Karnofsky performance status (KPS) to predict chemotherapy toxicity. Graphs show grade 3 to 5 toxicity.

GA predikerer mortalitet:

Kreftkirurgi



Kjemoterapi

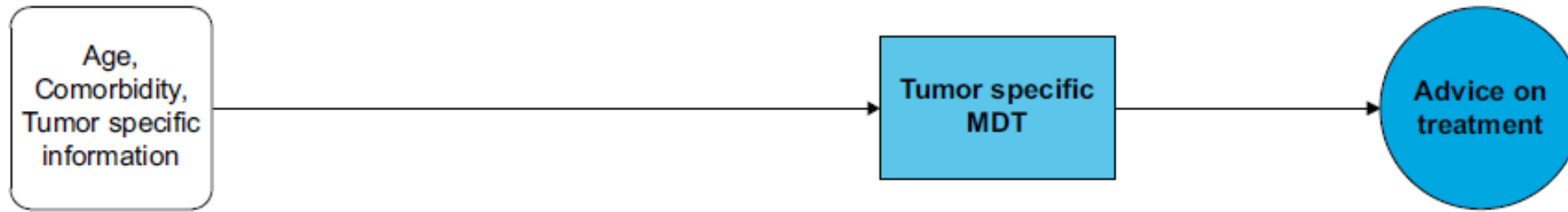


2. GA til å individualisere onkologisk behandling

- MDT-møter:
- Når man ikke treffer en konklusjon, er årsaken ofte manglende informasjon om pasienten¹
- Faktorer som ikke gjelder tumor, som komorbiditet og pasientens preferanser, ble kun diskutert i 14% av tilfellene²

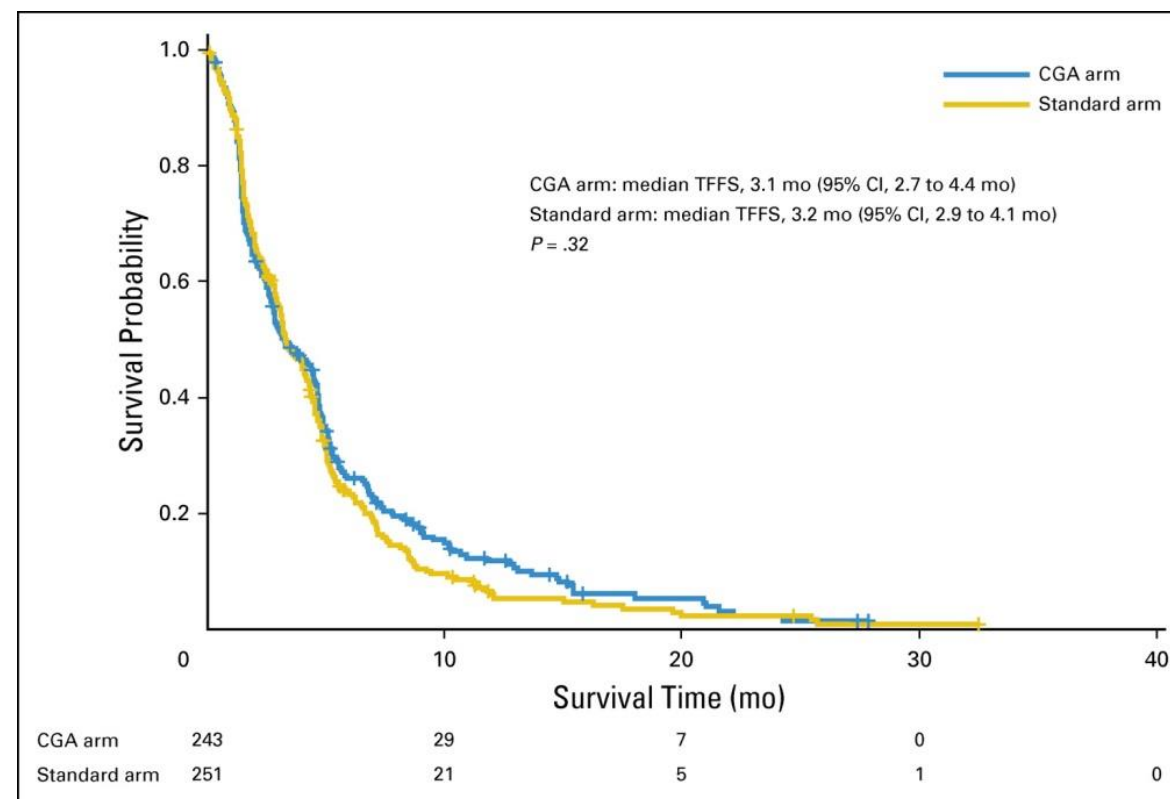
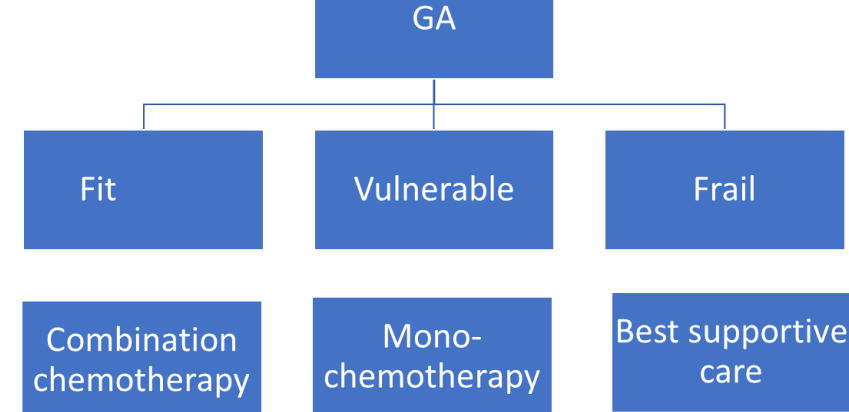


A

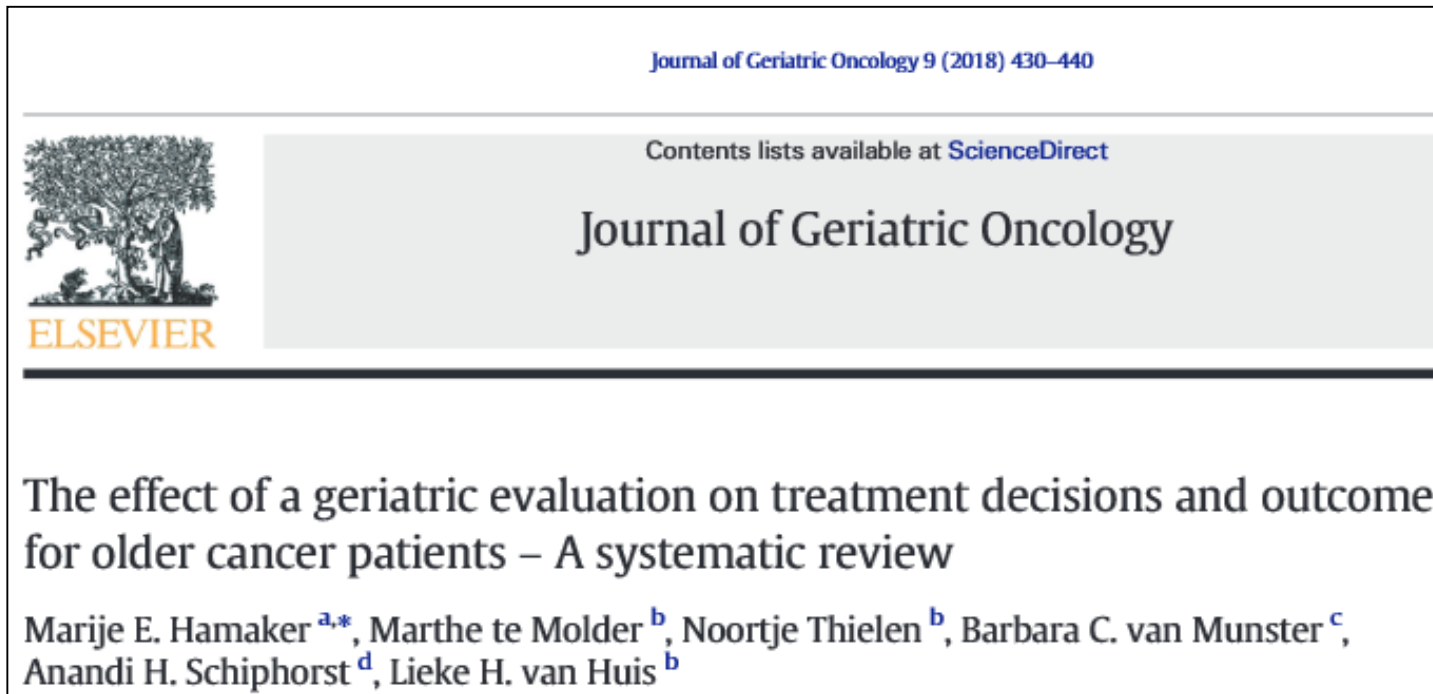


27%

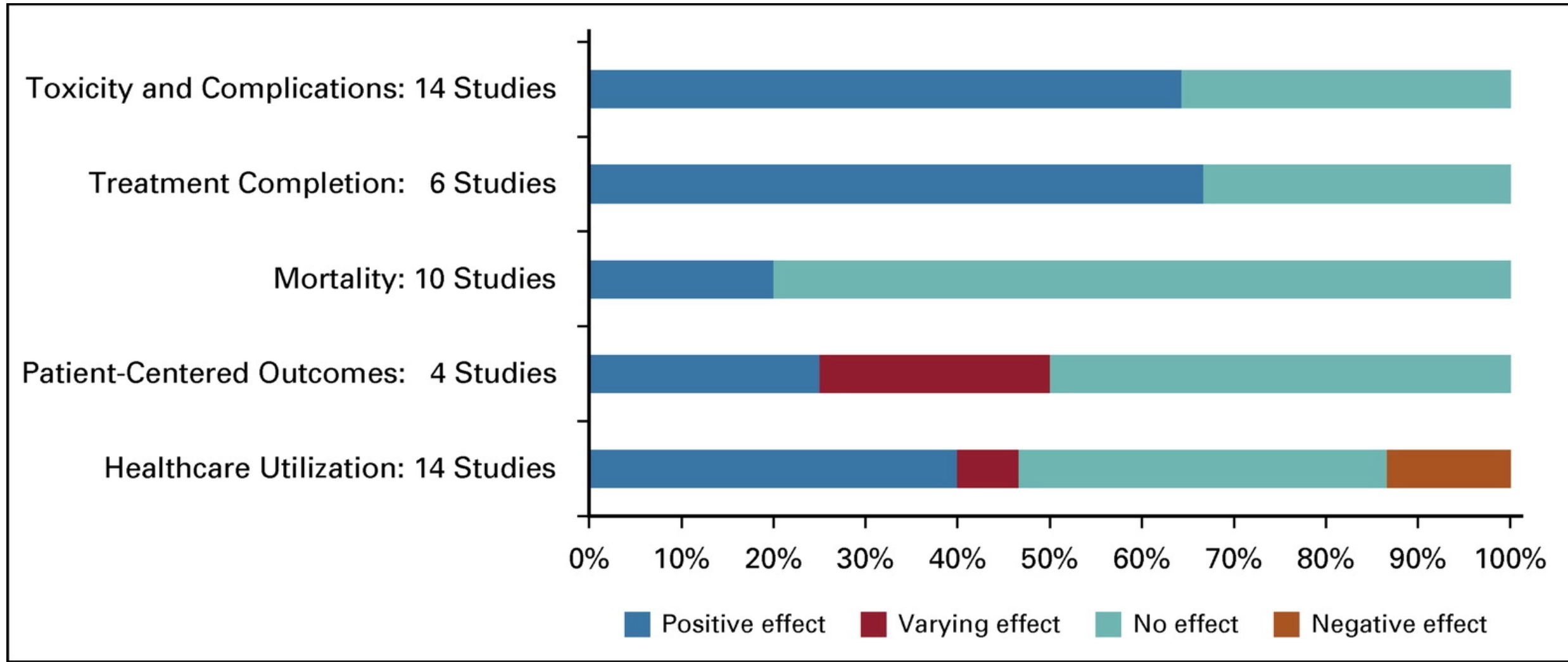
- RCT, 494 eldre med metastatisk ikke-småcellet lungecancer
- GA-Gruppen:
 - Flere pasienter fikk kombinasjonsbehandling og flere fikk ingen kjemoterapi
 - Mindre lavgradig toksisitet
 - Bedre livskvalitet
 - Lik overlevelse



3. GA fører til ikke-onkologiske tiltak som bedrer pasientens helse



- 19 studier GA hos eldre kreftpasienter
- Median 72% av pasienten fikk endret behandling/anbefalinger basert på GA



Oppsummert

- Eldre pasienter er en svært variert gruppe; trenger individualisert behandling
- Skrøpelighet øker risiko for komplikasjoner, toksisitet og negative helseutfall
- Geriatrisk vurdering kan gradere skrøpelighet, forutsi risiko ved behandling, brukes til å individualisere behandling og optimalisere pasientens helse



nina.ommundsen@ous-hf.no

