

Gerontoonkologie – nový směr v onkologii

Lidé nad 65 let tvoří asi 15 procent obyvatel ČR. Podle propočtů by jich v roce 2030 měla být bezmála čtvrtina a v roce 2050 třetina společnosti, tedy přes tři miliony. Život se navíc prodlužuje. V polovině století by v ČR mělo žít půl milionu lidí nad 85 let.

Se změnami v oblasti geriatrické demografie úzce souvisí i narůstající incidence malignit pacientů vyššího věku (nad 65 let věku – výskyt 50 % nádorů).

Pacienti nad 70 let tvoří více než polovinu klientely onkologických ambulancí i lůžkových oddělení, neboť věk je jedním z hlavních rizikových faktorů vývoje většiny malignit. Tak, jak se zlepšují možnosti léčby a procento přeživších pacientů, stoupá i počet duplicitních a multiplicitních malignit. Starší věk nevylučuje možnost léčit pacienty chemoterapií nebo hormonoterapií, ale vyžaduje některé speciální přístupy a opatření.

U pacientů v seniu se setkáváme s problémy vyplývajícími z postižení kardiovaskulárního aparátu (stavy po infarktu myokardu, ischemická choroba srdeční se snížením ejekční frakce levé komory), onemocnění plic (změny ventilace a perfuze, chronické obstrukční a restriktivní změny), nefrologickými a urologickými komplikacemi i změnami v oblasti kostní dřeně. Komorbidita u těchto pacientů vede k ovlivnění farmakokinetiky použitých onkologických preparátů a nutí lékaře k pečlivé přípravě onkologické terapie a ke spolupráci s odborníky dalších oborů.

Stejně jako v jiných medicínských oborech, tak i v onkologii se objevila potřeba věnovat se blíže problematice geriatrických pacientů. V roce 1999 byla založena International Society of Geriatric Oncology (SIOG), která si klade za cíl zabezpečit pokroky ve vědě a praktické činnosti pro geriatrické pacienty a zabezpečit jim stejnou příležitost k léčbě jako mladším nemocným. Aktivita v rámci SIOG chápeme jako výzvu pro onkology věnovat se více odhadu a pochopení interakce komorbidit, nádorů a jejich léčby. Na pracovištích je žádoucí vytvoření onkogeriatrických pracovních skupin, v rámci onkologie pak vidíme možnost vývoje samostatné specializace – gerontoonkologie. Pro analýzu terapeutických postupů chybí zatím u seniorů dostatek klinických studií. Na druhé straně věk není signifikantním prediktivním faktorem pro léčebnou odpověď. Při dodržení jak preventivních, tak podpůrných terapeutických opatření je možné pacientům nad 65 let věku poskytnout adekvátní onkologickou léčbu dokonce i ambulantní formou na stacionáři. Tento způsob zajišťuje seniorům stálý kontakt s jejich blízkými a tím se podílí na zachování jejich dobré psychické kondice. Všechna tato opatření na druhé straně léčbu prodražují, a to včetně zvýšených nároků na dopravu nemocných. Kladou i větší nároky na lékaře, protože psychologický přístup ke starším nemocným má svá specifika. Máme-li však na paměti stále vysokou obloženost lůžkových oddělení (interních, odd. následné péče a RHB), je ambulantní postup přínosem nejen pro nemocné, ale i naše zdravotnictví.

U seniorů s dobrým PS a minimální komorbiditou se není třeba vyhýbat ani radikálním chirurgickým přístupům, zajišťujícím delší a bezpříznakové přežití. Jak zdokonalení anesteziologických technik, tak výraznější zastoupení minimálních invazivních postupů a nových materiálů to umožňuje. Stejně tak radikální radioterapie, ale v tomto věku bez konkomitance s chemoterapií, je u seniorů v dobrém biologickém stavu možná ve standardní frakcionaci. Paliativní ozařování je naopak přínosem u symptomatických nemocných. Pro chemoterapii je nutný tailoring léčby, i když my sami jsme u pacientek s dg. karcinomu prsu nezaznamenali po chemoterapii závažnější nežádoucí účinky než u mladších nemocných.

Podle NCCN (National Comprehensive Cancer Network guidelines) je vhodné provádět geriatrické vyšetření u pacientů nad 70 let, přizpůsobit dávku cytostatika renálním parametrům, profylakticky používat růstové faktory a sledovat hladinu hemoglobinu i koagulačních faktorů. Je také rozumné vybírat cytostatika s menší hematologickou toxicitou.

Otázkou zůstává a bude předmětem dalšího výzkumu zjistit, zda nové onkologické léky používané k cílené (targeted) terapii budou využitelné také u seniorů. Některé jejich nežádoucí účinky (kardiotoxicita, hypertenze, snížení EF) mohou být limitací použití, na druhé straně by mohly, stejně jako u mladších pacientů, být velkým přínosem.

My sami si musíme uvědomit, že v souvislosti s prodloužením délky života, se nás uvedené problémy bytostně týkají. Proto by mělo být naší snahou přispívat vzájemnou mezioborovou spoluprací ke zlepšení péče o seniory nejen v základních klinických oborech.

Pozn. Přednáška na toto téma byla přednesena na XIV. internistickém sjezdu v Praze v září 2007 a je uveřejněna na webových stránkách chemoterapeutické sekce (www.chemoterapie.cz v záložce aktuality v hematologii a onkologii ze dne 10. 12. 2007).

MUDr. Jaroslava Barkmanová
Onkologická klinika 1. LF UK a VFN v Praze
KOS Praha a Středočeský kraj
e-mail: jaroslava.barkmanova@vfncz