

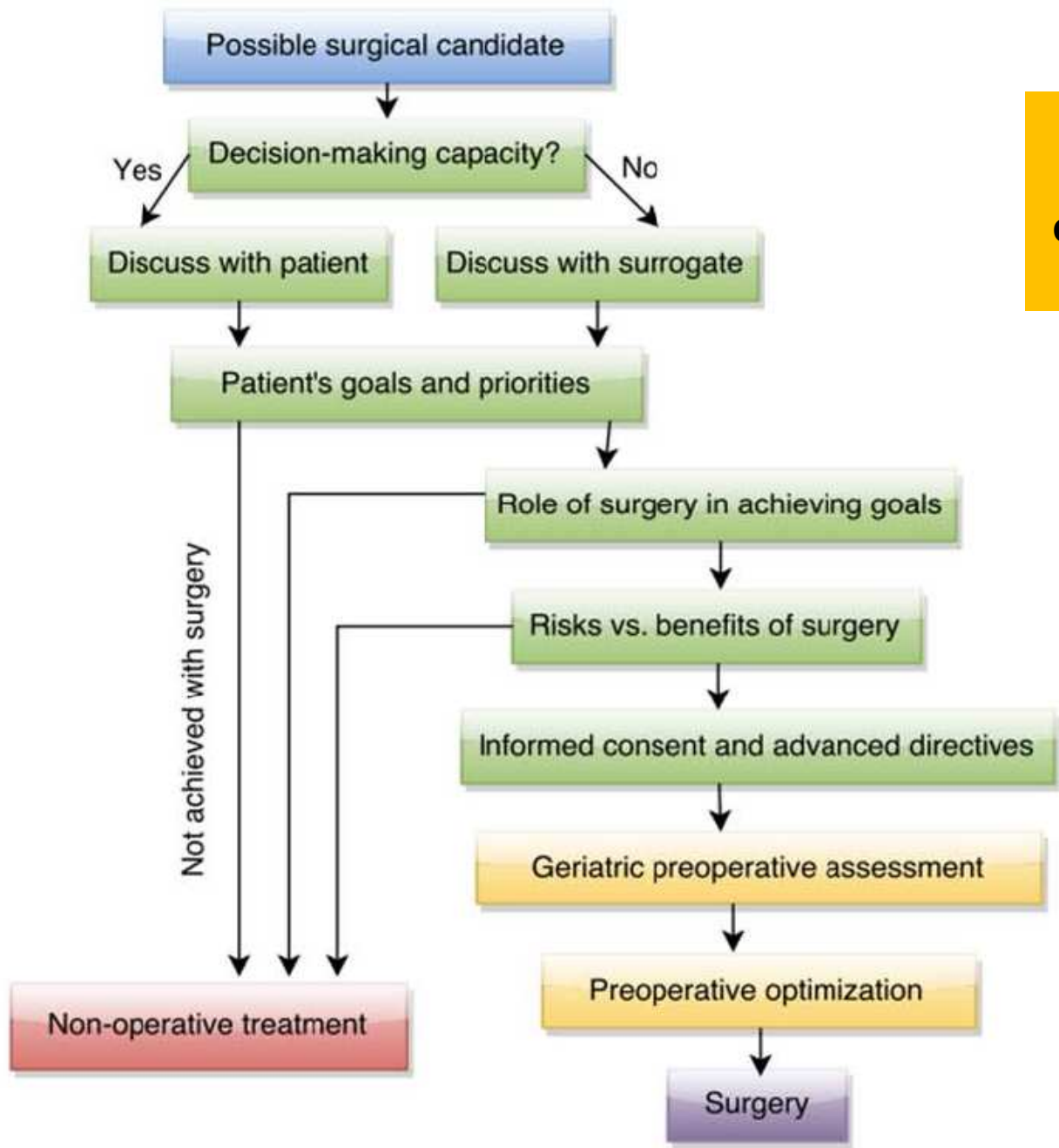
RUOLO ED ASPETTATIVE DELLA CHIRURGIA MAGGIORE NEL PAZIENTE ANZIANO CON CANCRO

Il parere dell'Internista (aspetti medici ed organizzativi)

Massimo Gallerani

Azienda Ospedaliera Universitaria di Ferrara
U.O. Complessa di Medicina Interna Ospedaliera

Ferrara 7 Aprile 2018



**Processione
decisionale/comunicazione**

**Definizione delle priorità
del paziente**

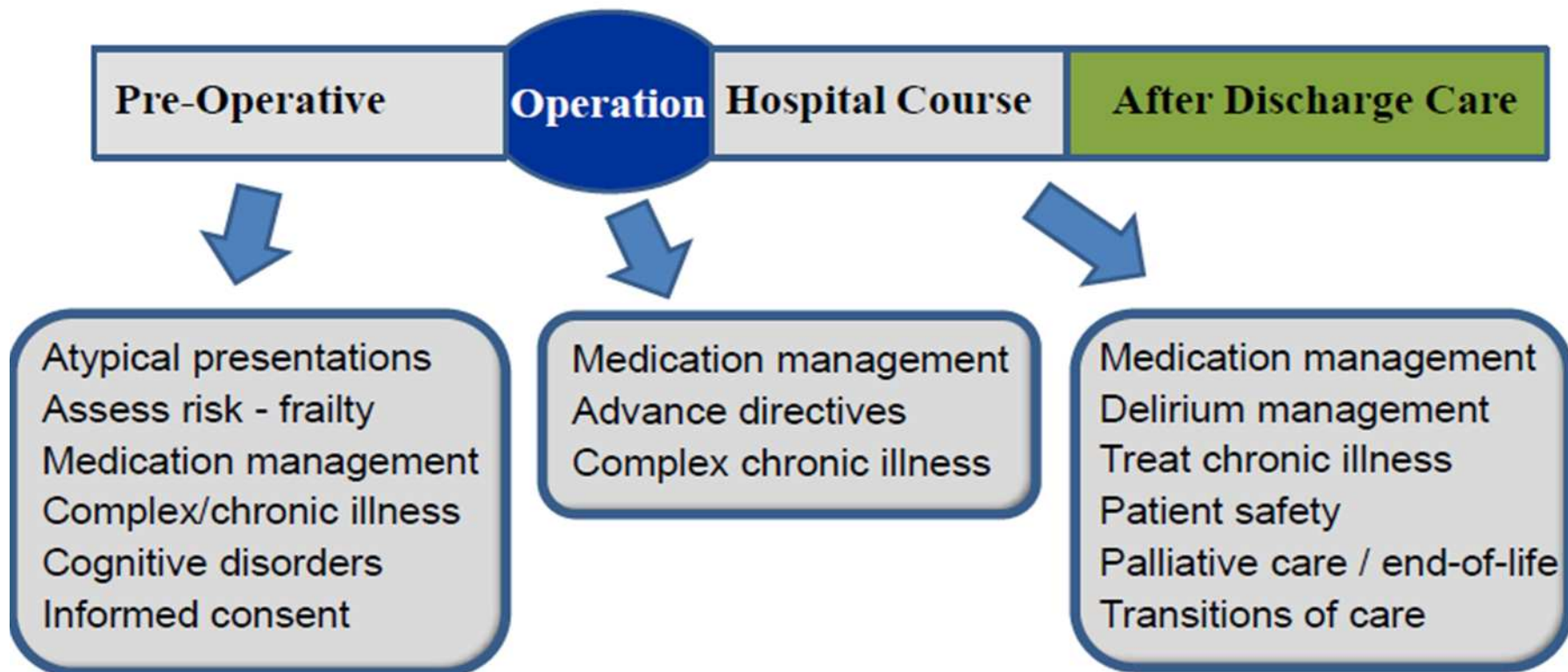
**Comprehensive
Geriatric Assessment**

Adapted from Oresanya LB, et al. JAMA. 2014. (311);20: 2111.

IS MY PATIENT FIT FOR SURGERY?

Careful assessment of elderly patients is necessary before undertaking surgery, taking into account the index illness, co-morbidities, the effects of ageing, and residual impairments from past diseases.

Bell RH et al. JACS 2011 213(5): 683.



VALUTAZIONE GERIATRICA MULTIDIMENSIONALE (VGM) COMPREHENSIVE GERIATRIC ASSESSMENT (CGA)

Metodologia gestionale sviluppata dalla medicina geriatrica con la finalità di pianificare l'assistenza socio-sanitaria al paziente.

Metodologia con la quale sono identificabili e spiegabili i molteplici problemi dell'individuo anziano, vengono valutate le sue imitazioni e le sue risorse, vengono definite le sue necessità assistenziali e viene elaborato un programma di cura complessivo per commisurare gli interventi a tali necessità.

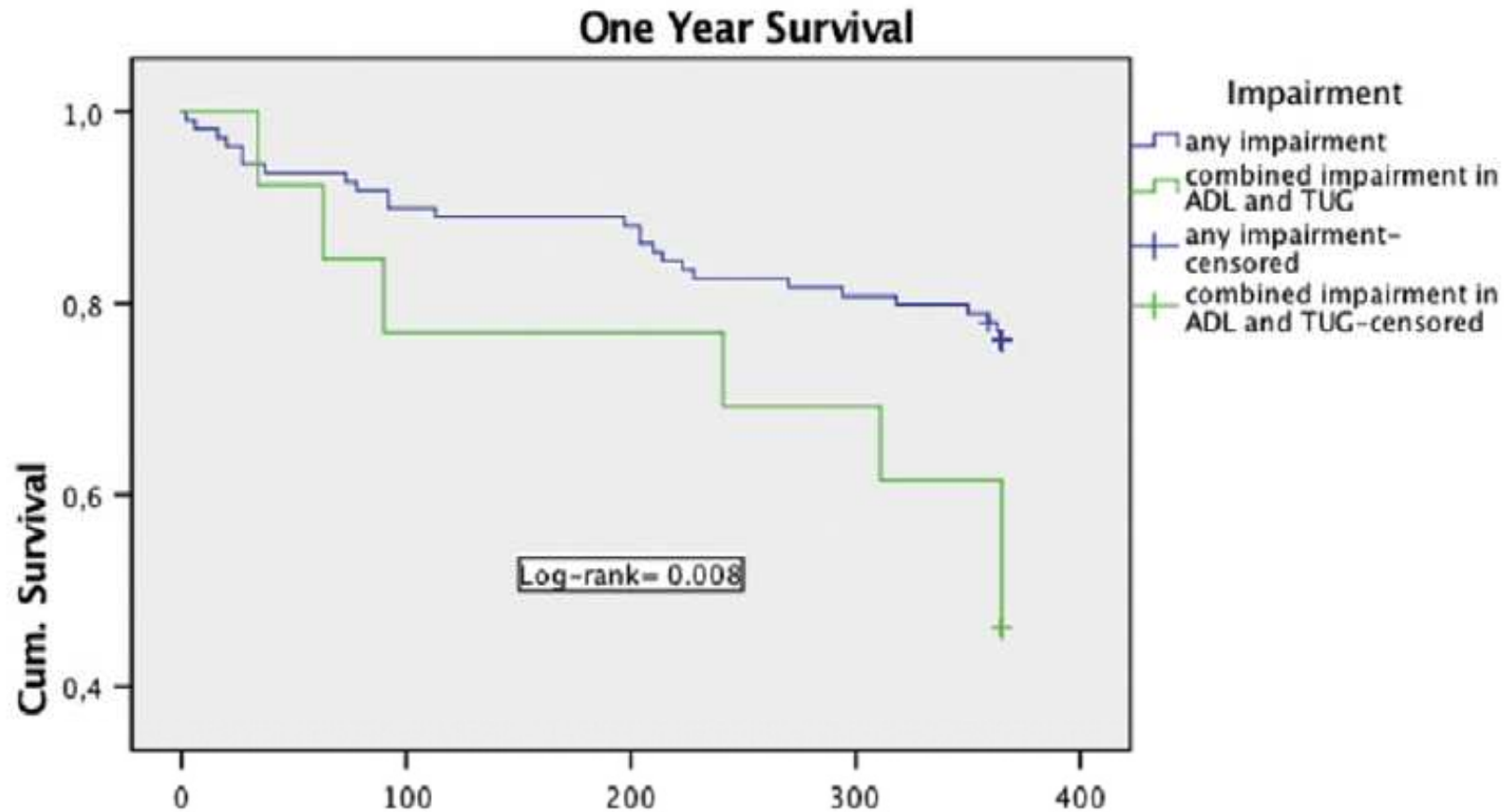
Sintesi dei livelli di evidenza SIGN	Raccomandazione clinica	Forza della raccomandazione clinica
D	Nei pazienti affetti da cancro con più di 70 anni è raccomandato l'uso della VGM	Positiva forte

ELEMENTI OGGETTIVI PER UNA VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE

Parametri	Elementi di valutazione
Stato funzionale	ADL IADL PS SPPB*
Comorbidità	CIRS-G Charlson
Condizioni socio economiche	Condizioni di vita Presenza ed adeguatezza del caregiver
Stato mentale	MMSE Mini-Cog
Condizioni emotive	GDS
Polifarmacoterapia	Numero e appropriatezza farmaci Rischio interazioni farmacologiche
Stato Nutrizionale	MNA BMI
Sindromi geriatriche	Demenza, delirio, depressione, incontinenza, osteoporosi

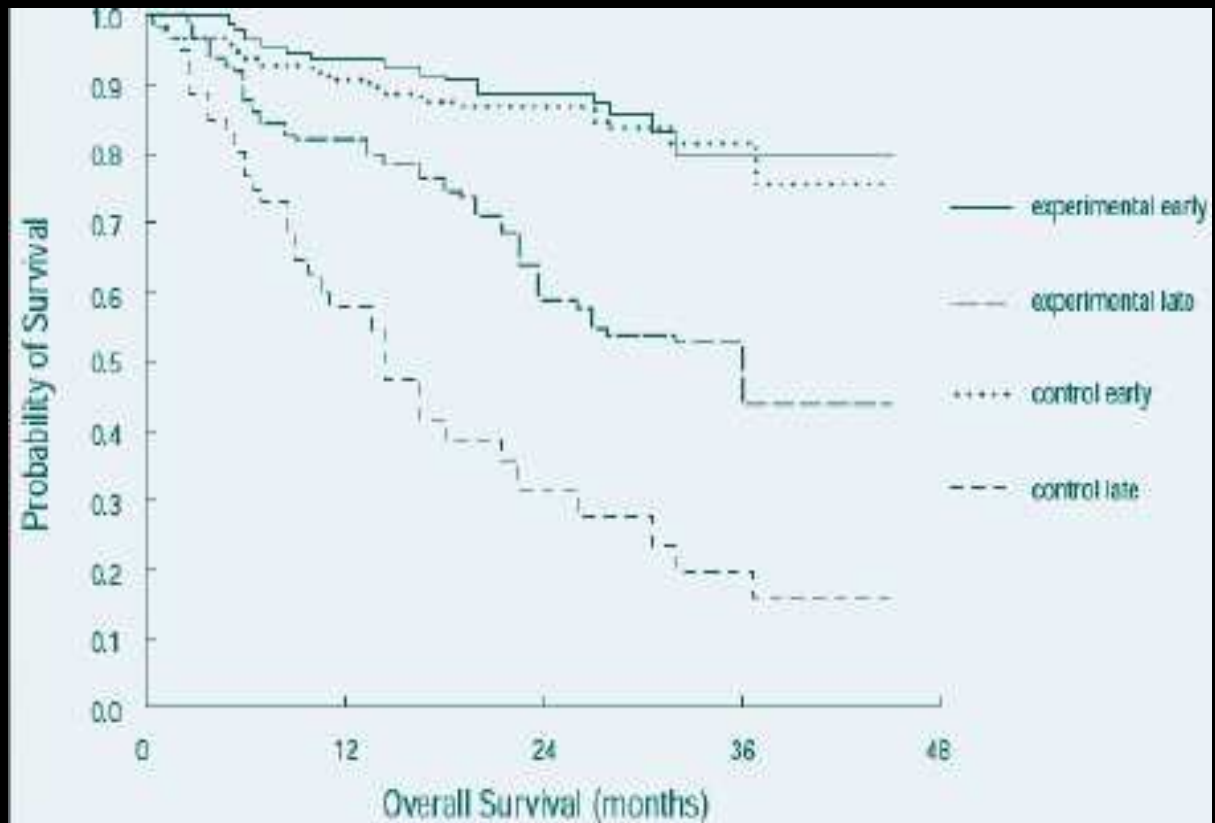
Functional impairment prior to major non-cardiac surgery is associated with mortality within one year in elderly patients with gastrointestinal, gynaecological and urogenital cancer: A prospective observational cohort study

Schmidt M. et al. Journal of Geriatric Oncology 2018; 9: 53–59



Impact of CGA

- Reduction in:
 - Adverse events
 - Hospitalizations
 - Patient stress
 - Mortality

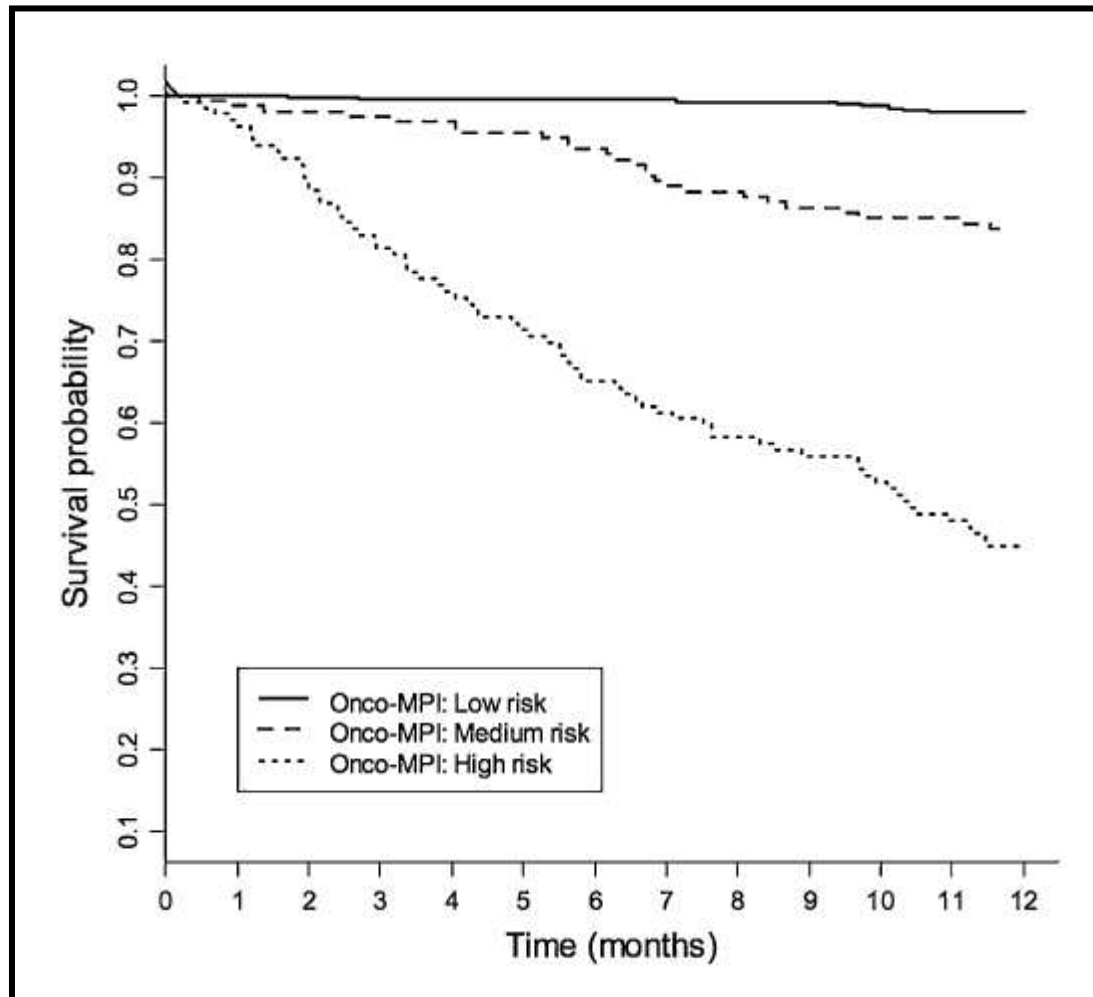


May reduce relative risk of death by 15.3% (in breast cancer adjuvant therapy)

Clough-Gorr *Eur J Cancer* 2011; Cohen *NEJM* 2002;
McCorkle *JAGS* 2000; Hurria *et al. JCO* 2011; Maione *et al. JCO* 2005;
Repetto *et al. JCO* 2002; Poon *et al. JCO* 2011; Rao *et al. J Gerontol A Biol
Sci* 2005; Extermann *et al. Cancer* 2011

Development of an oncological-multidimensional prognostic index (Onco-MPI) for mortality prediction in older cancer patients

Brunello A et al. J Cancer Res Clin Oncol (2016) 142:1069–1077



Kaplan-Meier survival curves, within 1 year of follow-up, according to the three Onco-MPI risk score categories (low risk, medium risk and high risk)

Cognitive decline after major oncological surgery in the elderly

Plas M et al. European Journal of Cancer 2017; 86: 394e402

Cognitive assessment score per test

Domain	Baseline median [interquartile range]	3 months follow-up median [interquartile range]	<i>p</i> *
Memory			
RAVLT immediate recall	32 [25–39]	39 [32–47]	<0.001
RAVLT delayed recall	7 [4–9]	8 [5–10]	<0.001
Information processing speed			
TMT-A	48.9 [39.25–65.40]	45 [36.55–59.50]	0.001
Executive function			
RFFT	52 [40–64]	61 [48–79]	<0.001
TMT-B	118.6 [88.18–156.70]	110.6 [79.53–146.88]	0.008

RAVLT, Rey's Auditory Verbal Learning Test; TMT-A, Trail Making Test part A; TMT-B, Trail Making Test part B; RFFT, Ruff's Figural Fluency Test. * *p* values were derived from a Wilcoxon signed rank test paired (<0.05 was considered significant).

Risk factor	Univariate		Multivariate	
	OR (95% CI)	<i>p</i>	OR (95% CI)	<i>p</i>
Age (years)				
≤75	1			
>75	2.3 (1.0–5.3)	0.046		
Educational level				
Low	1			
High	0.5 (0.1–2.2)	0.4		
Groningen Frailty Indicator (GFI)				
≤3	1			
>3	1.0 (0.4–2.4)	1.0		
Mini-Mental State Examination (MMSE)				
>26	1		1	
≤26	6.3 (2.4–17)	<0.001	6.4 (2.1–19)	0.001
Charlson comorbidity index (CCI)				
≤2	1			
>2	1.0 (0.4–2.3)	1.0		
Major surgery				
No	1		1	
Yes	3.1 (1.3–7.5)	0.012	2.7 (1.0–7.5)	0.048
Intra-cavitary surgery				
No	1			
Yes	2.1 (0.8–5.9)	0.1		
Disease stage				
Benign & I	1			
II	2.2 (0.8–6.1)	0.1		
III	0.7 (0.2–2.6)	0.6		
IV	0.7 (0.2–2.9)	0.6		
Socio-economic status				
Low	1			
Intermediate	1.1 (0.4–2.6)	0.9		
High	0.3 (0.0–2.5)	0.3		
Postoperative delirium				
No	1		1	
Yes	8.7 (3.3–23)	<0.001	5.3 (1.8–16)	0.002
Postoperative complications (without delirium)				
No	1			
Yes	1.7 (0.7–3.8)	0.2		
Re-operation within 30 d				
No	1			
Yes	0.9 (0.2–4.3)	0.9		

Logistic regression analysis for cognitive decline 3 months postoperatively (n = 219)

Postoperative decline was defined of ≥ 25% on ≥ 2 of 5 test parts compared to baseline

Impact of Cognitive and Functional Impairment

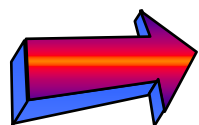
- Increased mortality
- Increased length of stay
- Increased risk of medical complications
- Difficulty with rehab programs
- Increased risk of nursing home placement

Politerapie & Interazioni tra farmaci

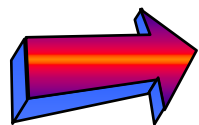


“Un’interazione tra farmaci diventa importante
interferisce con l’efficacia attesa o diminuisce la
sicurezza di un trattamento”

Al momento dell’autorizzazione in commercio di un farmaco, il profilo di sicurezza negli anziani di un farmaco risulta limitato.



Il rischio di potenziali interazioni aumenta in maniera quasi esponenziale all’aumentare dell’**età** e del **numero di farmaci** utilizzati.



Il rischio di interazioni si **triplica** in quei pazienti che ricevono prescrizioni di farmaci contemporaneamente da più medici.



Older Patients at Greater Risk for Adverse Drug Reactions

- More likely to have impaired renal function and chronic kidney disease
- More sensitive to psychoactive medications (e.g. narcotics, benzodiazepines, antihistamines)
- More likely to be on multiple medications (Polypharmacy)

Preoperative Assessment of the Older Patient

A Narrative Review

Lawrence B. Oresanya, MD; William L. Lyons, MD; Emily Finlayson, MD

IMPORTANCE Surgery in older patients often poses risks of death, complications, and functional decline. Prior to surgery, evaluations of health-related priorities, realistic assessments of surgical risks, and individualized optimization strategies are essential.

OBJECTIVE To review surgical decision making for older adult patients by 2 measures: defining treatment goals for elderly patients and reviewing the evidence relating risk factors to adverse outcomes. Assessment and optimization strategies for older surgical patients are

IMPORTANCE Surgery in older patients often poses risks of death, complications, and functional decline. Prior to surgery, evaluations of health-related priorities, realistic assessments of surgical risks, and individualized optimization strategies are essential.

RESULTS This review identified 54 studies of older patients; 28 that examined preoperative clinical features associated with mortality (n = 1 422 433 patients) and 26 that examined factors associated with surgical complications (n = 136 083 patients). There was substantial heterogeneity in study methods, measures, and outcomes. The absolute risk and risk ratios

CONCLUSIONS AND RELEVANCE Geriatric conditions may be associated with adverse surgical outcomes. A comprehensive evaluation of treatment goals and communication of realistic risk estimates are essential to guide individualized decision making.

cognitive impairment (adjusted OR, 2.2; 95% CI, 1.4-2.7) was associated with postoperative delirium (adjusted OR, 17.0; 95% CI, 1.2-239.8; $P < .05$). Frailty was associated with a 3- to 13-fold increased risk of discharge to a facility (adjusted OR, 3.16 [95% CI, 1.0-9.99] to 13.02 [95% CI, 5.14-32.98]).

CONCLUSIONS AND RELEVANCE Geriatric conditions may be associated with adverse surgical outcomes. A comprehensive evaluation of treatment goals and communication of realistic risk estimates are essential to guide individualized decision making.

Older patient with condition potentially amenable to surgery

Yes

Does patient have decision-making capacity

Discuss treatment goals and choices with patient and family of his or her choosing

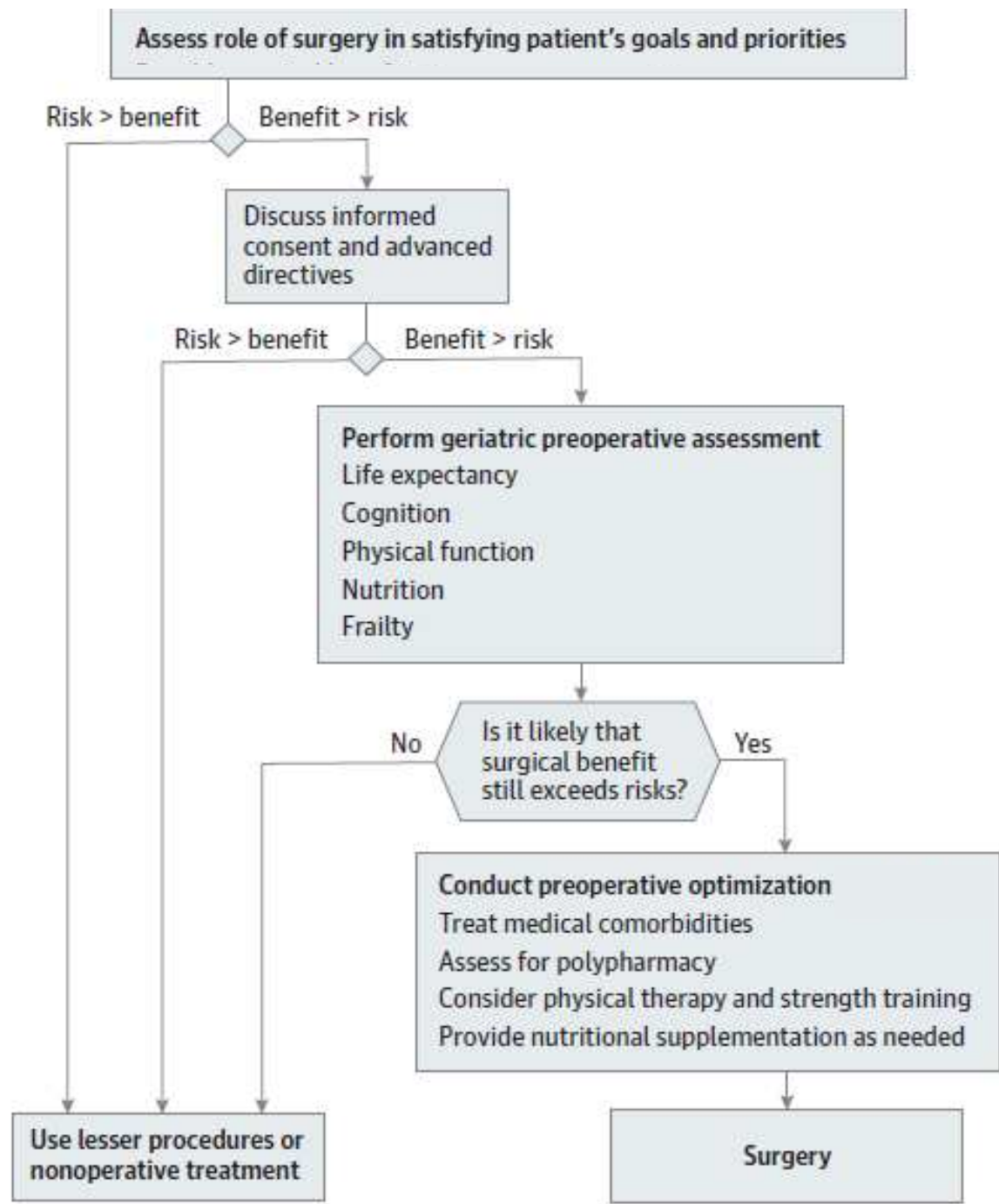
Elicit patient's goals and priorities
Life priorities
Functional goals
Maintenance of independence
Comfort

Assess patient's understanding of the condition and the proposed surgery
Possible benefits
Cure of disease
Prolongation of life
Symptom relief
Improved function
Possible risks
Premature death
Delirium

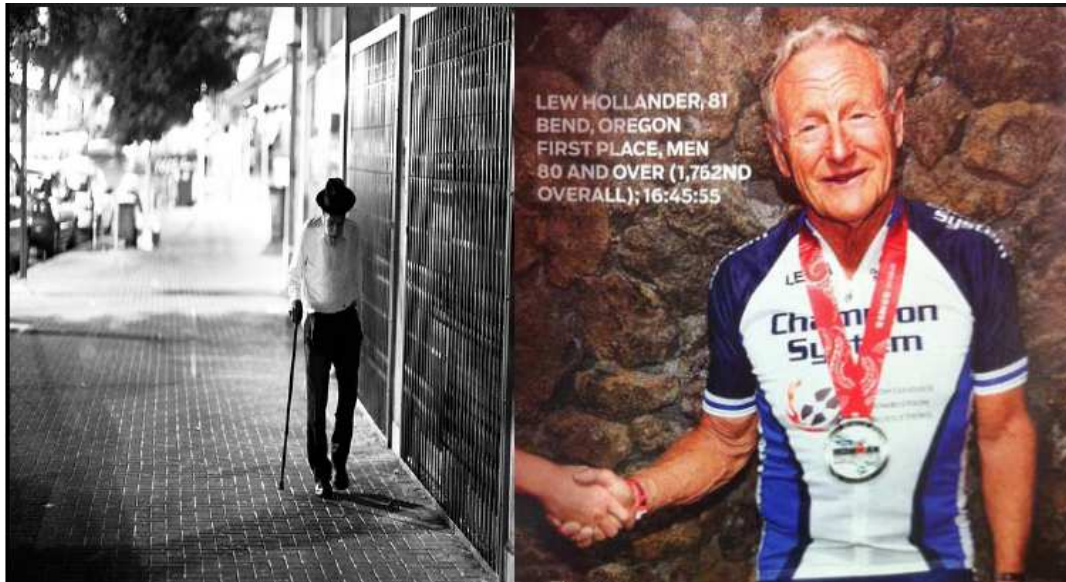
- Assess role of surgery in satisfying patient's goals and priorities
- Possible surgical benefits
 - Cure of disease
 - Prolongation of life
 - Symptom relief
 - Improved function (eg, mobility after joint replacement)
- Possible surgical risks
 - Premature death
 - Delirium, cognitive loss
 - Loss of function
 - Loss of independence (eg, institutionalization)

Loss of function
Loss of independence (eg, institutionalization)

t of
ient
on
y
to



Appropriatezza delle cure



Do we treat these two menthe same?

- Intervento correlato al bisogno del paziente, fornito nei modi e nei tempi adeguati, sulla base di standard scientifici riconosciuti, con un bilancio positivo tra benefici, rischi e costi...
- Il Conetto di salute varia con la prognosi, l'aspettativa di vita, la qualità di vita, il profilo e la storia del malato.
- Con progredire della malattia, il principale obiettivo delle cure è quello di migliorare la Qualità di Vita (QdV)

Capacity to Consent

If a vulnerable elder is to have inpatient or outpatient elective surgery, then there should be documentation of the patient's capacity to understand the risks and benefits of the proposed procedure before the operative consent form is presented for signature.....

Legge 22/12/2017, n. 219 «Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento»

Art. 1. Consenso informato

Ogni persona ha il diritto di conoscere le proprie condizioni di salute e di essere informata in modo completo, aggiornato e a lei comprensibile riguardo alla diagnosi, alla prognosi, ai benefici e ai rischi degli accertamenti diagnostici e dei trattamenti sanitari indicati, nonché riguardo alle possibili alternative e alle conseguenze dell'eventuale rifiuto del trattamento sanitario e dell'accertamento diagnostico o della rinuncia ai medesimo

incaricati di riceverle e di esprimere il consenso in sua vece se il paziente lo vuole. Il rifiuto o la rinuncia alle informazioni e l'eventuale indicazione di un incaricato sono registrati nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico.

Art. 1. Consenso informato

6. Il medico e' tenuto a rispettare la volonta' espressa dal paziente di

**Il tempo della comunicazione
tra medico e paziente
costituisce tempo di cura**

6. Il tempo della comunicazione tra medico e paziente costituisce tempo di cura.

Art. 5. Pianificazione condivisa delle cure

1. Nella relazione tra paziente e medico, rispetto all'evolversi delle conseguenze di una patologia cronica e invalidante o caratterizzata da inarrestabile evoluzione con **prognosi infausta**, può essere realizzata una **pianificazione delle cure condivisa tra il paziente e il medico**, alla quale il medico e l'equipe sanitaria sono tenuti ad attenersi qualora il paziente venga a trovarsi nella **condizione di non poter esprimere il proprio consenso o in una condizione di incapacità.**

.

Communicating Effectively With Elderly Cancer Patients

Communication style with the elderly is as important as content. **Specific techniques elderly patients may find useful for avoiding miscommunication.**

Even in dire circumstances, a style that balances honest realism with optimism is therapeutic for the elderly patient with limited life expectancy. Emphasizing goals other than survival, such as freedom from pain, being in the presence of family, and having a sense of completion and dignity is an effective strategy to provide optimism at the end of life.

Unlike younger patients, elderly patients are more likely to be at peace with a terminal diagnosis if they feel they have had a complete life.

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

- ✓ La Valutazione Geriatrica Multidimensionale (VGM o CGA) permette di rilevare i molteplici problemi dell'individuo anziano, valutare le sue limitazioni e le sue risorse, definire le sue necessità assistenziali e elaborare un programma di cura complessivo per commisurare gli interventi a tali necessità.
- ✓ Necessaria una pianificazione delle cure condivisa tra il paziente e il medico, eventualmente considerando le disposizioni anticipate di trattamento
- ✓ Il tempo della comunicazione tra medico e paziente costituisce tempo di cura.

Grazie
dell'attenzione

