

Kanker bij ouderen: het begin van GeriOnNe

Cancer in the elderly: the beginning of GeriOnNe

Auteur H.C. Schouten

Trefwoorden comorbiditeit, GeriOnNe, kanker bij ouderen, multidisciplinair

Key words cancer in the elderly, comorbidity, GeriOnNe, multidisciplinary

Samenvatting

Het aantal ouderen met kanker in Nederland groeit snel. Toename van de kennis op dit gebied is dan ook erg belangrijk. Met name bewustwording van de rol die de patiënt, zijn sociale netwerk en de arts hierin spelen is van het grootste belang. De stichting GeriOnNe gaat in dit proces een belangrijke rol spelen.

(Ned Tijdschr Oncol 2005;2:178-81)

Summary

Cancer in the elderly is an increasing problem in the Netherlands. An increase in knowledge in this field is of utmost importance. Awareness of not only the patients' role, but also of the social network and physician is important. The 'stichting GeriOnNe' is going to play an important role in this process.

Inleiding

Recentelijk is de stichting GeriOnNe (Geriatrische Oncologie Nederland) opgericht met als doelstellingen de scholing van hulpverleners, het opzetten van klinische studies en daarmee het optimaliseren van de kwaliteit van de zorg voor oudere mensen met kanker. In dit kader is het zinvol om enkele aspecten te belichten over het probleem kanker bij ouderen.

Samen met hart- en vaatziekten vormt kanker de belangrijkste doodsoorzaak in Nederland. Kanker is dé ziekte van oudere mensen. De mediane leeftijd op het moment van de diagnose ligt rond het 60^{ste} levensjaar. Vijfenveertig procent van alle kankerpatiënten is 70 jaar of ouder. Met het toenemen van de vergrijzing in Nederland neemt het voorkomen van kanker toe. In 2003 was slechts 14% van de bevolking 65 jaar of ouder. Dit getal zal naar verwachting stijgen tot 25% in het jaar 2035. Naast de toenemende vergrijzing is er ook een toename van de incidentie van kanker. Volgens de Signaleringscommissie Kanker van KWF Kankerbestrijding gaat het daarbij om een stijging van 40%.¹

Met de verbeterde resultaten van de behandeling van patiënten met kanker blijven echter ook meer mensen,

met en zonder ziekteverschijnselen, langer in leven. De Signaleringscommissie Kanker schat dat het totale aantal kankerpatiënten zal stijgen van 360.000 in het jaar 2000 naar 690.000 in het jaar 2015.¹ Door de regelmatige medische ondersteuning die nodig is, zal het beroep op de Nederlandse zorg enorm stijgen.

Een groot deel van de behandelingen van patiënten met kanker is gebaseerd op klinisch vergelijkend onderzoek. Tot voor enkele jaren was een van de belangrijke tekortkomingen van het klinisch vergelijkend onderzoek dat oudere patiënten frequent werden uitgesloten. Dit leidt er vaak toe dat de resultaten van klinisch vergelijkend onderzoek niet automatisch toepasbaar zijn op oudere patiënten met kanker. Daarnaast is gebleken dat het diagnostische proces bij de oudere patiënt vaak afwijkt van wat bij jongeren gebruikelijk is en daardoor leidt tot een suboptimale staging.² Het is niet moeilijk om in te beelden dat een suboptimale staging frequent tot een suboptimale behandeling leidt.

In dit overzicht worden enkele aspecten genoemd die nu en in de nabije toekomst de nodige aandacht behoeven om de aanpak van vooral de oudere patiënten met kanker te verbeteren.

Van 4-6 mei 2006: Maastricht, onder auspiciën van European School of Oncology ESO-cursus 'Cancer in the Elderly'.

SIOG 2006 vindt in het najaar van 2006 in Scheveningen plaats.

Inlichtingen bij GeriOnNe: website:

http://www.ikcnet.nl/IKZ/thema_s/ouderen_en_kanker/index.php?id=1509

Zijn de kenmerken van de maligniteit bij ouderen vergelijkbaar met die bij jongeren?

Over de kenmerken van de maligniteit bij ouderen zijn weinig data met zekerheid bekend. Uit diverse onderzoeken blijkt dat de behandelingsresultaten bij oudere patiënten met kanker slechter zijn dan die bij jongere patiënten. De leeftijd is natuurlijk vaak een prognostische variabele. Een belangrijke vraag die zich moeilijk laat beantwoorden is echter waaróm de resultaten van de behandeling slechter zijn. Hiervoor zijn verschillende redenen denkbaar. De behandelingsresultaten kunnen tegenvallen doordat kanker zich agressiever gedraagt bij ouderen, doordat patiënten in een later stadium gediagnosticeerd zijn en allerlei andere bijkomende factoren hebben zoals comorbiditeit of doordat de behandeling suboptimaal is. Het is bekend dat oudere patiënten met borstkanker vaker een hormoongevoelige tumor hebben met een daarmee samenhangende betere prognose.³ Bij oudere patiënten met acute myeloïde leukemie daarentegen wordt vaker een resistentie gevonden tegen de belangrijkste cytostatica.⁴ DNA-onderzoek kan hier in de toekomst meer informatie over verschaffen met hopelijk ook meer inzicht in de kenmerken van de maligniteit.

Patiëntenkarakteristieken

Patiënten ouder dan 65 jaar vormen meer dan jongeren een zeer heterogene groep. Iedereen herkent wel de vitale oudere en de minder vitale oudere. De functionele reserves kunnen op hogere leeftijd per persoon zeer verschillend zijn.

Een zeer belangrijke en frequent bepalende factor voor het verschil tussen de ene oudere en de andere oudere betreft de comorbiditeit. Binnen het Integraal Kankercentrum Zuid is veel onderzoek gedaan naar comorbiditeit bij oudere patiënten met kanker. Gebleken is dat bij patiënten tussen de 50 en 60 jaar in 45% van de gevallen geen sprake is van comorbiditeit. Boven de 75 jaar is dit slechts 26%.⁵ Comorbiditeit kan een bepalende rol spelen in het bijwerkingspatroon

van de behandeling die de oudere patiënt krijgt. Bovendien speelt comorbiditeit een bewuste of onbewuste rol in de keuze van de behandeling. Ten slotte kan de aanwezige comorbiditeit de beginnende symptomen van een maligniteit maskeren. Vaak worden de eerste symptomen van een maligniteit zoals vermoeidheid of een verminderde mobiliteit ten onrechte toegeschreven aan het verouderingsproces wat leidt tot een verlate diagnose. De relatief frequent voorkomende (pre)dementie of miskende depressie maakt het probleem nog complexer.

De schatting van de vitaliteit, de conditie en het incasseringsvermogen van de oudere patiënt is dikwijls een subjectief proces. De klinische blik schiet vaak tekort in het schatten van de functionele reserves van een patiënt. Diverse hulpmiddelen om dit proces te objectiveren zijn inmiddels ontworpen zoals de Charlson-index (objectiveert de aanwezige comorbiditeit), de Barthel-index (een maat voor de zelfredzaamheid van een geriatrische patiënt), de IADL-score (een maat voor de instrumentele activiteiten van het dagelijkse leven), 'mini-mental state examination' (oriënterende test voor hogere hersenfuncties) enzovoorts. De waarden van deze scoringshulpmiddelen in de besluitvorming of een behandeling en zo ja, welke behandeling gegeven moet worden aan de oudere patiënt, is echter nog onvoldoende gevalideerd. Een belangrijke aanwinst vormt de 'comprehensive geriatric assessment' ontwikkeld door Slaets et al. Deze test staat in toenemende mate in de belangstelling.⁶ Hoewel deze test objectieve informatie geeft over de toestand van de oudere patiënt met kanker, behoeft de toepassing in de dagelijkse praktijk en in het bijzonder de besluitvorming op basis van de resultaten nog meer onderzoek.

De aanwezigheid van diabetes mellitus, hypertensie en andere cardiovasculaire risicofactoren leidt vaak tot het gebruik van meerdere geneesmiddelen. Interacties met oncologische behandelingen zijn niet alleen denkbaar, maar komen ook frequent voor. Deze kunnen vaak tot onverwachte bijwerkingen leiden. Veelal op onterechte gronden en nog vaker goed

Aanwijzingen voor de praktijk

1. De oudere patiënt met kanker heeft een individuele benadering.
2. Bewustwording van het probleem ouderen met kanker moet groeien.
3. Veel klinisch onderzoek dat toegespitst is op de oudere kankerpatiënt is nodig.
4. Nascholing op het gebied van ouderen met kanker is noodzakelijk.

bedoeld vinden er dosisaanpassingen plaats die leiden tot een verminderde effectiviteit van de therapie.

Een gemiddelde 70-jarige man heeft nog 11,5 jaar te leven en een gemiddelde 70-jarige vrouw nog 15 jaar. Op 80-jarige leeftijd is de gemiddelde levensverwachting respectievelijk 6,5 en 8,5 jaar. Het blijkt dat zowel de patiënt, de familie van de patiënt als ook de arts dit zich frequent onvoldoende realiseert. De winst die behaald kan worden uit een adequate behandeling is dus dikwijls veel groter dan in eerste instantie gedacht wordt.

Het sociale netwerk

Patiënten met kanker hebben een zeer sterke behoefte aan een sociaal netwerk. Oudere patiënten met kanker zijn frequenter alleenstaand of hebben een partner die eveneens een ziekte onder de leden heeft. Ze zijn mede daardoor frequent afhankelijk van anderen, bijvoorbeeld de kinderen die ook hun dagelijkse beslommeringen hebben. Het is gemakkelijk voor te stellen dat deze omstandigheden hun invloed hebben op de keuzes die gemaakt worden door de patiënt en de mensen die het sociale netwerk van de patiënt vormen. Eveneens kunnen deze feiten een andere waarde geven aan de winst in tijd of kwaliteit van leven bij de oudere patiënt met kanker.

De rol van de arts

Onvoldoende kennis bij de arts op het gebied van de oudere patiënt met kanker kan ertoe leiden dat er onbedoeld verkeerde keuzes gemaakt worden. Dit wordt nog eens versterkt door het feit dat er onvoldoende 'evidence based' richtlijnen zijn hoe men om dient te gaan met oudere patiënten met kanker. Het klinisch onderzoek dat uitgevoerd is bij ouderen richt zich veelal op het verminderen van bijwerkingen waarbij men hoopt dat de effectiviteit gelijk blijft.

Helaas blijkt vaak dat de effectiviteit vermindert en dat de bijwerkingen gelijk of soms zelf frequenter voorkomen zoals onder ander gebleken is bij de behandeling van oudere patiënten met het non-Hodgkin-lymfoom.⁷

De schatting van de 'prognosis quoad vitam' van de oudere patiënt met kanker, vooral in relatie tot de aanwezige comorbiditeit, maakt goede therapeutische beslissingen zeer moeilijk zo niet onmogelijk. Uit diverse klinische studies is gebleken dat de oudere patiënt met kanker vaak een tolerantie voor de therapie heeft die vergelijkbaar is met jongeren. Een zorgvuldige selectie van de patiënten die een standaardbehandeling kunnen doorstaan is daarmee ook een zeer belangrijke. De scores zoals eerder vermeld (Charlson, Barthel en de 'comprehensive geriatric assessment') kunnen hierbij een belangrijke rol spelen. Veel onderzoek is echter nog nodig.

GerionNe

Het aantal oudere patiënten met kanker stijgt de komende jaren significant. De kennis van diverse aspecten met betrekking tot de oudere patiënt met kanker is op dit moment helaas nog onvoldoende. Het is dan ook verheugend te melden dat er zich in Nederland een samenwerkingsverband aan het ontwikkelen is dat de kennis over ouderen en kanker op alle vlakken wil vergroten: de stichting GerionNe. De doelstellingen van de stichting kunnen als volgt worden samengevat: de scholing van hulpverleners, het opzetten van klinische studies en het optimaliseren van de kwaliteit van de zorg voor oudere mensen met kanker.

Belangrijke hulpmiddelen zijn de organisatie van een tweemaal symposium waarvan het eerste in 2003 reeds gehouden is en het tweede in oktober 2005 georganiseerd wordt. Een zeer belangrijk aspect vormt daarnaast de implementatie en het vaststellen

van de validiteit van de diverse prognostische indexen. Een belangrijke faciliterende factor betreft de multidisciplinaire aanpak die GeriOnNe voorstaat. Het bestuur van de stichting en de diverse werkgroepen die onder GeriOnNe vallen zijn allen multidisciplinair samengesteld. Alle beroepsgroepen die bij de zorg voor oudere patiënten met kanker betrokken zijn, zoals oncologen, hematologen, radiotherapeuten, chirurgen, oncologieverpleegkundigen en geriateren, maken hier deel van uit.

Conclusie

Kanker bij de oudere patiënt is een groeiend probleem dat een adequate aanpak behoeft. Bewustwording en een toename van kennis zijn van het grootste belang. De ambities van de stichting GeriOnNe zijn groot. Hopelijk kunnen ze waargemaakt worden.

Voor meer informatie over de stichting GeriOnNe kunt u terecht bij het Integraal Kankercentrum Zuid te Eindhoven.

Referenties

1. Signaleringscommissie Kanker van KWF Kankerbestrijding. *Kanker in Nederland: Trends, prognoses en implicaties voor zorgvraag*. KWF Kankerbestrijding; 2004.
2. De Rijke JM, Schouten LJ, Schouten HC, Jager JJ, Koppejan AG, Van den Brandt PA. *Age-specific differences in the diagnostics and treatment of cancer patients aged 50 years and older in the province of Limburg, the Netherlands*. *Ann Oncol* 1996;7:677-85.
3. Clark GM. *The biology of breast cancer in older women*. *J Gerontol* 1992;47:19-23.
4. Löwenberg B. *De oudere patiënt met acute myeloïde leukemie*. In: Hillen HFP, Schouten HC, editors. *Ouderen met kanker II*. Breda: Amgen; 2004. p. 197-204.
5. Coebergh JW. *Epidemiologie; frequentie, overleving en comorbiditeit*. In: Hillen HFP, Schouten HC, editors. *Kanker bij ouderen II*. Breda: Amgen; 2004. p. 17-34.
6. Slaets J. *Bijzondere aspecten van kwetsbaarheid en welbevinden bij de oudere patiënt met kanker*. In: Hillen HFP, Schouten HC, editors. *Kanker bij ouderen II*. Breda: Amgen; 2005. p. 49-66.
7. Sonneveld P, de Ridder M, Van der Lelie H, Nieuwenhuis K, Schouten H, Mulder A, et al. *Comparison of doxorubicin and mitoxantrone in the treatment of elderly patients with advanced diffuse non-Hodgkin's lymphoma using CHOP versus CNOP chemotherapy*. *J Clin Oncol* 1995;13:2530-9.

Ontvangen 6 juni 2005, geaccepteerd 3 augustus 2005.

Correspondentieadres

Prof. dr. H.C. Schouten, hoogleraar interne geneeskunde en haematologie, hoofd Afdeling Haematologie-Oncologie

Academisch Ziekenhuis Maastricht
Afdeling Haematologie-Oncologie
Postbus 5800
6202 AZ Maastricht
Tel.: 043 387 70 25
E-mail: h.schouten@intmed.unimaas.nl

Belangenconflict: geen gemeld.
Financiële ondersteuning: geen gemeld.