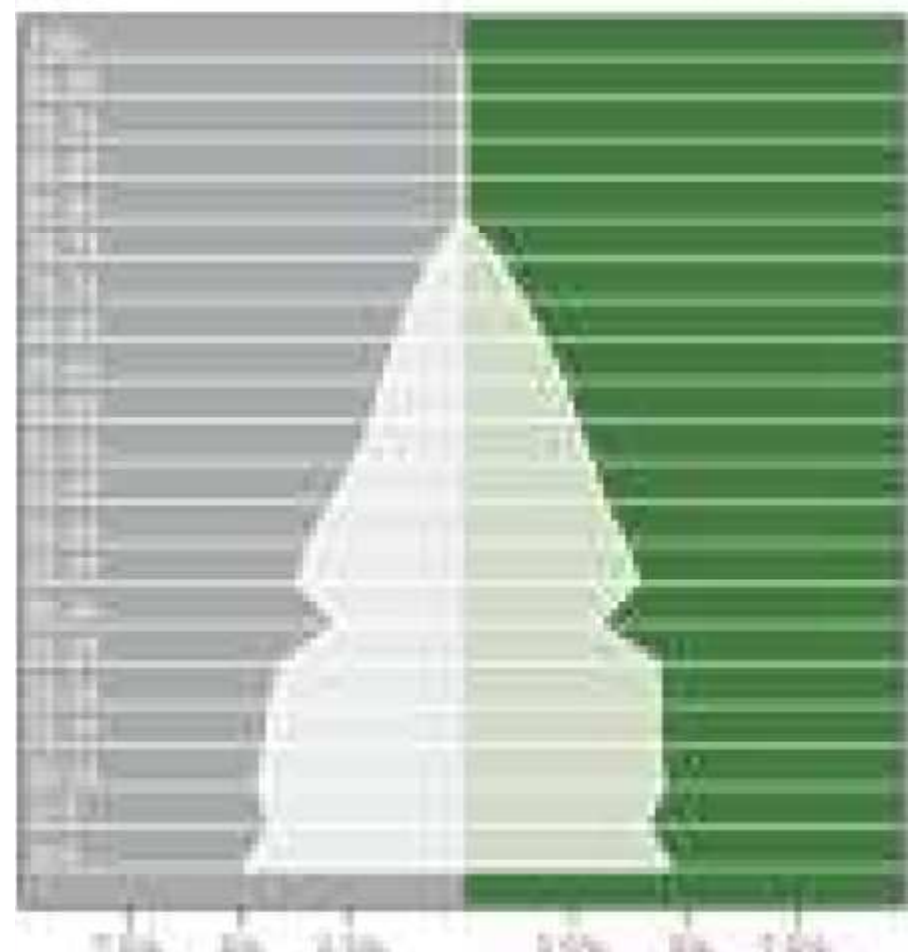


Ruolo e aspettative della chirurgia complessa dei tumori dell'addome e del torace nel paziente anziano

Il parere dell'Oncologo

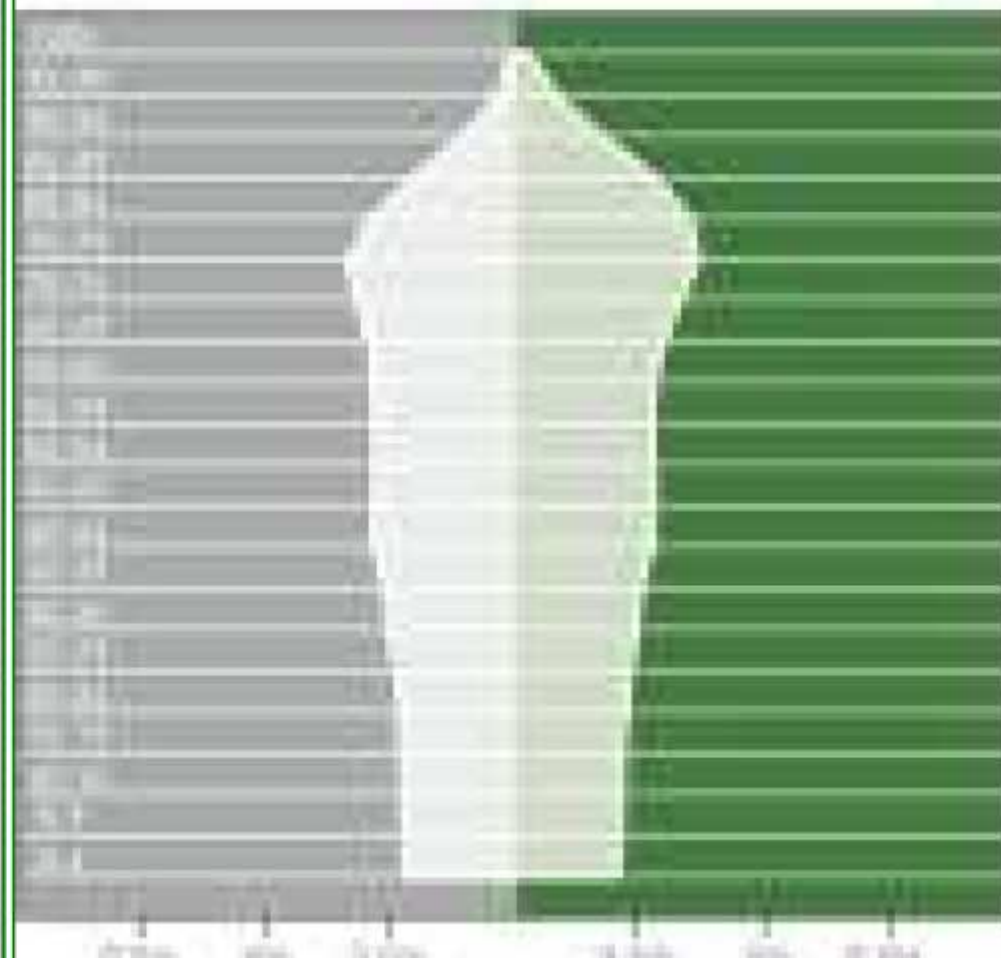
Italy 1960

aa.tpa.com



Italy 2010

BT.049.808



L'allungamento della vita media fa sì che la popolazione anziana vada sempre più **differenziandosi**

- Giovani anziani vicino alla soglia dei 65 anni
- Anziani fra 70-80
- Grandi anziani >80

Il numero complessivo delle diagnosi tumorali tenderà ad aumentare poiché con l'andare del tempo si accumulano nell'organismo agenti cancerogeni

Differenze di genere

- 70-84
- uomini: prostata, polmone, colon-retto, stomaco
- donne: mammella, colon-retto, polmone, pancreas
stomaco

Nei pazienti più anziani le differenze di sopravvivenza e quelle fra le diverse sedi tendono a scomparire

La vecchiaia estrema è molto democratica

Diversi fattori **condizionano la cattiva prognosi** nell'anziano

- Ritardo diagnostico/assenza di screening
- Minor accesso a terapie più efficaci
- Minor accesso alle sperimentazioni

Spesso i pazienti sono trattati per “età” e non per stato fisico reale

Di qui la necessità di una valutazione multidimensionale

L'anziano fragile

- Rappresenta il 15-30 % della popolazione fra 65-84 aa
- La fragilità predispone a eventi negativi in presenza di condizioni stressanti fisiche/psichiche/ambientali
- È a elevato rischio di sviluppare tossicità e/o complicanze a trattamenti oncologici

Definizione di **fragilità** in oncologica geriatrica come la presenza di almeno una di queste condizioni

- Sindrome geriatrica (delirium, cadute, fragilità, vertigini, incontinenza urinaria, sincope)
- Dipendenza in una attività della vita quotidiana
- ≥ 3 comorbilità
- Età >85 aa

E' raccomandato lo screening per fragilità, mediante l'uso di VGM, nei soggetti >70 anni candidati a trattamenti aggressivi. *LG AIOM 2017*

vulnerabilità in oncologica geriatrica

Questo concetto comprende una vasta gamma di condizioni e **precede quello di fragilità**

Viene utilizzato in oncologia il test **G8**

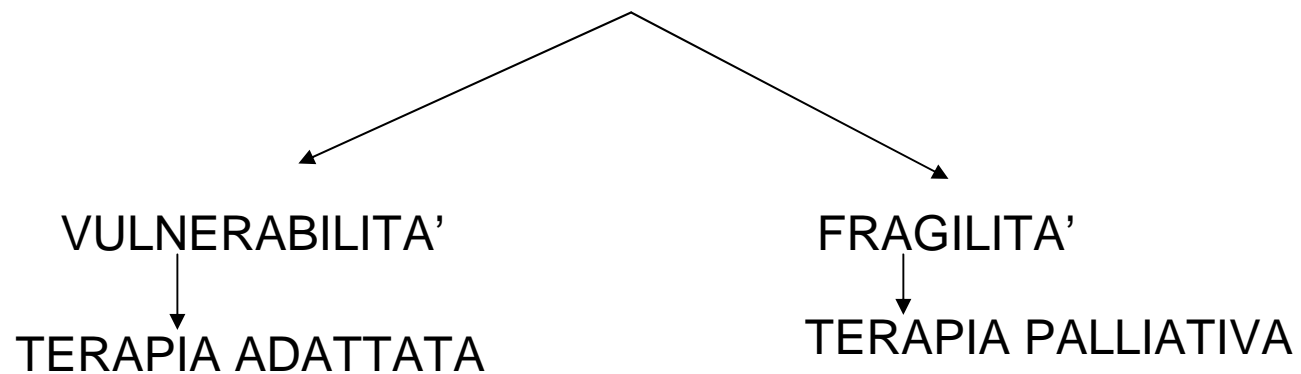
G8

- Negli ultimi 3 mesi, considerando le abitudini alimentari, è diminuita l'assunzione di cibo a causa di: perdita di appetito, problemi digestivi, difficoltà di masticazione e/o deglutizione?
- 0: grave riduzione
- 1: moderata riduzione
- 2: normale assunzione
- Perdita di peso durante gli ultimi 3 mesi? 0: riduzione >3kg
- 1: sconosciuta
- 2: riduzione fra 1 e 3 kg
- 3: non perdita di peso
- Movimento
- 0: letto o poltrona
- 1: in grado di alzarsi dal letto/sedia ma senza uscire
- 2: esce
- Problemi Neuropsicologici (anamnestico) Se sospetto, rimandare compilazione a dopo invio allo specialista (Neurologo)
- 0: demenza o depressione severa
- 1: demenza o depressione moderata/lieve
- 2: non problemi psicologici
- Body Mass Index(peso in kg/altezza in m2)
- 0: BMI <19
- 1: BMI 19 - 21
- 2: BMI 21 - 23
- 3: BMI >23
- Assume stabilmente più di 3 tipologie di farmaci al giorno?
- 0: si
- 1: no
- In confronto alle altre persone della stessa età come considera il paziente il suo stato di salute?
- 0: non buono
- 0,5: ignoto
- 1: buono
- 2: ottimo
- Età 0: >85 -1: 80-85- 2: <80
- Punteggio totale (0-17)
- Ref.: P. Soubeyran et al. Validation of a screening test for elderly patients in oncology. JCO.Vol 26, 15S, 2008

Flow chart operativa dopo G8

SCORE > 14 → TERAPIA STANDARD

SCORE < 14 → VGM



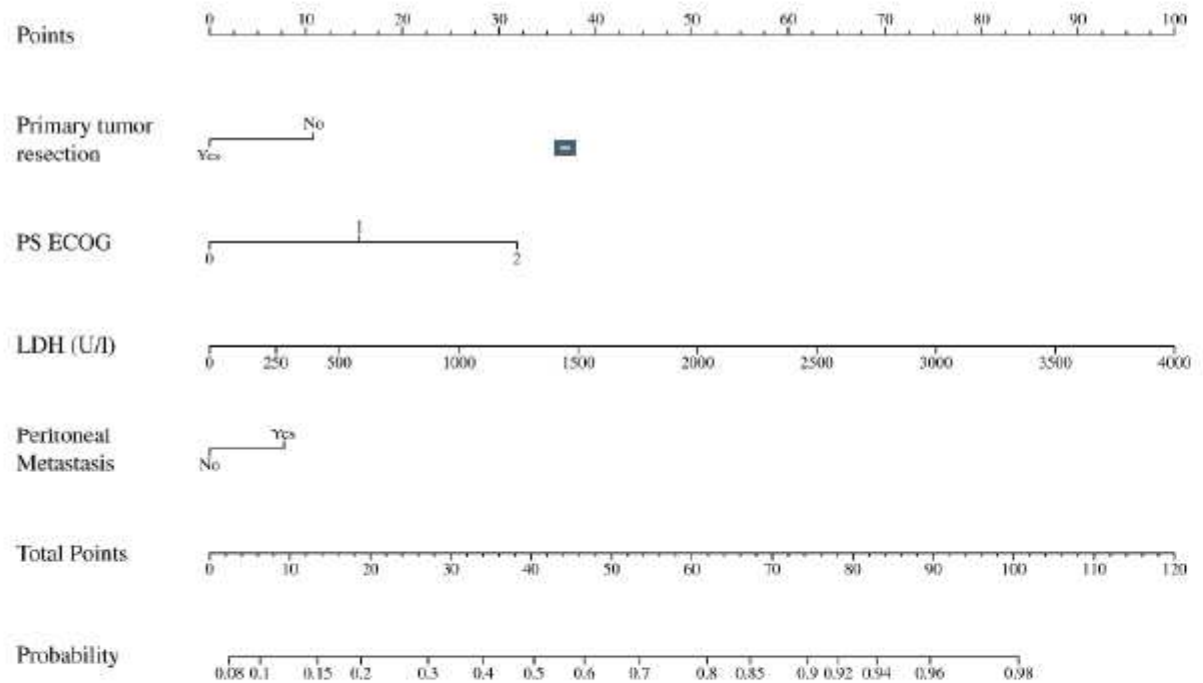


Figure 1

Selezionare i pazienti per trattamento fra comorbidità, polifarmacia, **tipo di neoplasia**, scores

- Identificazione della terapia più efficace
- Rischio accettabile di tossicità
- Rischio di sottostimare l'impatto della neoplasia sullo stato fisico di paziente

Quali accorgimenti devono essere osservati

- Prescrivere il minor numero di farmaci possibile
- Preferire farmaci a emivita breve
- Iniziare con dosi basse
- Monitorizzare regolarmente la risposta clinica
- Istruire il paziente sugli effetti collaterali

Stato nutrizionale: dalla sarcopenia alla cachessia

Attenzione ai nuovi farmaci inibitori delle tirosin
kinasi(sunitinib/ sorafenib..) che sono associati a una
specifica condizione di perdita di massa muscolare

Antoun et al. J.Clin Oncolo. 2010;28:1054.1060

La presenza di malnutrizione aumenta il rischio di mortalità
nei pazienti sottoposti a chemioterapia (studio
prospettico in pz affetti da neoplasia del colon>70aa)

Aaldriks et al J Geriatr. Oncol 2013;4:218-226

Dalle linee guida AIOM 2017

I supplementi nutrizionali orali (proteico/calorici a base di aminoacidi e/o vitamine) dovrebbero essere usati nei pazienti anziani oncologici in caso di malnutrizione

La nutrizione enterale e la nutrizione parenterale

dovrebbero essere prese in considerazione **solo** nei casi che non hanno una breve aspettativa di vita e la cui cachessia è secondaria a cause di ostruzione od ostacolo nel tratto digestivo

Uso razionale dei farmaci chemioterapici nel paziente anziano

- L'assorbimento intestinale può essere diminuito
- Metabolismo epatico: attivazione/disattivazione/interazione dei farmaci
- Escrezione renale diminuita/clearance

Esempi:

Oxaliplatino: nessun rischio se viene monitorizzata la funzionalità renale

Capecitabina: rischio di sovradosaggio se la dose non viene adattata alla corretta clearance

Occorre quindi un adattamento in funzione degli organi emuntori

Indicazioni per la pratica clinica

- **NON** modificare la dose in base all'età per ripercussione negativa sulla attività antineoplastica
- Nell'anziano in buone condizioni viene raccomandata la terapia **standard**
- Considerare le **vie di eliminazione** del farmaco
- Considerare la riduzione **dell'assorbimento gastrico**
- Considerare la concentrazione **emoglobinica**

Ruolo e aspettative della chirurgia complessa
dei tumori dell'addome e del torace nel paziente
anziano

Il parere dell'Oncologo
TEAM

