

De oudere patiënt

Darmkanker op leeftijd
Delft, 19-01-2016

Huub Maas, klinisch geriater
Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis


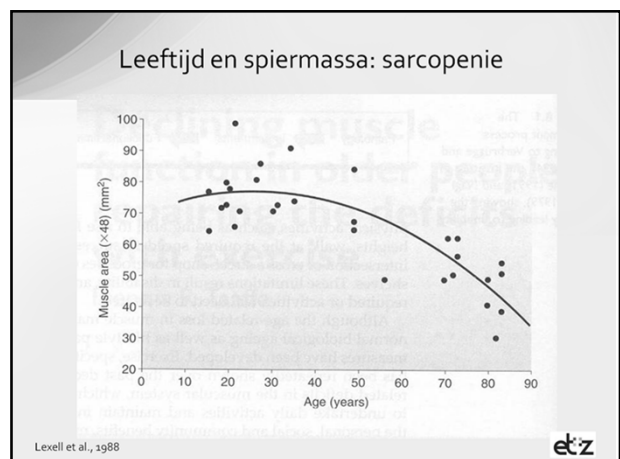


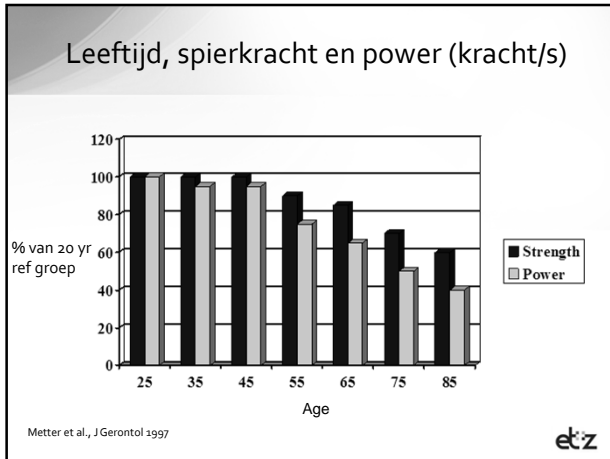
Disclosure belangen

(potentiële) belangenverstremgeling	Geen
Voor bijeenkomst mogelijk relevante relaties met bedrijven	Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis, IKNL
<ul style="list-style-type: none"> • Sponsoring of onderzoeksgeld • Honorarium of andere (financiële) vergoeding • Aandeelhouder • Andere relatie, namelijk ... 	<ul style="list-style-type: none"> • KWF, GeriOnNe • n.v.t. • n.v.t. • gehuwd met kinderarts

Veroudering

- Theorieën: Ontwikkeling-theorie
Degeneratie-theorie
Emotie-regulatie theorieën
- Orgaansystemen, orgaanmorfologie en –functie
 - Feedbackmechanismen vertraagd
 - Variabiliteit neemt af, 'anabole drive' neemt af
 - Voldoende reservecapaciteit resteert
 - Interactie met exogene factoren - pathologie



- ### Oudere patiënten: wat is het probleem?
- Steeds meer en vaker ouder
 - Heterogene populatie: multimorbiditeit, polyfarmacie, zelfredzaamheid, overleving, voorkeuren
 - Studies, richtlijnen vs klinische praktijk complicaties + impact
 - Discussie: zorgpad, IGZ, casemix, ligduur.....
 - Progressie of survival gap?
- et:z

Prevalentie van multimorbiditeit

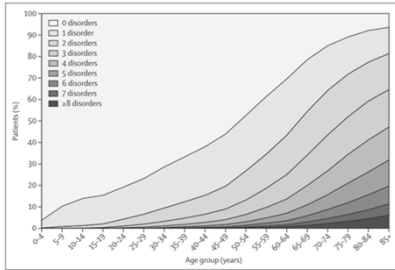
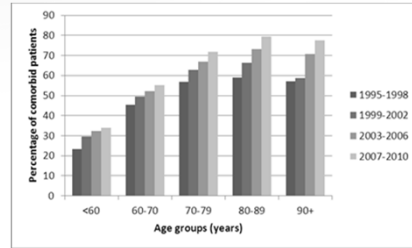


Figure 2: Number of chronic disorders by age-group

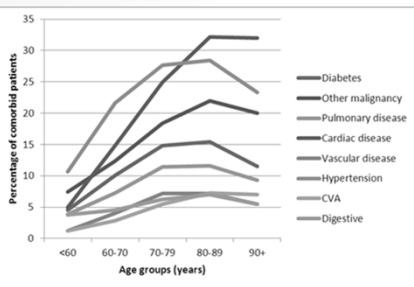
Barnett, Lancet 2012



Multimorbiditeit colorectaal carcinoom



van Leersum, Int J Cancer 2013



van Leersum, Int J Cancer 2013



Multimorbiditeit en overleving

- 65 – 80 yrs: Predicts 3 yr survival and over.....
- 80+ yrs: Predicts survival only if associated with disability

Marengoni et al. Ageing Res Rev 2011



Oudere patiënten: probleem?

The Geriatric Cancer Patient

Equal benefit from Equal treatment

et:z

Problem?

Functional abilities

Independent

Dependent

Minor illness (eg, urinary tract infection)

Figure 1: Vulnerability of frail elderly people to a sudden change in health status after a minor illness

Clegg et al, Lancet 2013

et:z

Oversterfte na colorectale chirurgie

TABLE 3 Overall 30-day and 1-year mortality and relative 1-year mortality rates in percentages according to type of tumor

	Colon cancer			Rectal cancer		
	Overall mortality	Excess mortality		Overall mortality	Excess mortality	
	N	≤30 days	1st year	N	≤30 days	1st year
Sex						
Male	2,976	4.6	15.7	1,639	2.1	13.2
Female	3,429	4.1	14.5	1,353	1.3	9.9
Age (years)						
<65	1,740	2.4	6.8	1,047	0.2	4.1
65-74	1,916	2.4	10.8	892	1.4	7.5
≥75	2,749	7.5	23.2	1,053	3.7	13.1
Grade						
I	436	2.1	5.9	162	3.1	8.8
II	4,284	4.4	12.6	2,140	1.8	10.2
III	1,065	4.7	25.2	440	1.6	22.3
Unknown	620	4.8	18.2	250	1.2	8.4
Stage						
I	1,179	1.7	8.0	1,023	1.5	7.6
II	3,143	5.0	13.5	966	2.4	12.7
III	2,083	4.8	21.4	1,003	1.5	14.9

Dekker et al, Ann Surg Oncol 2011

et:z

Mortaliteit en leeftijd na rectumchirurgie

Age, years	Number of patients	Relative risk	95% CI	p	30-day mortality, %	6-month mortality, %
<61	1179	1.23	0.56-2.75	0.0001	1.1	2.1
61-63	354	1.27	0.40-4.06	<0.0001	1.1	3.1
64-66	401	9.0	4.4-12	<0.0001	2.0	4.7
67-69	481	4.7	3.7-6.1	<0.0001	2.5	6.2
70-72	438	3.1	2.5-3.9	<0.0001	1.6	4.9
73-75	452	2.8	2.2-3.4	<0.0001	3.5	8.0
76-78	423	1.8	1.5-2.2	<0.0001	6.9	11.0
79-81	329	1.6	1.3-2.0	<0.0001	7.9	14.9
82-84	321	3.2	0.9-1.6	0.17	10.4	17.7
85-87	169	2.4	1.3-3.9	<0.0001	14.8	27.2
88-90	71	3.5	0.9-2.5	0.09	18.3	36.8
≥90	31	3.5	0.5-2.5	0.14	25.8	37.7

Data from the Dutch Comprehensive Cancer Centres South and West.

Table 1: Relative risk of dying after curative rectal-cancer surgery compared with the general population

Rutten et al, Lancet Oncology 2008

et:z

Oplossingsrichtingen?

- Selectie van patiënten (door patiënten?)
- Modificatie van behandeling
- Interventies (non-chirurgisch)
- Verbetering nazorg



Ouderen of kwetsbare ouderen?



kwetsbaarheid ?

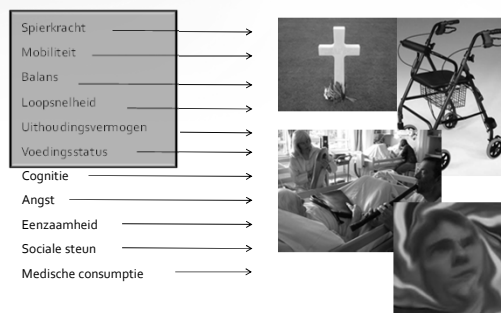
Definitie concept: proces van opeenstapelen van lichamelijke, psychische en/of sociale tekorten in het functioneren dat de kans vergroot op negatieve gezondheidsuitkomsten (functiebeperking, institutionalisering, overlijden)

Operationele definities:

- **Fysieke phenotype**-model: 'Frailty is een biologisch syndroom van een verminderde reserve en weerstand tegen stressoren, dat het resultaat is van dalingen van diverse fysiologische systemen, en dat kwetsbaarheid voor ongewenste uitkomsten veroorzaakt'

- **Cumulatief deficit** model ('brede model'): 'Frailty betekent een verlies van hulpbronnen in verschillende domeinen van het functioneren, dat leidt tot een verminderde reservecapaciteit voor het omgaan met stress'

Operationaliseren van frailty in de praktijk



FRAILTY



Multimorbiditeit




Beperkingen

Prevalentie frailty

<p>Review</p> <p>65-69 yr → 3 %</p> <p>70-74 → 7 %</p> <p>65-79 → 10 %</p> <p>80-84 → 16 %</p> <p>85+ → 26 %</p> <p>'prefrail'</p>	<p>Cohort:</p> <p>73 yr → 18 %</p> <p>80 yr → 33%</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------


Collard et al, J Am Geriatr Soc 2012 Huisman, Deeg, LASA-studie, SCP 2011



Atypische ziektepresentatie

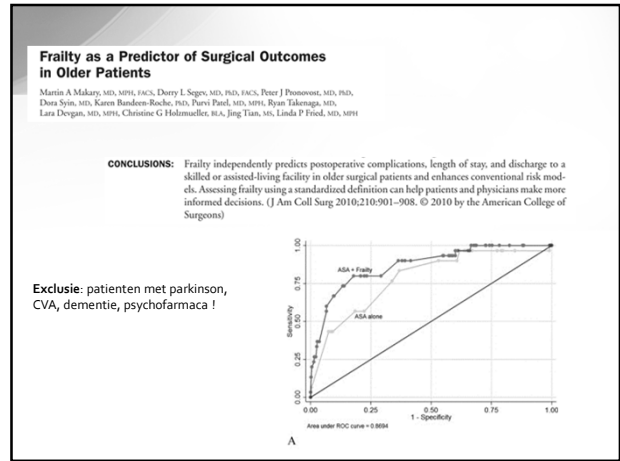
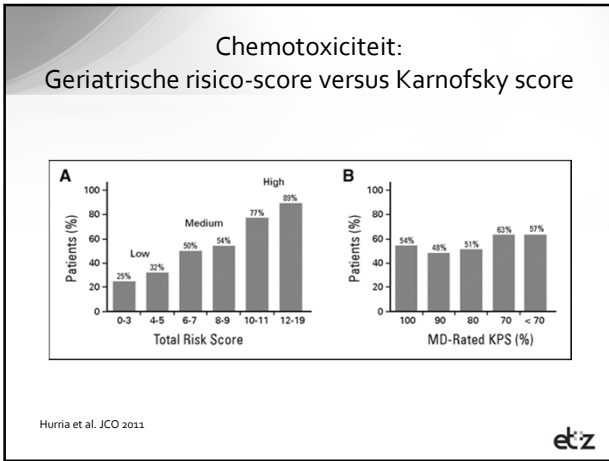
- 25 % vitale ouderen vs 60 % "frail" elderly
- Delay diagnostiek
- Delay therapeutische interventies

Jarret, Arch Int Med, 1995
Tate, Br J Cancer, 2010
Waterer, Chest, 2006



Klinische praktijk: Staging the Ageing

- Multidomein beoordeling:
 - Comprehensive Geriatric Assessment
 - Specifieke scorelijsten bij chemotoxiciteit
- Kwetsbaarheidsmeting:
 - Frailty-instrumenten: G8, GFI, VES-13
 - Physical Performance Measures: TUG, loopsnelheid



Geriatric assessment en complicaties

ELSEVIER
Critical Reviews in Oncology/Hematology 76 (2010) 208-217
www.elsevier.com/locate/critrevonc

Oncology
Hematology
Including Cancer Therapy

Comprehensive geriatric assessment can predict complications in elderly patients after elective surgery for colorectal cancer: A prospective observational cohort study

Siri R. Kristjansson^{a,*}, Arild Nesbakken^b, Marit S. Jordhøy^{c,d}, Eva Skovlund^e, Riccardo A. Audisio^f, Hans-Olaf Johannessen^g, Arne Bakka^h, Torgeir B. Wyller^a

OR severe complications:
CGA group frail 3.1 (1.7-5.9)
Leeftijd, ASA, stadium: NS

FIT		FRAIL	
All of the following criteria		One or more of the following criteria	
PADL	>18	IADL	<19
IADL	>43	CRS	No co-morbidity > grade 2
CRS	No co-morbidity > grade 2	Any grade 1 co-morbidity	>2 co-morbidities grade 3
Polypharmacy	<5 daily medications	>7 daily medications	
MNA	≥24	<17	
MMSSE	>26	<24	
GES	>13	<13	

Patients who were neither "fit" nor "frail" were classified as intermediate.

The American Journal of Surgery (2013) 206, 544-550

The American Journal of Surgery

Clinical Science

Simple frailty score predicts postoperative complications across surgical specialties

Thomas N. Robinson, M.D., F.A.C.S.^{a,c,*}, Daniel S. Wu, M.D.^{a,c}, Lauren Pointer, M.S.^d, Christina L. Dunn, B.A.^a, Joseph C. Cleveland, Jr., M.D.^{a,c}, Marc Moss, M.D.^b

Voorspeller van 'problemen'

Resultaten:

	Postop complicaties
Fit	21 %
Prefrail	40 %
Frail	58 %
	ROC = 0.70

Overig:

- ook voorspellend tav heropnames en opnameduur;
- leeftijdsonafhankelijk



TUG en postoperatieve morbiditeit

OPEN ACCESS | Freely available online



"Timed Up & Go": A Screening Tool for Predicting 30-Day Morbidity in Onco-Geriatric Surgical Patients? A Multicenter Cohort Study

Monique G. Hulman^{1,2}, Barbara L. van Leeuwen¹, Giampaolo Ugoletti³, Isacco Montoro⁴, John Spiliotis^{5,6}, Cesare Stablini⁷, Nicola de Liguori Carino⁸, Eriberto Fariella⁹, Geertruida H. de Bock¹⁰, Riccardo A. Audisio¹⁰

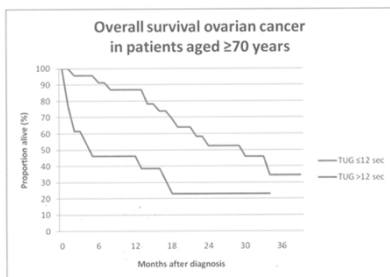
TUG en ASA ≥3 onafhankelijke voorspellers

Table 5. Multivariable association of TUG and ASA with regard to major complications, prolonged LOS and >3 specialists involved in patient care.

	Major complication		Stay >7 days		>3 specialists involved	
	% ^a	OR (95% CI) ^b	% ^a	OR (95% CI) ^b	% ^a	OR (95% CI) ^b
TUG		p=0.03		p=0.03		p=0.003
<20.0s (n=237)	14.7%	1	49.8%	1	11.6%	1
>20.0s (n=42)	50.0%	3.43 (1.14-10.33)	70.0%	3.98 (1.12-14.10)	45.0%	5.20 (1.78-15.16)
ASA		p=0.02 ^c		p=0.11 ^d		p=0.003 ^e
-1 (n=20)	6.0%	1	69.2%	1	7.7%	1
-2 (n=133)	17.3%	3.91 (0.93-17.77)	43.6%	3.23 (0.95-6.99)	19.6%	2.67 (0.40-18.02)
-3&4 (n=120)	25.4%	12.77 (1.84-88.74)	55.9%	6.37 (0.98-4.68)	27.0%	12.55 (1.76-89.64)
TUG-ASA		p=0.02		Chi ² NS		p<0.001
-TUG<20- ASA<3 (n=142)	10.8%	1	47.2%	1	5.1%	1
-TUG>20- ASA≥3 (n=26)	46.2%	5.22 (1.24-21.96)	66.7%	34.2%	25.31 (5.51-116.27)	

Pilot-studie: Ovariumcarcinoom > 70 jr én oncologisch fit

Figure 1b: Overall survival according to Timed-Up-and-Go results. Log-rank p=0.02



Tweestaps werkwijze

