

Geriatrische evaluatie bij ouderen met kanker: effect op behandelingskeuze en ongewenste effecten

Ouderen en kankerbehandeling

Meer dan de helft van de patiënten met een nieuwe kankerdiagnose is ouder dan 65 jaar¹. Geriatrische syndromen (een symptoom of symptomencomplex met verschillende mogelijke onderliggende oorzaken bij de geriatrische patiënt, bijvoorbeeld ondervoeding, dementie of vallen) komen vaker voor bij ouderen met kanker dan bij ouderen zonder kanker^{1,2}.

Ouderen zijn meer vatbaar voor ongewenste effecten van hun oncologische behandeling door verandering in farmacodynamische en farmacokinetische eigenschappen van geneesmiddelen. Zo zijn ze meer vatbaar voor de cognitieve effecten van de oncologische behandeling dan jonge patiënten. Omdat polyfarmacie vaker voorkomt bij ouderen, is er een grotere kans op klinisch relevante interacties tussen de gekozen behandeling en de geneesmiddelen die ze reeds nemen¹. Daarnaast stellen ouderen vaak ook andere behandelingsdoelen dan jongere oncologische patiënten. Zo zijn ongewenste effecten en kwaliteit van leven bij ouderen vaak belangrijker dan levensduurverlenging².

Een geriatrische evaluatie (of '*geriatric assessment*') zou dan ook kunnen helpen om een meer geïnformeerde keuze te maken bij de behandeling van kanker van deze meer kwetsbare groep. Hierdoor kan zowel over- als onderbehandeling vermeden worden^{1,2}.

- Belangrijk onderdeel van een geriatrische evaluatie is de screening naar polyfarmacie, inclusief voedingssupplementen en over the counter en on demand medicatie¹.
- Voorafgaand en tijdens de behandeling is het belangrijk om de therapietrouw, de ongewenste effecten van de behandeling en mogelijke interacties na te gaan. De behandelingsdoelen en de mogelijke ongewenste effecten bespreken met de patiënt en zijn mantelzorgers (*shared decision making*) zijn een belangrijk onderdeel in deze geriatrische evaluatie^{2,3}.
- Bij voorkeur gebeurt de geriatrische evaluatie multidisciplinair. Goede communicatie door regelmatig overleg tussen huisarts, geriater en oncoloog is essentieel, zowel voorafgaand aan de behandeling als tijdens het behandeltraject^{2,3}.

Geriatrische evaluatie: klinische meerwaarde in de behandeling van kanker

In de clustergerandomiseerde studie van Mohile et al², gepubliceerd in *The Lancet*, werd het effect van een geriatrische evaluatie nagegaan op het optreden van ernstige ongewenste effecten door de kankerbehandeling bij ouderen met vergevorderde kanker.

Voorafgaand aan de behandeling kregen alle patiënten een geriatrische evaluatie. In de interventiegroep kregen oncologen toegang tot de resultaten van de geriatrische evaluatie en tot de bijhorende aanbevelingen voor aanpassingen in de aanpak van de patiënt. In de controlegroep werden de oncologen enkel op de hoogte gebracht van sterk afwijkende scores op de cognitieve- of depressiescreeningstests.

De primaire uitkomstmaat van deze studie was het aantal patiënten met ernstige ongewenste effecten over 3 maanden.

- Volgende acht domeinen werden geëvalueerd in de geriatrische evaluatie: comorbiditeiten, cognitie, voeding, sociale steun, polyfarmacie, psychosociale status, functionele status en lichamelijke conditie. De evaluatie gebeurde op basis van objectieve metingen en gegevens uit zelfrapportage door de patiënt.
- Inclusiecriteria van de studie waren een diagnose van een ongeneeslijke vaste tumor of lymfoom, leeftijd boven 70 jaar en een beperking in minstens één domein bij geriatrische evaluatie.
- Enkel patiënten die kozen voor een palliatieve behandeling met een hoge kans op toxiciteit werden geïncludeerd.
- Randomisatie tot de interventiegroep of controlegroep gebeurde op praktijkniveau (= clustergerandomiseerd). Indien een oncoloog, onderzoeksverpleegkundige of coördinator in meerdere praktijken werkte, werden deze praktijken samen geclusterd.

De geriatrische evaluatie resulteerde bij ouderen met vergevorderde kanker in minder intensieve behandeling, minder ernstige ongewenste effecten, een vermindering van polyfarmacie en minder valincidenten. Dit zonder verschil in overleving ².

- In de interventiegroep werd er vaker gekozen voor minder intensieve combinatietherapie. Er werd vaker gekozen voor een single agent chemotherapie, voor een niet-chemotherapeutische behandeling of voor chemotherapie in combinatie met een ander product. Patiënten in de interventiegroep kregen vaker een lagere initiële dosis.
- In de interventiegroepen waren er minder patiënten met graad 3 tot 5 toxische effecten ($p < 0,01 = 0,0001$) en was de non-hematologische toxiciteit lager ($p = 0,05$). Voor het vaststellen van de toxische effecten werd er gebruik gemaakt van de vierde versie van de *National Cancer Institute Common Terminology Criteria for Adverse Events* (NCI CTCAE).
- De meest voorkomende ongewenste effecten waren vermoeidheid, algemene zwakte, elektrolytenstoornissen, gastro-intestinale klachten, infectie en dehydratatie. Er was geen significante reductie van de hematologische toxiciteit ($p = 0,11$). De meest voorkomende hematologische stoornissen waren neutropenie, lymfopenie en anemie. Het aantal valincidenten was lager in de interventiegroep ($p < 0,01$). Ook werd er vaker medicatie gestopt in de interventiegroep ($p = 0,02$).
- De overleving na 6 maanden (250 (72%) van 349 patiënten versus 275 (75%) van 369 patiënten) verschilde niet tussen de twee groepen.

Kritische bespreking en besluit

De studie van Mohile et al ² is een goed uitgevoerde, grote clustergerandomiseerde studie die het nut van een geriatrische evaluatie onderzoekt op ernstige ongewenste effecten. De studie toont aan dat een geriatrische evaluatie ondersteuning kan bieden in de keuze van behandeling, indirect de toxiciteit van kankerbehandeling kan verminderen en aldus de kwaliteit van leven bij ouderen met kanker kan verbeteren zonder de levensverwachting te verslechteren.

Deze studie bevestigt vroegere studies die gunstige effecten aantoonde van een geriatrische evaluatie voorafgaand aan het opstellen van het behandelplan.

- De systematische reviews van Hamaker et al ³ en van Chuang et al ⁴ bevestigen dat het uitvoeren van een geriatrische evaluatie voorafgaand aan het opstellen van het behandelplan graad 3 ongewenste effecten kan voorkomen bij verschillende types kanker, in verschillende fases van de behandeling.
- De review van Chuang et al ⁴ analyseerde zes RCT's die het effect van een geriatrische evaluatie onderzochten op graad 3 toxiciteit bij ouderen die een niet-chirurgische behandeling kregen. De geïncludeerde studies onderzochten patiënten met verschillende typen tumoren in verschillende ziektestadia, doch de studies bevatten overwegend meer patiënten met een kanker in gevorderd stadium. Zij vonden dat een geriatrische evaluatie leidde tot minder toxische ongewenste effecten door hun behandeling en tot minder frequente dosisreductie tijdens de behandeling.
- De systematische review van Hamaker et al ³ toonde het positieve effect van een geriatrische evaluatie aan op zowel klinische beslissingen en op klinisch relevante eindpunten alsook een verbeterde arts-patiëntcommunicatie. De geïncludeerde studies onderzochten patiënten met verschillende typen kanker en verschillende typen behandelingen.

Hoewel er verschillen zijn in de organisatie van zorg rond geriatrische oncologie tussen de Verenigde Staten en België, bieden deze resultaten extra onderbouwing voor de implementatie van geriatrische evaluatie in de oncologie. Het ondersteunt de oncoloog bij de beslissing om al dan niet te behandelen, om de beste behandeling te bepalen met de minste toxiciteit en zo de levenskwaliteit bij ouderen met kanker te bevorderen.

Een geriatrische evaluatie wordt best geïncorporeerd in het beslissingsproces van de behandeling ^{2, 3}.

Bronnen

- 1 Magnuson A, Sattar S, Nightingale G, Saracino R, Skonecki E, Trevino KM. A Practical Guide to Geriatric Syndromes in Older Adults With Cancer: A Focus on Falls, Cognition, Polypharmacy, and Depression. Am Soc Clin Oncol Educ Book. 2019 Jan;39:e96-e109.
- 2 Mohile SG, Mohamed MR, Xu H, Culakova E, Loh KP, Magnuson A, et al. Evaluation of geriatric assessment and management on the toxic effects of cancer treatment (GAP70+): a cluster-randomised study. Lancet. 2021 Nov 20;398(10314):1894-1904.
- 3 Hamaker M, Lund C, Te Molder M, Soubeyran P, Wildiers H et al. Geriatric assessment in the management of older patients with cancer - A systematic review (update). J Geriatr Oncol. 2022 Jul;13(6):761-777.
- 4 Chuang MH, Chen JY, Tsai WW, Lee CW, Lee MC, Tseng WH, Hung KC. Impact of comprehensive geriatric assessment on the risk of adverse events in the older patients receiving anti-cancer therapy: a systematic review and meta-analysis. Age Ageing. 2022 Jul 1;51(7):afac145

Colofon

De *Folia Pharmacotherapeutica* worden uitgegeven onder de auspiciën en de verantwoordelijkheid van het *Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie* (Centre Belge d'Information Pharmacothérapeutique), vzw erkend door het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten (FAGG).

De informatie die verschijnt in de *Folia Pharmacotherapeutica* mag niet overgenomen worden of verspreid worden zonder bronvermelding, en mag in geen geval gebruikt worden voor commerciële of publicitaire doeleinden.

Hoofredactie: (redactie@bcfi.be)

T. Christiaens (Universiteit Gent) en
J.M. Maloteaux (Université Catholique de Louvain).

Verantwoordelijke uitgever:

T. Christiaens - Nekkersberglaan 31 - 9000 Gent.