



AGGIORNAMENTO DEL PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER IL PAZIENTE ONCOLOGICO ANZIANO

A cura di:

Coordinatore: Renata Marinello
Bruno Castagneto, Gianfranco Fonte, Barbara Maero,
Elisabetta Ponte, Silvia Zai

Approvato dal Gruppo di Lavoro in Oncogeriatría:

Coordinatore: Renata Marinello

Partecipanti:

Serena Badellino, Alessandra Berardo, Claudio Luigi Bianchi,
Annarosa Sabrina Bucci, Angioletta Calorio, Bruno Castagneto, Anna Ferraris,
Gianfranco Fonte, Fabio Gaspari, Mauro Gottero, Sara Marchionatti,
Barbara Maero, Daniela Marenco, Renata Marinello, Germana Nino,
Maria Vittoria Oletti, Alessandra Pastorino, Elisabetta Ponte,
Carlo Alberto Raucci, Manuela Rebellato, Daniela Resta, Giuliana Ritorto,
Maria Marcella Rivolta, Fabrizia Russo,
Giuseppe Sgrò Anfosso, Roberto Vormola, Silvia Zai

Ultima versione: 09/12/2016

Aggiornamento del PDTA per il paziente oncologico anziano

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.

Con tale obiettivo nel 2013 il Gruppo di lavoro della Rete Oncologica Piemonte e della Valle d'Aosta sull'Oncogeriatría aveva prodotto il documento in cui veniva presentato l'“Algoritmo PDTA (Percorso Diagnostico Terapeutico) per il paziente oncologico anziano” (Documento approvato con D.D. 893 del 30.10.2014 e presente sul sito www.reteoncologica.it).

Il PDTA previsto per il paziente oncologico anziano indica come prima tappa per tutti i pazienti di età > 75 anni che giungano al CAS (Centro Accoglienza Servizi), l'utilizzo di uno strumento di screening rapido denominato G8 (consta di 8 items) per identificare i pazienti meritevoli della Valutazione Multidimensionale Geriatrica (VMG) completa, metodica che richiede tempo e professionalità.

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

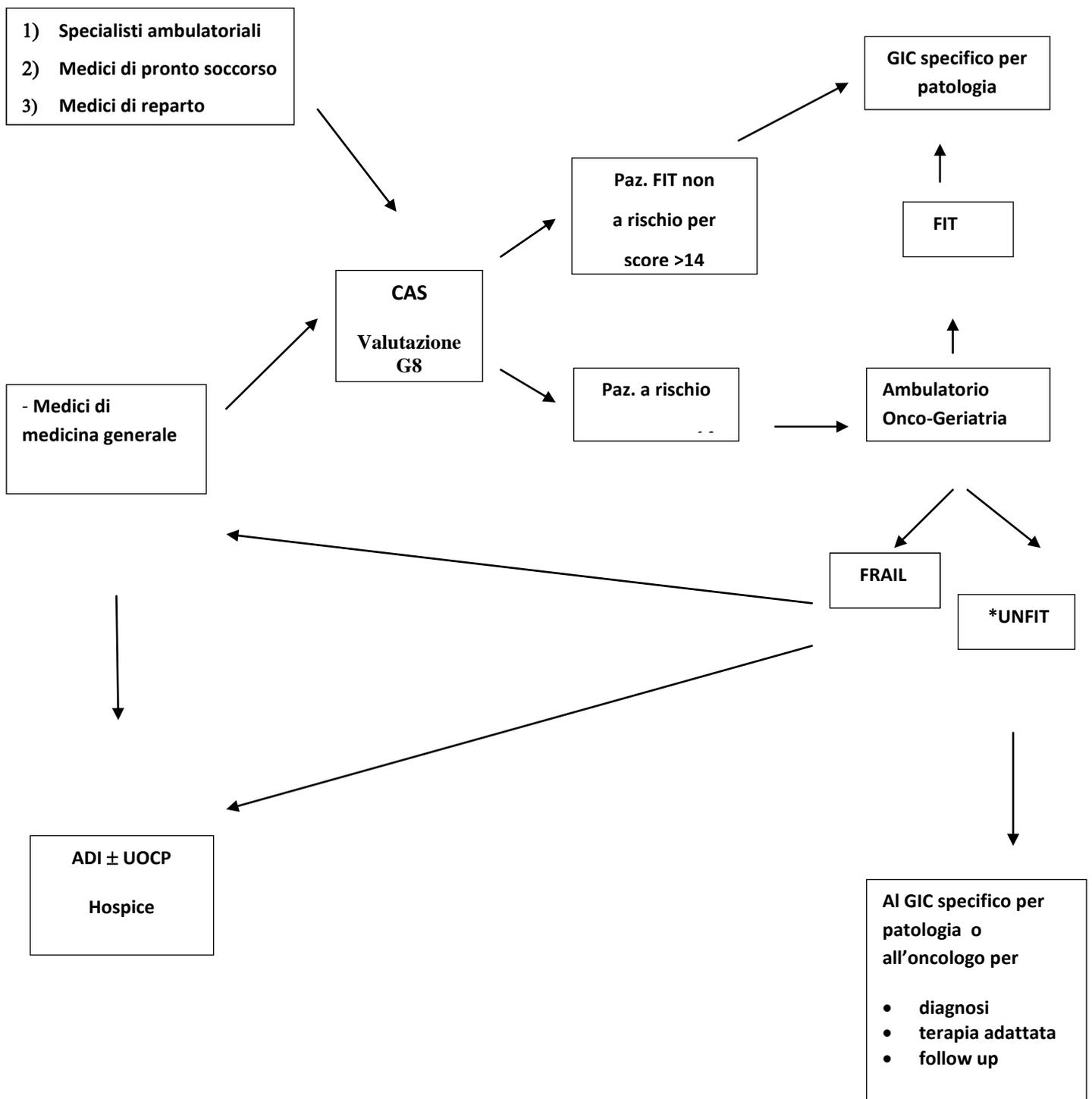
– In caso di punteggio > 14, significativo di una condizione di integrità dal punto di vista funzionale, il paziente verrà inviato al GIC specifico per patologia d'organo, dove le decisioni diagnostico-terapeutiche verranno discusse indipendentemente dall'età anagrafica.

– In caso di punteggio \leq 14, indicativo di vulnerabilità, il paziente sarà indirizzato all'ambulatorio di oncogeriatría nei presidi in cui esiste un ambulatorio strutturato, oppure al geriatra 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.

Occorre però aggiungere, rispetto a quanto già indicato nel precedente PDTA, che il G8 pur avendo una buona sensibilità (76,6%), ha una relativamente bassa specificità (64,4%) e la letteratura ha dimostrato la possibilità di circa il 25% di “falsi positivi”, cioè pazienti che presentano un punteggio \leq 14 ma che alla VMG risultano essere fit.

E' necessario pertanto prevedere la possibilità che i pazienti risultati positivi al test di screening G8, ma giudicati fit alla VMG, vengano reindirizzati al GIC di patologia d'organo competente. Per meglio sintetizzare il percorso del paziente di età ≥ 75 anni con diagnosi di neoplasia, si propone quindi il seguente algoritmo:



Bibliografia

1. Decoster L., Van Puyvelde K., Mohile S et al. Screening tools for multidimensional health problems warranting a geriatric assessment in older cancer patients: an update on SIOG recommendations, *Ann. Oncol*, 26: 288-300, 2015;
2. Soubeyran P., Bellera C., Goyard J et al. Screening for vulnerability in older cancer patients: The ONCODAGE Prospective Multicenter Cohort Study. *PLOS ONE*, DOI: 10.1371/journal.pone.0115060, 2014;
3. http://www.siog.org/index.php?option=com_content&view=article&id=245&Itemid=160;
4. Kenis C, Bron D, Lybert Y, et al: Relevance of a systematic geriatric screening and assessment in older patients with cancer: results of a prospective multicentric study. *Ann Oncol* 24:1306-1312, 2013.

Il gdl ha inoltre analizzato i criteri di classificazione dei pazienti oncologici anziani sulla base della Valutazione Multidimensionale Geriatrica; tali criteri consentono l'identificazione di 3 tipologie di pazienti (fit, vulnerabili e fragili) mediante gli strumenti che tutti i Poli oncologici della Rete piemontese dovrebbero utilizzare.

La definizione dei cut off dei vari strumenti che tutti i Poli dovranno utilizzare rende oggettiva ed omogenea l'assegnazione dei pazienti ai 3 diversi gruppi.

Viene ribadito che il paziente oncologico di età ≥ 75 anni debba essere sottoposto, già nel corso della visita CAS al test di screening G8 e, qualora il punteggio sia ≤ 14 , venga valutato mediante VGM (come già deliberato dalla Rete nel 2014).

L'identificazione dei cut off delle singole scale valutative per la definizione dell'appartenenza al paziente ad una delle 3 categorie (fit, vulnerabili e fragili) consentirà di utilizzare i dati non solo per scopi clinici ma anche per condurre delle ricerche scientifiche. E' stato infatti ipotizzato di "testare" questa categorizzazione conducendo uno studio prospettico osservazionale su tutti i poli della Rete (si rimanda nel dettaglio alla bozza di studio proposta dal dott. B. Castagneto).

In considerazione dell'assenza in letteratura di chiare evidenze circa tali tematiche, il gruppo ha deciso di non applicare il metodo PICO per redigere la griglia per la categorizzazione dei 3 diversi gruppi di pazienti.

IPOSTESI DI CLASSIFICAZIONE DEI PAZIENTI ONCOLOGICI ANZIANI SULLA BASE DELLA VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE GERIATRICA

FIT o INDIPENDENTE

Stato funzionale: valutato mediante ADL e IADL

- nessuna dipendenza nelle ADL e IADL ^(1, 2,3)
- Comorbilità: valutata mediante CIRS;
- nessuna patologia di grado 3 e 4 (ad eccezione di quella oncologica)
- < di 3 patologie di grado 2 ^(1,3)

Stato cognitivo: valutato mediante SPMSQ

- <2 errori ⁽⁴⁾

Performance Status: valutato mediante Karnofsky Performance Status

- KPS \geq 80%

Non viene considerata limitante l'assenza di supporti sociali.

FRAIL

Viene considerato fragile il paziente con almeno 1 dei seguenti requisiti:

Stato funzionale: valutato mediante ADL e IADL

- \geq 1 funzione persa nelle ADL ^(1, 2,3) ad eccezione di incontinenza urinaria o incontinenza fecale secondaria alla malattia oncologica.
- IADL \leq 4 ⁽²⁾

Comorbilità: valutata mediante CIRS;

- \geq 1 patologia di grado 3 (ad eccezione di quella oncologica) ^(5,6,7)

Stato cognitivo: valutato mediante SPMSQ

- \geq 8 errori ^(#)

Situazione sociale: in caso di assenza di un caregiver (sia formale che informale) sono da considerare fragili anche i pazienti con IADL tra 9 e 5 ^(#)

Stato nutrizionale: valutato mediante Mini Nutritional Assessment e BMI

- MNA < 17 ⁽⁴⁾
- BMI \leq 22 ^(#)



La sola presenza di depressione del tono dell'umore non viene considerato criterio valido.

VULNERABLE (pazienti intermedi)

Tutti i pazienti che non sono considerabili Fit o Frail secondo i criteri sopra esposti.

#: sono indicate con questo simbolo I cut off che sono stati individuate dal gruppo di studio arbitrariamente dopo aver valutato la letteratura disponibile.

Bibliografia

1. Massa E, Madeddu C., Astara G., et al. An attempt to correlate a “Multidimensional Geriatric Assessment” (MGA), treatment assignment and clinical out come in elderly cancer patients: Results of a phase II open study. *Crit Rev Oncol Hematol*, 2008;
2. Corre R., Greillier L., Le Caer H., et al. Use of a Comprehensive Geriatric Assessment for the Management of Elderly Patients With Advanced Non-Small-Cell Lung Cancer: The Phase III Randomized ESOGIA-GFPC-GECP 08-02 Study. *J Clin Oncol*, 34: 1476, 2016;
3. Balducci L., Extermann M., Management of cancer in the older person: a practical approach. *The Oncologist*, 5: 224, 2000;
4. Pilotto A., Ferrucci L., Franceschi M., Development and Validation of a Multidimensional Prognostic Index for One-Year Mortality from Comprehensive Geriatric Assessment in Hospitalized Older Patients. *Rejuvenation Res.* 11: 151, 2008;
5. Extermann M., Aapro M., Bernabei R., et al. Use of comprehensive geriatric assessment in older cancer patients: recommendations from the task force of the International Society of Geriatric Oncology (SIOG). *Crit Rev Oncol Hematol*, 55: 241, 2005;
6. Kristjansson SR, Nesbakken A., Jordhoy MS., Comprehensive Geriatric Assessment can predict complications in elderly patients after elective surgery for colo-rectal cancer: a prospective observational cohort study. *Crit Rev Oncol Hematol*, 76: 208-217, 2010;
7. Kenig J., Olszewska U., Zychiewicz B., et al. Cumulative deficit of geriatric assessment to predict the postoperative outcomes of older patients with solid abdominal cancer. *J Geriatr Oncol*, 6: 370-379, 2015.