



2013

GRUPPO DI LAVORO
ONCOLOGIA GERIATRICA

**PDTA PER IL PAZIENTE ONCOLOGICO ANZIANO:
TUMORE DEL COLON-RETTO, PROSTATA,
MAMMELLA E
RACCOMANDAZIONI PER LA
TERAPIA PALLIATIVA**



A cura di:

Dario Amati
Claudio Bianchi
Angioletta Calorio
Bruno Castagneto
Mauro Gottero
Daniela Marengo
Renata Marinello
Maria Vittoria Oletti
Giuliana Ritorto
Maria Marcella Rivolta

Il documento è stato valutato e validato dal gruppo di così composto:

*Amati Dario, Anfossi Angela, Arzese Mauro, Bergnolo Paola, Bianchi Claudio,
Bucci Annarosa Sabrina, Calorio Angioletta, Camani Massimo, Castagneto Bruno,
Costa Giordano, Demichelis Milena, Di Stefano Fabio, Dongiovanni Diego,
Gaspari Fabio, Giorcelli Laura, Gioria Aldo, Gottero Mauro, Granetto Cristina,
Icardi Massimiliano, La Ciura Pietro, Lanfranco Sara, Marengo Daniela,
Marinello Renata, Martinelli Massimo, Montanara Sergio, Moscatiello Paolo,
Oletti Maria Vittoria, Ostellino Oliviero, Piano Simonetta, Ponte Elisabetta,
Ritorto Giuliana, Rivolta Maria Marcella, Spinazzè Silvia,
Sponghini Andrea, Tessitore Alfonso, Zai Silvia*



Indice

1. **Algoritmo PDTA (percorso diagnostico terapeutico) per il paziente oncologico anziano** pag. 5
2. **Raccomandazioni per la terapia del TUMORE DEL COLON-RETTO nei pazienti di età' \geq 75 anni** pag. 7
- **CT adiuvante negli stadi II ad alto rischio e III** pag. 7
- **Chemioterapia nella malattia metastatica** pag. 8

Bibliografia

3. **Raccomandazioni per la terapia del TUMORE DELLA PROSTATA in pazienti di età' \geq 75 anni** pag. 10
- **Introduzione** pag. 10
- **La deprivazione androgenica (BAT)** pag. 12
- **La malattia metastatica resistente alla castrazione** pag. 13
- **Le terapie modificate** pag. 13

Bibliografia

4. **Raccomandazioni per la terapia del TUMORE DELLA MAMMELLA in pazienti di età' \geq 75 anni** pag. 15
- **Diagnosi** pag. 15
- **Trattamento** pag. 15
- **Trattamento NEOADIUVANTE** pag. 16
- **Terapia ormonale esclusiva** pag. 17
- **Chemioterapia adiuvante quando nelle persone anziane?** pag. 17
- **Chemioterapia adiuvante nelle persone anziane: quale regime? ..** pag. 17
- **Terapia endocrina adiuvante** pag. 18
- **Tamoxifene** pag. 18
- **Anti – aromatasici** pag. 18
- **Qualità di vita dopo il trattamento** pag. 19
- **Follow up nelle pazienti anziane** pag. 19

5. **Malattia metastatica** pag. 19

| | | |
|----|---|---------|
| – | Terapia della malattia metastatica nelle pazienti anziane..... | pag. 20 |
| 6. | Raccomandazioni per la terapia palliativa nei pazienti geriatrici | pag. 21 |
| 7. | Indicazioni per il paziente anziano fragile affetto da patologia oncologica | pag. 22 |
| – | Gestione dei sintomi principali | pag. 24 |

La valutazione dello stato funzionale del paziente oncologico anziano riveste particolare importanza allo scopo di garantire il migliore approccio diagnostico terapeutico e di limitare, possibilmente, i danni derivanti da terapie eccessivamente invasive.

Si raccomanda, per un approfondimento, di consultare il link “Algoritmo PDTA (Percorso Diagnostico Terapeutico) per il paziente oncologico anziano”, proposto dal GdL (Gruppo di Lavoro) della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d’Aosta e presente sul sito “www.reteoncologica.it”

ALGORITMO PDTA (PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO)

PER IL PAZIENTE ONCOLOGICO ANZIANO

Occorre evidenziare innanzitutto come, per il paziente oncologico anziano, la valutazione dello stato funzionale, utile per la decisione terapeutica più o meno conservativa, richiederebbe l'ausilio di numerosi test che vengono compresi nella cosiddetta VGM (Valutazione Geriatrica Multidimensionale). Tale valutazione, ancorché molto precisa ed esaustiva, richiede un notevole dispendio di tempo e di risorse.

Conseguentemente il GdL (Gruppo di Lavoro) della Rete Oncologica della Regione Piemonte e Valle D'Aosta ha deciso di adottare per tutti i pazienti di età ≥ 75 anni uno strumento di screening rapido denominato G8 perché consta di 8 items.

In base all'esito del G8 che prevede un cut-off di 14, somministrato all'ingresso al CAS (Centro Accoglienza Servizi) preferibilmente dall'infermiere, il successivo percorso si articolerà prevedendo le seguenti alternative:

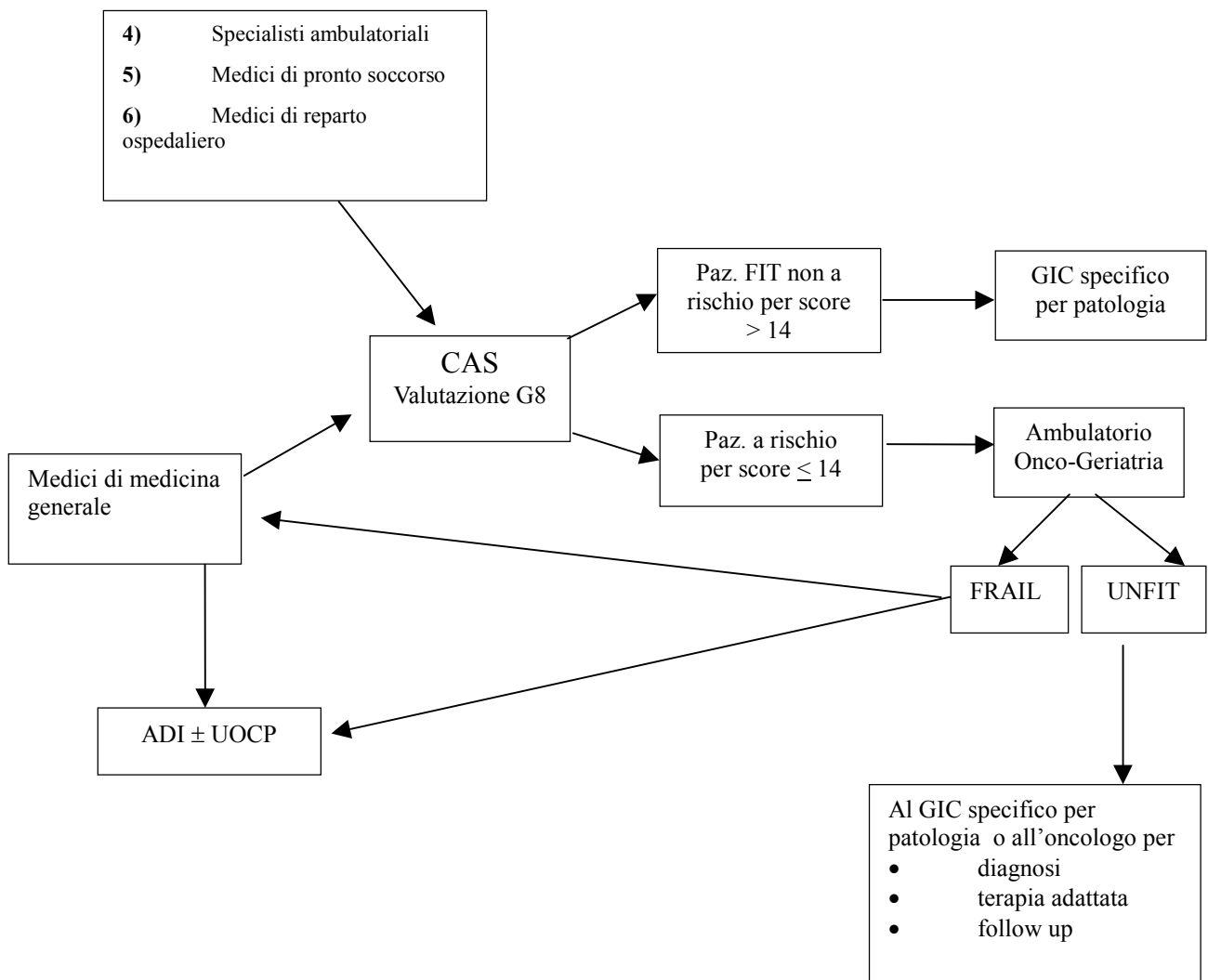
- In caso di punteggio > 14 , significativo di una condizione di integrità dal punto di vista funzionale, il paziente verrà inviato al GIC specifico per patologia d'organo, dove le decisioni diagnostico-terapeutiche verranno discusse indipendentemente dall'età anagrafica.
- In caso di punteggio ≤ 14 , indicativo di vulnerabilità, il paziente sarà indirizzato all'ambulatorio di oncogeriatría nei presidi in cui esiste un ambulatorio strutturato, oppure al geriatra territoriale di riferimento laddove non è presente tale struttura, per una più precisa valutazione mediante VGM.

Ove possibile in quanto presente un ambulatorio oncogeriatrico la VGM sarà effettuata tramite una valutazione congiunta oncologica e geriatrica. In alternativa ed in mancanza di un ambulatorio dedicato il paziente verrà indirizzato al geriatra di riferimento territoriale.

La VGM avrà lo scopo distinguere il paziente vulnerabile "unfit", ossia intermedio, dal "fragile".

I soggetti unfit saranno indirizzati al GIC di specifica competenza o all'oncologo di riferimento per un eventuale trattamento modificato rispetto allo standard, mentre i fragili saranno affidati alle cure di supporto del medico di famiglia e/o dei servizi di Cure Palliative.

Per meglio sintetizzare il percorso del paziente di età ≥ 75 anni con diagnosi di neoplasia, si propone il seguente algoritmo:



RACCOMANDAZIONI PER LA TERAPIA DEL TUMORE DEL COLON- RETTO NEI PAZIENTI DI ETA' \geq 75 ANNI

Daniela Marengo, Renata Marinello

1. CT ADIUVANTE NEGLI STADI II AD ALTO RISCHIO E III

Per decidere se somministrare la CT, si dovrebbe rispondere alle seguenti 2 domande:

- la valutazione più accurata possibile dell'aspettativa di vita del paziente
- la stima più accurata possibile della tossicità che si prevede dal trattamento

In realtà questi 2 aspetti sono strettamente legati fra loro e nel paziente anziano dovrebbero essere valutati tramite la Valutazione Geriatrica Multidimensionale, secondo le indicazioni concordate nella parte iniziale delle Raccomandazioni, completata dalla valutazione del caregiver e dai parametri biumorali (emocromo, creatinina, Clearance della creatinina, albumina, proteine totali, funzionalità epatica).

Dal punto di vista oncologico, si pongono 2 quesiti:

1) Il paziente anziano beneficia dello stesso vantaggio del giovane dalla CT adiuvante?

Probabilmente sì

2) Dobbiamo utilizzare gli stessi schemi di CT? Probabilmente sì, ma non in tutti i pazienti

Dai dati della Letteratura emerge che è verosimile il beneficio della CT adiuvante con FLUOROPIRIMIDINE nei pazienti di età \geq 75 anni

L'OXALIPLATINO offre non più che un piccolo vantaggio incrementale negli studi su un subset di pazienti che non è possibile identificare come caratteristiche quali pazienti siano.

Quale schema utilizzare?

A) Fluoropirimidine per via infusionale(schema De Gramont)

B) Capecitabina per via orale

Entrambe le opportunità terapeutiche hanno uguale efficacia e possono essere scelte in base alle caratteristiche del paziente.

Il regime infusionale è meno tossico rispetto al bolo.

Per quanto riguarda la Farmacocinetica, i dati di Letteratura riportano che la Clearance del 5FU è invariata con l'età e nel sesso femminile risulta inferiore rispetto all'uomo.

Per la Capecitabina non c'è associazione fra Età e AUC (area sottesa la curva concentrazione tempo); nei pazienti > 85 anni bisogna considerare la riduzione dell'assorbimento gastrico.

2. CHEMIOTERAPIA NELLA MALATTIA METASTATICA

La base farmacologica della terapia è ancora una FLUOROPIRIMIDINA per via infusionale.

La CAPECITABINA è l'alternativa per via orale.

Per quanto riguarda gli altri 2 farmaci OXALIPLATINO e IRINOTECAN, i dati in Letteratura sul paziente anziano sono estrapolati da casistiche in cui la percentuale dei pz > 70 anni è piccola e selezionata "ab initio" come pazienti omologabili a quelli più giovani. L'efficacia dei farmaci si conferma, ma si evidenziano gradi di tossicità soprattutto di gr 3° e 4° ematologica superiori alla controparte più giovane.

Nel 2011 lo Studio randomizzato (FOCUS 2) in 4 bracci che ha confrontato le Fluoropirimidine da sole, la Capecitabina da sola o in associazione con Oxaliplatino, ha arruolato 459 pazienti con media di età di 74 anni, dose di CT ridotta del 20% rispetto allo standard fin dal I° ciclo, ha evidenziato che l'aggiunta dell'Oxaliplatino non ha migliorato la sopravvivenza libera da malattia e che l'impiego della Capecitabina non ha avuto un impatto positivo sulla qualità di vita dei pazienti (erano i 2 obiettivi dello studio); tutti i pazienti hanno ricevuto una valutazione basale con 117 parametri dell'assessment geriatrico che ha dimostrato di essere predittiva del possibile beneficio del trattamento.

Per quanto riguarda i FATTORI BIOLOGICI (Bevacizumab, Cetuximab, Panitumumab) non esistono studi dedicati ai pazienti anziani; i dati estrapolati dagli attuali studi evidenziano un possibile vantaggio sulla sopravvivenza libera da malattia, mentre la sopravvivenza globale declina progressivamente con il crescere dell'età.

Certamente si evidenzia un incremento delle complicanze tromboemboliche soprattutto di tipo arterioso.

L'indicazione al trattamento per la malattia metastatica prevede la Valutazione Geriatrica Multimensionale nei pazienti di età ≥ 75 anni con punteggio del Test G8 < 14 (vedi link “Algoritmo per la valutazione dello stato funzionale del paziente oncologico anziano” sul sito www.reteoncologica.it).

Per tali pazienti si possono prendere in considerazione i seguenti suggerimenti:

- Utilizzare una Fluoropirimidina infusione o per via orale
- Valutare se associare Oxaliplatino e/o Irinotecan e/o Farmaci Biologici nella fascia fra i 75 e 78 anni
- Si ritiene, al momento, alla luce dei pochi dati disponibili, di non somministrare tali farmaci nella fascia di età superiore a 78 anni.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Stephanie Hoppe, Pierre Soubeyran et al. Functional decline in older patients with cancer receiving first-line Chemotherapy. JCO, Vol 31, Number 31, November 2013
- 2) Hans Wildiers et al. End point and trial design in Geriatric Oncology Research: a joint European Organisation for Research and treatment of cancer-Alliance for clinical trials in Oncology-International Society of Geriatric Oncology Position article JCO, Vol 31, N. 29 October 2013
- 3) David Cunningham et al. Bevacizumab plus Capecitabine versus Capecitabine alone in elderly patients with previously untreated metastatic colorectal cancer (AVEX): an open-label, randomised phase 3 trial Lancet oncology, Vol 14 October 2013
- 4) Nadine J. McCleary and Daniel Sargent Impact of age on the efficacy of newer adjuvant therapies in patients with Stage II/III colon cancer: findings from the Accent Database JCO, vol 31, N. 20 July 2013
- 5) Matthew T Seymour et al. Chemotherapy options in elderly and frail patients with metastatic colorectal cancer (MRC FOCUS2): an open-label, randomised factorial trial. Lancet Vol 377, May 21, 2011
- 6) Thomas Aparicio et al. Geriatric factors predict chemotherapy feasibility: ancillary results of FFCD 201-02 Phase III study in first-line chemotherapy for metastatic colorectal cancer in elderly patients. JCO, vol 31, N11, April 2013

- 7) Giuseppe Aprile et al. Bevacizumab in older patients with advanced colorectal or breast cancer *Critical Reviews in Oncology /hematology*, 2012
- 8) Wilson Gonsalves, Apar Kishor Ganti Targeted anti-cancer therapy in the elderly *Critical Review Oncology/Hematology* 78 (2011) 227-24
- 9) Christophe Tournigand and Aimery de Gramont Adjuvant therapy with fluorouracil and Oxaliplatin in stage II and Elderly patients (between ages 70 and 75 years) with colon cancer: subgroup analyses of the Multicenter International Study of oxaliplatin, Fluorouracil and Leucovorin in the adjuvant treatment of colon cancer trial JCO, Vol.30, N. 27, September 2012
- 10) Hyman B Muss and debra L Bynum Adjuvant chemotherapy in older patients with Stage III colon cancer: an underused lifesaving treatment JCO, Vol. 30, N. 21 July 2012
- 11) Hanna K. Sanoff et al Effect of Adjuvant chemotherapy on survival of patients with Stage III colon cancer diagnosed after age 75 years JCO, Vol 30, N° 21 July 2012
- 12) M.T.E. Puts et al. Use of Geriatric Assessment for older adults in the oncology setting: a systematic Review J Natl Cancer Inst 2012; 104: 1133-1163
- 13) Philippe Caillet et al. Comprehensive geriatric assessment in the decision making process in elderly patients with cancer: ELPACA study JCO, Vol 29, N° 27 September 2011
- 14) Ravindran Kanesvaran et al. Analysis of prognostic factors of Comprehensive Geriatric Assessment and development of a clinical scoring system in elderly Asian patients with Cancer. JCO, Vol 29 N.27, September 2011

RACCOMANDAZIONI PER LA TERAPIA DEL TUMORE DELLA PROSTATA IN PAZIENTI DI ETÀ' \geq 75 ANNI

Bruno Castagneto, Dario Amati.

Introduzione

Più del 70% di tutti i pazienti con cancro della prostata è diagnosticato in soggetti di età superiore a 65 anni e l'incidenza di tale patologia tende ad aumentare con l'età (1)

Fermo restando che spetta all'urologo la decisione su un trattamento chirurgico o radiante qualora il paziente si presenti con malattia suscettibile di terapia radicale e, seppur anziano, integro dal punto di vista funzionale, particolare attenzione nella stesura di queste raccomandazioni è stata rivolta ad alcuni aspetti dell'approccio della fase avanzata.

Nella pianificazione dell'assistenza al paziente oncologico anziano, lo strumento ritenuto più utile è rappresentato dal cosiddetto CGA (2) è importante sottolineare come una valutazione dello stato funzionale dell'anziano che prevede la somministrazione di tutti i test della CGA, pur se esaustiva, richiede un dispendio di risorse e di tempo non indifferente.

Per questa ragione, nell'ambito della Rete Oncologica del Piemonte e Valle D'Aosta viene proposto un percorso che prevede la possibilità di eseguire un test breve di screening alla prima visita del paziente.

I pazienti dovrebbero afferire inizialmente al CAS (Centro Accoglienza Servizi) per poi, se definiti "fit" o integri in base ai risultati del test di screening, essere inviati al GIC (Gruppo Interdisciplinare Cure) specifico di competenza per un trattamento analogo a quello che si utilizza nel paziente non anziano.

Quelli, invece, con profilo geriatrico a rischio dovrebbero essere avviati all'ambulatorio di Oncogeriatría del presidio ospedaliero o, laddove tale servizio non esistesse, allo specialista geriatra territoriale per una valutazione dello stato di salute più approfondita determinato in base al CGA.

Quest'ultima permetterebbe di classificare questo gruppo di pazienti "vulnerabili" secondo due categorie:

- 1- Pazienti "unfit", ossia in stato funzionale intermedio. Anche tali soggetti sarebbero indirizzati al GIC specifico per un'eventuale trattamento adattato (ad esempio, terapie orali, terapie settimanali)
- 2- Pazienti fragili, eleggibili unicamente a terapia di supporto, da avviare ai servizi di cure palliative od al medico di famiglia

Nel caso specifico del cancro della prostata è importante sottolineare che, dal momento che la maggior parte dei pazienti con sospetto o diagnosi di neoplasia prostatica vengono visti in prima istanza dall'urologo, il test di screening iniziale proposto dalla Rete Oncologica denominato G8 può essere somministrato da tale specialista o da personale infermieristico adeguatamente addestrato. Tale organizzazione comporta, come previsto dal Gruppo di Lavoro Regionale di Oncologia Geriatrica, un programma di formazione indirizzato anche al settore paramedico.

Il G8, utilizzando un cut off di 14, permette di discriminare l'assenza o la presenza di un profilo geriatrico a rischio, per cui i pazienti con punteggio maggiore di 14 potrebbero essere considerati integri e suscettibili di un iter diagnostico- terapeutico analogo al non anziano tramite una decisione diretta presso l'Urologia o una valutazione del GIC.

Come già accennato in precedenza i pazienti definiti vulnerabili in base ad un punteggio minore o uguale a 14 dovrebbero, invece, essere inviati al geriatra o all'ambulatorio di oncogeriatra (dove presente) per una valutazione più approfondita mediante CGA.

Le criticità sulle quali si è ritenuto utile formulare specifiche raccomandazioni riguardano i seguenti aspetti:

- quale terapia di deprivazione androgenica, anche alla luce dei dati più attuali e relativi ai suoi rapporti con la cosiddetta sindrome metabolica che riveste particolare interesse nel paziente anziano affetto da maggiore comorbidità cardiovascolare;
- la malattia metastatica resistente alla castrazione, tenendo conto anche della recente introduzione di nuovi farmaci il cui utilizzo, considerati i costi elevati, andrebbe attentamente ponderato;
- le terapie modificate da considerare per il paziente cosiddetto intermedio, ossia vulnerabile, ma non ancora fragile;

1. La deprivazione androgenica (BAT)

Dato per scontato che la castrazione chirurgica o farmacologica sono considerate sovrapponibili in termini di efficacia e che la seconda opzione, pur se meno economicamente vantaggiosa risulta evidentemente più accettabile sotto il profilo psicologico, non si può fare a meno di rilevare che negli ultimi anni sono state molto dibattute le possibili conseguenze correlabili al mantenimento del testosterone a minimi livelli. Tale situazione è in grado di favorire l'insorgenza di una situazione patologica definita sindrome metabolica.

La sindrome metabolica è caratterizzata da ipertensione arteriosa, ridotta tolleranza glucidica, elevati livelli sierici di colesterolo LDL e trigliceridi e bassi livelli di colesterolo HDL.

In presenza di tale sindrome è stato documentato un maggiore rischio cardiovascolare, in particolare infarto del miocardio e diabete mellito tipo II, eventi riscontrabili in circa la metà dei pazienti sottoposti a trattamento prolungato con BAT(3).

Pur considerando che l'impatto negativo della BAT, in conseguenza di una maggiore aspettativa di vita, si può ritenere decisamente più temibile nel paziente più giovane per una maggiore durata dell'esposizione a tali farmaci, è innegabile come le ripercussioni di tale trattamento debbano essere tenute nel dovuto conto anche nell'anziano con maggiori comorbidità di tipo dismetabolico.

A maggior ragione, quindi ed in linea con le linee guida internazionali (vedi NCCN Guide Lines), nel paziente anziano con malattia metastatica, si raccomanda il ricorso alla castrazione medica con LHRH agonisti od antagonisti o chirurgica con orchietomia bilaterale e si scoraggia il blocco androgenico di combinazione con LHRH agonisti o antagonisti + antiandrogeno.

Tale associazione è naturalmente consigliata una settimana prima dell'inizio ed una settimana nel corso della terapia con LHRH per evitare il "flare up" del testosterone conseguente alla terapia con solo LHRH. Non dovrebbe, inoltre, in prima battuta, essere attuata la monoterapia con solo antiandrogeno a causa della sua minore efficacia rispetto all'LHRH od alla castrazione chirurgica.

2. La malattia metastatica resistente alla castrazione, tenendo conto anche della recente introduzione di nuovi farmaci il cui utilizzo andrebbe attentamente ponderato, considerati i costi elevati.

Valgono a questo proposito le raccomandazioni già formulate e pubblicate sul sito della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle D'Aosta alle quali si rimanda
(WWW.reteoncologica.it → raccomandazioni di rete)

3. Le terapie modificate da considerare per il paziente cosiddetto intermedio, ossia vulnerabile, ma non ancora fragile

In base a quanto precedentemente enunciato tale modalità terapeutica dovrebbe essere presa in considerazione per i cosiddetti pazienti "unfit", ossia in stato funzionale intermedio, così come definiti dal test G8 di screening breve, al primo ingresso al CAS. Analogamente ai pazienti "fit" anche tali soggetti sarebbero indirizzati al GIC specifico, ma per un'eventuale trattamento adattato (ad esempio, terapie orali, terapie settimanali).

A titolo d'esempio, un particolare adattamento rispetto allo standard della terapia potrebbe essere previsto nella fase della cosiddetta malattia metastatica resistente alla castrazione, ossia di quella condizione in cui sono state espletate senza successo tutte le possibili e consentite manipolazioni ormonali.

In tale situazione, nel recente passato, fino all'introduzione del docetaxel che ha permesso di garantire, con la schedula Q21 giorni un sostanziale beneficio rispetto allo schema di riferimento standard mitoxantrone + prednisone, la chemioterapia non era stata in grado di incidere significativamente sul prolungamento della sopravvivenza dei pazienti.

In particolare, per quanto riguarda il docetaxel, lo studio TAX 327 ha evidenziato una significativa attività per ambedue le schedule, Q21 e settimanale (4). Tuttavia, il beneficio in sopravvivenza globale del regime settimanale vs mitoxantrone, seppur documentato, non raggiunse la significatività statistica.

Gli autori conclusero che questo regime non dovrebbe essere adottato, con la possibile eccezione dei pazienti ad alto rischio di neutropenia febbrile.

Il set di pazienti definiti intermedi o “unfit” in base al G8 sembrerebbe ricalcare tale tipologia, per la quale, oltre ad eventuali adeguate terapie di supporto (5), potrebbe essere prevista l’adozione dello schema settimanale anziché di quello standard Q21.

Bibliografia

- 1) Crawford ED: Epidemiology of prostate cancer. *Urology* 62 (6 Suppl 1):3-12, 2003. Review.
- 2) Monfardini S, Balducci L: A comprehensive geriatric assessment (CGA) is necessary for the study and the management of cancer in the elderly. *Eur J Cancer* 35(13):1771-2, 1999.
- 3) Nguyen PL, Je Y, Schutz FA. Association of androgen deprivation therapy with cardiovascular death in patients with prostate cancer: a meta-analysis of randomized trials. *JAMA* 306(21):280-293, 2011.
- 4) Berthold DR, Pond JR, Soban F, et al. Docetaxel plus prednisone or mitoxantrone plus prednisone for advanced prostate cancer: updated survival in the TAX 327 study. *J Clin Oncol* 26(2): 242-5, 2008.
- 5) Aapro MS, Bohlius J, Cameron DA, et al; European Organisation for Research and treatment of Cancer. 2010 update of EORTC guidelines for the use of granulocyte-colony stimulating factor to reduce the incidence of chemotherapy-induced febrile neutropenia in adult patients with lymphoproliferative disorders and solid tumours. *Eur J Cancer* 47: 8-32, 2011.

RACCOMANDAZIONI PER LA TERAPIA DEL TUMORE DELLA MAMMELLA IN PAZIENTI DI ETA' \geq 75 ANNI

Maria Vittoria Oletti, Giuliana Ritorto, Renata Marinello.

La palpazione del seno dovrebbe essere routinaria nella visita internistica nella donna anziana.

Con l'eliminazione del limite superiore di età per lo screening mammografico e la maggiore attenzione per la propria salute, aumenta il numero di neoplasie diagnosticate in fase asintomatica (non palpabile) nelle donne anziane con diametro inferiore a 2 cm., il riscontro di forme localmente avanzate e ulcerate, nascoste dalle pazienti anziane, è diventato meno frequente, ma non è sicuramente scomparso.

DIAGNOSI

Esame clinico per nodulo palpabile → RX mammografia

Se sospetto per neoplasia: BIOPSIA, CITOLOGIA, determinazione dei FATTORI PROGNOSTICI

TRATTAMENTO

- Chirurgia

MAMMELLA: intervento conservativo Quadrantectomia, la radioterapia può essere evitata nel basso rischio, o mastectomia .

ASCELLA: linfonodo sentinella: linfadenectomia solo se positività macrometastatica

Caratteristiche biologiche del tumore nella paziente anziana

Dati di ampie casistiche retrospettive mostrano in genere:

- diametro medio superiore (ritardo diagnostico)
- indici proliferativi (Ki-67) più bassi , minore aneuploidia
- alta espressione di recettori ormonali per Estrogeno e Progesterone (> 80%)
- minor espressione di HER-2

Studi di caso-controllo aggiustati per fattori prognostici e stadio mostrano comparabili tassi di recidiva.

- Terapia Medica

“La preferenza della paziente, la valutazione delle comorbidità (Valutazione Geriatrica Multidimensionale) e la valutazione della potenziale tossicità, devono guidare la decisione al tipo di trattamento da effettuare”

Lo specialista dovrebbe valutare con attenzione:

- rischio di progressione e morte causate dal TUMORE
- rischio di invalidità e morte per altre comorbidità
- **effetti collaterali dei trattamenti (reversibili ed irreversibili)**

Numerosi studi retrospettivi hanno dimostrato una tendenza al minor trattamento delle donne anziane in relazione a chirurgia, radioterapia, ormonoterapia e chemioterapia, anche dopo aggiustamento per razza, istruzione, stadio, caratteristiche biologiche, di solito dovuto a:

- discriminazione per l'età in se'
- gestione delle comorbidità e difficoltà relazionali
- paura della tossicità dei trattamenti
- minori risorse economiche e sociali delle anziane

L'età avanzata è uno dei principali fattori che limita l'arruolamento di pazienti nei trial clinici.

Le donne anziane sono disponibili a partecipare ai trial clinici e a intraprendere terapie intensive, al pari delle donne più giovani, ma spesso la tossicità dei farmaci, la scarsa compliance e le limitazioni logistiche/economiche/sociali, ne riducono la possibilità.

Di grande importanza diventa l'appoggio di un familiare di riferimento

TRATTAMENTO NEOADIUVANTE

CHEMIOTERAPIA: raramente eseguita nella donna anziana in quanto generalmente prevede schemi chemioterapici intensivi, e notoriamente riduce il suo effetto terapeutico in postmenopausa

ORMONOTERAPIA: è efficace nell'anziana vista l'alta percentuale di espressione di recettori ormonali

Inibitori dell'Aromatasi (letrozolo, anastrozolo, exemestane), come nella paziente più giovane, hanno maggiori tassi di risposta rispetto al tamoxifene (attorno al 50-65%)

TERAPIA ORMONALE ESCLUSIVA

Vari studi randomizzati sono stati eseguiti allo scopo di confrontare la terapia ormonale da sola con tamoxifene rispetto alla chirurgia seguita o meno da terapia ormonale.

Le pazienti operate progrediscono più tardi ma ciò non si traduce in vantaggio di sopravvivenza :

- > 50% progressioni locali di malattia con tamoxifene
- > 70% ricorso a chirurgia di salvataggio

In un' analisi retrospettiva su 400 donne con età > 80 anni , escluse altre cause di morte, la OS a 5 anni passava dal 51 % con tamoxifene da solo a 90% se chirurgia + terapie adiuvanti

CHEMIOTERAPIA ADIUVANTE QUANDO NELLE PAZIENTI ANZIANE?

- **Non indicata per la maggior parte delle pazienti > 70 anni con linfonodi negativi o meno di 3 linfonodi positivi e recettori estrogenici positivi (rischio basso o intermedio)**
- **Facendo riferimento ad un'analisi retrospettiva sull'outcome di migliaia di donne estratte dai registri delle assicurazioni americane, che ha dimostrato che la chemioterapia riduce la mortalità del 26% nelle donne ER – e N+ > 70 anni, tale terapia può essere indicata, prima della terapia endocrina nelle pazienti in ottime condizioni generali, con più di 4 linfonodi positivi e/o HER 2 positive: Alto Rischio**
- **Indicazione, in caso di negatività dei recettori ormonali e positività linfonodale (HER2 negativo o positivo), dopo attenta valutazione Trastuzumab per 1 anno dopo chemioterapia in pazienti con età < 80 anni se T>1cm e HER2+**

CHEMIOTERAPIA ADIUVANTE NELLE ANZIANE: QUALE REGIME?

- **Non esistono confronti randomizzati per valutare rischio/beneficio di CMF vs schemi con Antracicline nelle donne anziane**

Pochi dati di polichemioterapia nelle donne anziane



Antracicline nelle pazienti anziane

- la scelta delle antracicline resta molto controversa appare prudente proporla solo a donne < 80 anni, FIT alla Valutazione Geriatrica Multidimensionale e molto motivate, ad alto rischio di recidiva (soprattutto se HER 2 positive) con accurato monitoraggio della tossicità ematologica e cardiologica (tossicità cardiaca tardiva nei successivi 10 anni)
- le antracicline liposomiali (minore tossicità ematologica e cardiologica) appaiono interessanti, ma lo studio CASA con Caelyx in donne vulnerabili ER – è stato chiuso per scarso accrual.

TERAPIA ENDOCRINA ADIUVANTE

Anche in questo caso la scelta del farmaco deve essere dettata, non solo dall'efficacia , ma dagli effetti collaterali in relazione alle comorbidità

TAMOXIFENE

EFFETTI COLLATERALI

- trombosi venose profonde e/o embolie 5%
- iperplasia e carcinoma dell'endometrio 1%
- vampate 40% spotting vaginale 10%
- cataratta 7%
- deficit cognitivi?

VANTAGGI

- contrastata l'osteoporosi
- dubbio effetto cardio-protettivo

ANTI- AROMATASICI

ANASTROZOLO, LETROZOLO, EXEMESTANE

EFFETTI COLLATERALI

- dolori artro-muscolari 36%



- osteoporosi 11 vs 7%
- **secchezza vaginale 1% e calo della libido 1%**
- eventi cardiovascolari 2.1 vs 1.1%
- deficit cognitivi

VANTAGGI

- meno tromboembolie 3 vs 5%
- **no carcinoma dell'endometrio**

QUALITA' DI VITA DOPO IL TRATTAMENTO

La valutazione soggettiva del benessere fisico e mentale delle donne anziane operate per carcinoma della mammella e sottoposte a trattamenti complementari è influenzata da:

- Comorbilità pre operatoria
- Dissezione ascellare
- AGEISM (sensazione di discriminazione in relazione all'età)
- Scarsa comunicazione con medici curanti
- Non partecipazione alle scelte terapeutiche
ma NON da:
- Mastectomia (vs chirurgia conservativa) Radioterapia, Ormonoterapia, Chemioterapia

FOLLOW-UP DELLE PAZIENTI ANZIANE

- **Esame clinico semestrale per 3 anni, poi annuale**
- **Mammografia : annuale**
- **Visita ginecologica +ETV+PAP-TEST: da attuare in pazienti sintomatiche in terapia con TAM**

MALATTIA METASTATICA

Particolarmente importante la multidisciplinarietà per la valutazione delle comorbilità in relazione alla tossicità dei farmaci e alla spettanza di vita



Quindi attenta valutazione di:

- **estensione della malattia**
- 1. tossicità dei trattamenti
spettanza di vita
- 2. volontà della paziente

TERAPIA DELLA MALATTIA METASTATICA NELLE PAZIENTI ANZIANE

- **Terapia ormonale se ormonosensibile**
- **Monochemioterapia o chemioterapia orale (Capecitabina, Vinorelbina, TXT settimanale) se non ormonosensibile in malattia particolarmente aggressiva**
- **Trastuzumab, quando indicato, associabile a terapia ormonale Valutazione rischio cardiaco.**
- **Ac.Zoledronico, Denosumab, nelle metastasi ossee, dopo attenta valutazione della situazione odontoiatrica, della funzionalità renale, della calcemia, del rischio infettivo.**

Bibliografia

- Management of elderly patients with breast cancer: updated recommendations of the International Society of Geriatric Oncology (SIOG) and European Society of Breast Cancer Specialists (EUSOMA). Laura Biganzoli, Hans Wildiers, Catherine Oakman, Lorenza Marotti, Sibille Laibl, Ian Kunkler, Malcom Reed, Stefano Ciatto, Adri Cvoogd, Etienne Brain, Bruno Cutuli, Caterine___Terret, Margot Gosney, Matti Aapro, Riccardo Audisio www.thelancet.com/oncology, Vol 13 April 2012
- Baseline comprehensive geriatric assessment is associated with toxicity and survival in elderly metastatic breast cancer patients receiving single-agent chemotherapy: Results from the OMEGA study of the Dutch Breast Cancer Trialists' Group. [Hamaker ME](#), [Seynaeve C](#), [Wymenga AN](#), [van Tinteren H](#), [Nortier JW](#), [Maartense E](#), [de Graaf H](#), [de Jongh FE](#), [Braun JJ](#), [Los M](#), [Schrama JG](#), [van Leeuwen-Stok AE](#), [de Groot SM](#), [Smorenburg CH](#). Breast 2013 dec. 4.pii S0960-9776(13)00293-2 doi 10.1016/j.breast.2013.11.004

- Management of breast cancer in elderly individuals: recommendations of the International Society of Geriatric Oncology. [Wildiers H](#), [Kunkler I](#), [Biganzoli L](#), [Fracheboud J](#), [Vlastos G](#), [Bernard-Marty C](#), [Hurria A](#), [Extermann M](#), [Girre V](#), [Brain E](#), [Audisio RA](#), [Bartelink H](#), [Barton M](#), [Giordano SH](#), [Muss H](#), [Aapro M](#); [International Society of Geriatric Oncology](#). *Lancet Oncol* 2007 Dec; 8(12):1001-15
- Treatment of breast cancer in older women. [Bernardi D](#), [Errante D](#), [Galligioni E](#), [Crivellari D](#), [Bianco A](#), [Salvagno L](#), [Fentiman IS](#). *Acta Oncol*. 2008;47(2):187-198
- Treatment of breast cancer in countries with limited resources. [Carlson RW](#), [Anderson BO](#), [Chopra R](#), [Eniu AE](#), [Jakesz R](#), [Love RR](#), [Masetti R](#), [Schwartzmann G](#); [Global Summit Treatment Panel](#). *Breast Oncol*. 2008; 47(2): 187-198

RACCOMANDAZIONI PER LA TERAPIA PALLIATIVA NEI PAZIENTI GERIATRICI

Renata Marinello, Cludio Bianchi, Mauro Gottero, Maria Marcella Rivolta, Angioletta Calorio

L'assistenza e la cura adeguata della persona anziana colpita da cancro costituiscono una priorità della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta. Gli effetti congiunti dell'invecchiamento della popolazione e dell'aumento delle diagnosi di tumori nell'anziano impongono una maggiore riflessione sui mezzi da impiegare ed un coordinamento tra le due grandi discipline, Oncologia e Geriatria, che ne sono coinvolte.

A tale scopo è necessario un approccio trasversale interdisciplinare onco-geriatrico, ovviamente con un coinvolgimento del Medico di Medicina Generale per garantire un'assistenza integrata in grado di agire sulla malattia, tenendo sotto controllo i fattori di comorbidità e le ripercussioni funzionali di certi trattamenti terapeutici. Tale approccio onco-geriatrico è al momento poco sviluppato e questo può determinare carenze e diseguaglianze nell'accesso dell'anziano alle cure oncologiche rispetto al paziente più giovane.

Per tali ragioni la Rete ha deciso di uniformare in tutti i poli la valutazione del paziente oncologico ultrasettantacinquenne, prevedendo l'utilizzo di un test di screening rapido per l'identificazione dei pazienti da sottoporre ad una Valutazione Geriatrica Multidimensionale (VGM), strumento fondamentale per una valutazione complessa dell'anziano, indispensabile per la decisione del percorso diagnostico e terapeutico di pazienti che presentano aspetti di dipendenza funzionale, di problemi cognitivi o di comorbidità o di fragilità sociale. (1)

Tutti i pazienti di età ≥ 75 anni che afferiscono al Centro Accoglienza Servizi (CAS) verranno sottoposti al test di screening G8, tale strumento è validato a livello internazionale e adottato



dall'EORTC Elderly Task Force, è di rapida somministrazione, consente l'utilizzo di un preciso cut off (score ≤ 14) per identificare i pazienti con alcuni elementi di fragilità e quindi da sottoporre a VGM completa. (2) I pazienti con un punteggio > 14 verranno indirizzati al GIC specifico per patologia d'organo, quelli con un punteggio ≤ 14 verranno sottoposti a VGM.

Ove possibile in quanto presente un ambulatorio oncogeriatrico la VGM sarà effettuata tramite una valutazione congiunta oncologica e geriatrica. In alternativa ed in mancanza di un ambulatorio dedicato il paziente verrà indirizzato al geriatra di riferimento territoriale.

La VGM avrà lo scopo definire il paziente vulnerabile “unfit”, ossia intermedio oppure “fragile”.

I soggetti unfit saranno indirizzati al GIC di specifica competenza o all'oncologo di riferimento per un eventuale trattamento modificato rispetto allo standard, mentre i fragili saranno affidati alle cure di supporto del medico di famiglia e/o dei servizi di Cure Palliative.

Per una visione dell'algoritmo decisionale di tale percorso si consiglia di consultare il sito della Rete Oncologica del Piemonte e Valle D'Aosta (www.reteoncologica.it → “Algoritmo PDTA (Percorso Diagnostico Terapeutico) per il paziente oncologico anziano”.

4. Ellis G, Whitehead MA, O'Neil D et al. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital (Review). The Cochrane Library 2011, Issue 7.

5. Bellera CA, Rainfray M, Mathoulin-Pellissier S et al. Screening older cancer patients: first evaluation of the G8 geriatric screening tool. Ann Oncol 2012; 23 (8): 2166-217208;

INDICAZIONI PER IL PAZIENTE ANZIANO FRAGILE AFFETTO DA PATOLOGIA ONCOLOGICA

Definizione

In ambito geriatrico non vi è, ad oggi, unanimità per la definizione di “fragilità”. Una delle definizioni maggiormente accreditata è quella proposta dal Cardiovascular Health Study di L. Fried (1) che considera la fragilità come una sindrome caratterizzata da riduzione delle risorse e delle resistenze agli stress, provocata dal declino cumulativo di più sistemi fisiologici, riconoscibile attraverso la presenza di 3 o più tra i seguenti criteri: perdita di peso non intenzionale, percezione di affaticamento, debolezza muscolare, ridotta velocità del cammino, scarsa attività fisica.

Un'altra definizione è quella di Rockwood, che si basa sul modello di accumulo di deficit nel tempo, tra cui disabilità, malattie, deficit fisici e cognitivi, fattori di rischio psicosociali e sindromi geriatriche e viene misurata mediante una scala a 70 items con la quale si definisce l'indice di fragilità (2).

Tutti gli autori sono comunque d'accordo nella definizione concettuale: il paziente anziano fragile è colui che utilizza tutte le riserve funzionali per la sopravvivenza di base e non possiede riserve supplementari per fronteggiare eventuali situazioni di stress, anche se minimo. I termini di disabilità e comorbilità non coincidono con la definizione di fragilità ma sono dei fattori che la predispongono.

In ambito oncologico Balducci ha proposto una definizione di fragilità, finalizzata alla costruzione di un algoritmo decisionale, che prevede la presenza di dipendenza in almeno una funzione basale della vita quotidiana (ADL), di 3 o più comorbilità, la presenza di una sindrome geriatrica (delirium, demenza, depressione, osteoporosi, incontinenza, cadute, abusi) e un'età superiore ad 85 anni (Balducci L, Oncologist, 2000; 5: 224-237)

Con il termine “fragile”, in questo documento, si intende il paziente che, dopo essere stato sottoposto a Valutazione Multidimensionale Geriatrica (VGM), risulti non più suscettibile ad un trattamento oncologico “attivo”. Infatti, se dalla VGM emergono limitazioni nelle funzioni basali della vita quotidiana, deterioramento cognitivo, depressione del tono dell'umore, comorbilità rilevanti, necessità di polifarmacoterapia, problemi nutrizionali o problematiche sociali ed assistenziali, **non modificabili da interventi farmacologici, riabilitativi o assistenziali**, il trattamento oncologico può essere controindicato.

Non esistendo in letteratura una definizione su quale sia il migliore protocollo valutativo per la VGM, né quali cut off delle diverse aree esplorate consentano di identificare i pazienti da escludere dal trattamento, in questo documento si raccomanda:

- L'esecuzione della Valutazione Multidimensionale Geriatrica a tutti i pazienti ultrasessantacinquenni che totalizzano un punteggio ≤ 14 al test di screening G 8
- L'esecuzione della Valutazione Multidimensionale Geriatrica con gli strumenti di base previsti dal protocollo UVG della Regione Piemonte, implementati dall'assessment dello stato nutrizionale mediante BMI e Mini Nutritional Assessment (quest'ultimo solo per i pazienti con

BMI \leq 22), dal Mini Mental State Examination in caso di punteggio $>$ 3 allo Short Mental Status Questionnaire e dalla Geriatric Depression Scale. L'assessment completato dalla valutazione della rete dei supporti formali ed informali, dal grado di consapevolezza della

- Malattia oncologica, oltre all'anamnesi, la stadiazione e la valutazione dei fattori prognostici oncologici.
- L'esclusione dal trattamento oncologico "attivo" per i pazienti che presentano una situazione di fragilità conclamata.
- La decisione su come trattare i pazienti che presentano solo alcuni aspetti di fragilità andrà valutata caso per caso, in base all'impatto che tali elementi possono avere sulla speranza di vita del paziente, sulla tollerabilità del trattamento oncologico e in base alla preferenza del paziente.

Bibliografia

- Fried LP, Tangen CM, Walston J et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. J Gerontol 2001; 56: M146-M156
- Rockwood K, Mitnitski A. Frailty defined by deficit accumulation and geriatric medicine defined by frailty. Clin Geriatr Med 2011; 27: 17-26
- Balducci L, esOncologist, 2000; 5: 224-237

Chi deve gestire il paziente

Il Medico di Medicina Generale, il geriatra, il palliativista, o altro medico, la scelta sarà condizionata dalla sede in cui viene effettuata la cura e dalle risorse esistenti nel territorio dell'ASL di residenza del paziente.

Punti critici nella gestione del paziente oncologico fragile

GESTIONE DEI SINTOMI PRINCIPALI

DOLORE

1. Almeno il 50% dei malati terminali per cancro ha dolore grave.
2. Solo la metà ottiene sollievo adeguato, non perché il dolore non possa essere controllato,

3. ma perché l'atteggiamento nei confronti del sintomo, sia da parte dei medici sia da parte dei pazienti, è scorretto.

Nell'anziano questo atteggiamento è accentuato.

Il dolore va individualizzato in base a:

| | |
|-----------------------------------|--|
| Percezione soggettiva > | NRS per il paziente non deteriorato |
| | Misurazione - |
| Percezione oggettiva > | PAINAD per il paziente con deterioramento cognitivo |
| Ambiente di supporto del paziente | |

CONSIDERAZIONI GENERALI

- Il dolore va trattato indipendentemente dalla prognosi.
 - L'età in sé non determina riduzione del dolore.
 - Non c'è evidenza che l'età in sé influenzi qualitativamente il dolore.
 - Riconoscere l'importanza di incoraggiare il paziente a parlare del suo dolore.
 - Riconoscere che può determinare altri sintomi
- a. astenia
 - b. ansia
 - c. depressione
 - d. nausea
 - e. insonnia

PER QUANTO RIGUARDA LA TERAPIA DEL DOLORE:

- 1) Utilizzare la via meno invasiva possibile.
- 2) Somministrare regolarmente i farmaci e non solo al bisogno (prevenire il dolore).
- 3) Tener conto della riduzione della clearance epatica (30-40% nell'anziano).
- 4) Tenere conto della funzione renale in base alla riduzione della clearance della creatinina.
- 5) Valutare l'idratazione.

- 6) Valutare l'assunzione di farmaci concomitanti.
- 7) Considerare la riduzione dell'albumina nelle cachessie (senile e neoplastica).
- 8) Sapere che di solito l'assorbimento gastro-intestinale diminuisce nell'anziano in modo irrilevante.

PER QUANTO RIGUARDA L'UTILIZZO DEI FARMACI:

- 1) Titolare con basse dosi regolari e frequenti di farmaci noti e a bassa emivita, controllandone l'assunzione corretta e monitorando l'insorgenza dei potenziali effetti collaterali.
- 2) Ricordare che la biotrasformazione degli oppiacei avviene a livello epatico e che l'eliminazione, sia dei farmaci sia dei loro metaboliti attivi avviene per via renale con l'eccezione del fentanyl (eliminato per via epatica).
- 3) Iniziare la terapia con morfina (farmaco più conosciuto e sperimentato) per titolare, quindi è possibile la conversione.
- 4) Ricordare che la morfina ha nell'anziano, un maggiore effetto analgesico, soprattutto nel dolore acuto ed ha un ridotto metabolismo epatico (caratteristiche conosciute per il maggior utilizzo della molecola).
- 5) Se possibile non utilizzare nell'anziano metadone o pentazocina per lo scarso controllo dell'accumulo.

DISPNEA

1. E' il sintomo più temuto insieme al dolore
2. Se possibile trattare la causa
 - antibiotici > infezioni
 - diuretici > scompenso cardiaco
 - toracentesi > versamento pleurico
3. Ossigenoterapia > confortante per paziente e famiglia, ma spesso irrilevante:
 - da non somministrare se non tollerati i dispositivi erogatori o la secchezza delle fauci.
4. Utile la terapia con oppiacei (soprattutto morfina, in uso cronico e basso dosaggio) per:
 - rallentare la respirazione
 - alleviare sintomi cronici

- favorire il sonno
 - ridurre la risposta midollare alle alterazioni gassose
5. La dispnea causa ansia > utile terapia con benzodiazepine
6. Misure non farmacologiche:
- ambiente ventilato
 - assistenza rassicurante non ansiogena
 - tecniche di rilassamento

NAUSEA – VOMITO

Valutare la causa:

- da oppiacei > associare sempre antiemetici nelle prime due settimane di trattamento
 - da compressione > procinetici per favorire lo svuotamento gastrico e cortisonici per ridurre l'edema perilesionale
 - da stipsi > associare sempre lassativi agli oppiacei e regolarizzare l'evacuazione
 - considerare la possibilità di ipercalcemia
 - da occlusione > evitare il trattamento invasivo e privilegiare il trattamento farmacologico e comportamentale:
1. sospendere i procinetici
 2. somministrare anticolinergici
 3. somministrare aloperidolo
 4. somministrare ondansetron
 5. somministrare octreotide
 6. riduzione subtotale dell'apporto alimentare per os
 7. idratazione per os con ghiaccio
 8. cura del cavo orale

AGITAZIONE – DELIRIUM

(Attenzione a non confondere con manifestazioni di demenza)

| | |
|-------------------|---|
| Malattie croniche | > disprotidemia > cachessia > disidratazione > infezioni |
| Malattie acute | > scompenso cardio-circolatorio |

STATOCONFUSIONALE

Febbre

Dolore scompensato

ACUTO

Ritenzione urinaria

Deprivazione del sonno

Presenza di fecalomi

- da corticosteroidi

Tossicità da farmaci > STATO CONFUSIONALE TOSSICO - da antidepressivi triciclici

- da antiparkinsoniani

- da antipsicotici (fenotiazine)

Trattamento

1. correzione delle cause (se possibile)
2. ottimizzazione dell'ambiente e dell'assistenza
3. benzodiazepine
4. aloperidolo
5. olanzapina
6. risperidone

Indicazioni al supporto nutrizionale e all'idratazione

1. E' indispensabile distinguere, in base allo stato funzionale, cognitivo e alla comorbidità i pazienti che necessitino di un approccio invasivo/aggressivo rispetto a quelli in cui avere un atteggiamento palliativo. La strategia da intraprendere deve essere scelta dopo un periodo di osservazione/dilazione in cui si valuta la risposta alla terapia.

2. E' utile sottolineare che il paziente anziano oncologico spesso è affetto da comorbidità che possono controindicare trattamenti reidratanti o nutrizionali parenterali che prevedono infusione di grandi volumi di liquidi (ad esempio nel caso dello scompenso cardiaco congestizio)
3. In caso di presenza di demenza associata a disfagia, sindrome da immobilizzazione, è utile ricordare che non vi sono attualmente evidenze che il posizionamento di una PEG ne prolunghi la sopravvivenza; inoltre alcuni studi hanno dimostrato come la PEG non riduca il rischio di aspirazione e possa addirittura favorire l'insorgenza di ulcere da decubito.
4. In caso di evento acuto (ad esempio episodio infettivo, vasculopatia cerebrale acuta, ...) è indicata una terapia di supporto reidratante e nutrizionale con periodica rivalutazione della deglutizione.
5. Ove possibile, è necessario valutare la preferenza del paziente

Riabilitazione oncologica del paziente anziano fragile

L'obiettivo prioritario è quello di mantenere, il più a lungo possibile, una buona qualità di vita ed un elevato grado di autonomia, contrastando gli effetti fisici, psicologici, spirituali e sociali della malattia neoplastica e potenziando le capacità funzionali residue.

Lo scopo è quello di mantenere condizioni di vita normali sia nel contesto familiare che nei rapporti sociali.

L'attività riabilitativa deve, necessariamente, essere contestuale ad una presa in carico multidisciplinare (specialista in riabilitazione, terapeuta del dolore, psico-oncologo, terapeuta della riabilitazione, infermiere ecc).

Preferibilmente il setting operativo è quello ambulatoriale e/o domiciliare.

Fondamentale l'informazione degli obiettivi al medico curante ed ai famigliari, il counselling al care giver al fine di poter prolungare l'intervento riabilitativo anche in "autonomia", quando possibile.

Non è possibile standardizzare procedure riabilitative individuali in quanto la variabilità del tipo di tumore, e la conseguente compromissione fisica-dolore-limitazione funzionale, il contesto familiare e sociale determinano situazioni specifiche a cui l'attività riabilitativa deve adattarsi per ottenere un intervento efficace.

Determinante è il passaggio dal “curare” al “prendersi cura” del paziente ponendolo al centro della strategia operativa.

L'informazione al paziente oncologico anziano

Una volta che le valutazioni sono state fatte e dati clinici raccolti, il passo successivo è condividere questa informazione ai pazienti anziani. Diversi studi evidenziano che l'informazione rispetto ad una diagnosi oncologica infausta è ancora insufficiente nel nostro paese e, inoltre, la possibilità di essere informati correttamente, sia riguardo la diagnosi che la prognosi, diminuisce significativamente con l'aumentare dell'età^{1,2}. Le regole che si applicano alla popolazione generale non possono valere per le persone anziane. L'informazione e comunicazione efficace in questi casi deve tenere conto di:

1. Modulare l'informazione, in funzione dello stato cognitivo del paziente, secondo i tempi e le modalità che la rendano efficace³⁻⁴. Nel fare questo è importante tenere conto che il livello di 'alfabetizzazione sanitaria' nell'anziano è piuttosto basso è quindi necessario semplificare ed esemplificare per dare informazioni⁵.
2. Evitare di ricorrere a terminologie specialistiche o statistiche poiché anche la competenza numerica potrebbe non essere così alta.
3. Qualora sia desiderio del paziente è bene che la comunicazione avvenga alla presenza della persona significativa per lo stesso (care giver, familiare, compagno)
4. Valutare sempre il grado di consapevolezza del paziente e la sua capacità decisionale.
5. Per entrare nel vivo della comunicazione utilizzare uno dei noti modelli a 6 passi quali Buckman, SPIKES, ABCDE (che in sintesi prevedono di creare un setting favorente la comunicazione, esplorare cosa il paziente sa, sondare cosa vorrebbe sapere, comunicare le informazioni, accogliere le emozioni che la comunicazione suscita e pianificare il futuro).
6. Esplorare i problemi e condurre il paziente ad identificare efficacemente ed esprimere i bisogni e gli obiettivi legati alla situazione sia suoi sia dei propri familiari e delle persone significative.
7. Impegnarsi nel lavoro di rete e continuità⁶⁻⁷ perché il paziente non viva la percezione dell'abbandono

1. Costantini M, Morasso G, Montella M. Diagnosis and prognosis disclosure among cancer patients. Results from an Italian mortality follow-back survey. *Ann of Oncol.* 2006;17:853-9
2. Monti M, Castellani L, Romani R, Calcaterra A, Riva F, Cavalli C. Consapevolezza di terminalità in pazienti oncologici anziani degenti in Hospice . *La Rivista Italiana di Cure Palliative* , 2009
3. Codice Deontologico Medico, 2013, Capo IV art.33.
4. Codice Deontologico dell’Infermiere, 2009, Titolo II Art. 23, 24.
5. Shamali P. Geriatric assessment, communication skills essential for older patients. *Oncology Journal*, 2010
6. Codice Deontologico Medico, 2013. Capo I , art. 23
7. Codice Deontologico dell’Infermiere, 2009. Titolo II art. 27
8. Sessum LL, Zemberzuska H, Jackson JI. Does this patient have medical decision-making capacity? *JAMA.* 2011; 306 (4): 420-427.
9. Harrington SE, Smith TJ. The role of chemotherapy at the end of life: when is enough? *JAMA* 2008; 299: 2667-2678
10. NCCN Guidelines Version 2.2014, Senior Adult Oncology