

# Obiettivi del GdL di ONCOLOGIA GERIATRICA

- Garantire il **più adatto** approccio diagnostico-terapeutico
- Attenta valutazione dello **stato funzionale**
- Limitando il più possibile i danni da **tossicità**

# 5 AMBITI

- **Terapia palliativa nel paziente fragile**
- **Tumore del colon-retto**
- **Tumore mammario**
- **Tumore della prostata**
- **Tumore del polmone**

# **RACCOMANDAZIONI PER LA TERAPIA PALLIATIVA NEI PAZIENTI GERIATRICI FRAGILI**

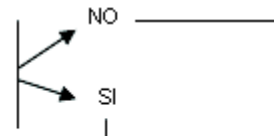
*R. Marinello*  
*A. Calorio*  
*C. Bianchi*  
*M Gottero*  
*M.M. Rivolta*

# **Punti critici** nella gestione del paziente oncologico fragile

- **Dolore**
- **Dispnea**
- **Nausea/vomito**
- **Agitazione/delirio**
- **Stato confusionale tossico**
- **Supporto nutrizionale ed idratazione**
- **Riabilitazione oncologica**
- **Informazione**

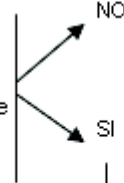
## APPROCCIO AL DECISION MAKING NELL'ANZIANO ADULTO **FRAGILE**

Il paziente è a **rischio** moderato o elevato di morire o soffrire a causa del tumore considerando soprattutto la sua aspettativa di vita?<sup>a</sup>



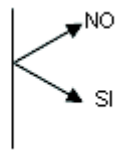
Gestione dei sintomi e terapie di supporto

Questo paziente ha **capacità decisionali**?  
I pazienti devono avere l'abilità di:  
Comprendere le informazioni rilevanti riguardo i tests diagnostici e le proposte terapeutiche  
Comprendere la propria situazione (inclusi i valore sottostante e la situazione clinica attuale)  
Utilizzare il ragionamento per prendere una decisione  
Comunicare la propria scelta



Ottenere informazioni da:  
Proxy (Famigliare, care giver)  
Direttive anticipate  
Testamento biologico  
Fiduciario  
Documentazione clinica  
Considerare la consultazione di un comitato etico o operatori sociali o considerare le cure palliative

Valutare gli **obiettivi del paziente** e valutare rispetto alla gestione della sua malattia tumorale  
Sono gli obiettivi/desideri e i valori compatibili con il volere la terapia antitumorale?<sup>a</sup>



NO → Gestione dei sintomi/terapie di supporto (vedi le linee guida NCCN Guideline for palliative care)  
SI → Valutazione dei fattori di rischio (comorbidità, sindromi geriatriche, problemi socioeconomici)

<sup>a</sup> Gli strumenti di valutazione dell'aspettativa di vita sono disponibili al sito [www.epronosis.com](http://www.epronosis.com). Nota che questi strumenti sono usati per determinare anticipatamente l'aspettativa di vita (indipendentemente dal tumore). Essi possono essere utilizzati nella presa di decisione per ponderare se il tumore potrà abbreviare l'aspettativa di vita o diversamente possa divenire sintomatico per il tumore durante la sua prevista aspettativa di vita. Questi strumenti dovrebbero essere utilizzati insieme alla valutazione clinica

# TUMORE DELLA PROSTATA

*B. Castagneto*

*D. Amati*

# CRITICITA'

- **Terapia di deprivazione androgenica**
- **Trattamento del mCRPC**
- **Trattamento del paziente anziano “unfit”,  
ossia intermedio fra “fit” e “frail”**

# Terapia di deprivazione androgenica

- Evitare la doppia associazione (antiandrogeno + analogo)
  - Linee guida
- Riflessioni sulla sindrome metabolica
  - Pazienti anziani con comorbidità
  - Polifarmacoterapie



# Trattamento del **mCRPC**

- L'incidenza del ca prostatico aumenta con l'età
- Più del 75% delle diagnosi di ca prostatico in pazienti > 65 anni
- Spunti interessanti sull'utilizzo di nuovi farmaci
  - Cabazitaxel
  - Abiraterone acetato
  - Cabozantinib
  - Enzalutamide
- Implicazioni e limitazioni per contenimento spesa farmaceutica



[Home](#) [Chi siamo](#) [Piano attività 2014](#) [Eventi 2014](#) [La Rete e i suoi Links](#) [Risorse web](#) [Conference Room](#)



## Le news di RETE: 24 febbraio – 2 marzo 2014



24/02 Incontro per sensibilizzare gli oncologi a controllare il sintomo nausea e vomito indotto da chemioterapia con

particolare attenzione al vomito ritardato;

[Leggi tutte le NEWS della settimana](#)



### Area Operatori

"Scrivi al Dipartim@nto"

Indicatori di Rete

Incontri di Rete per patologia tumorale

Raccomandazioni di Rete

G.I.C. aziendali per patologia tumorale

### Eventi con la partecipazione del Dipartimento

- 28 Febbraio: Workshop: aspetti clinici, farmaco-economici e medico legali nella gestione del tumore colon retto metastatico
- 19 Marzo: Il Paziente con GIST: management della seconda linea di terapia e continuous care
- 22 Marzo: Corso di Cardio-Oncologia. Cardiotossicità da terapie oncologiche e strategie di cardioprotezione.
- 10 Aprile: Focus sul carcinoma prostatico

### Chi è online

246 visitatori online

### Cerca nel sito

### Area Cittadini

"Scrivi al Dipartim@nto"

I Centri Accoglienza e Servizi

# ADENOCARCINOMA DELLA PROSTATA METASTATICO, CASTRAZIONE RESISTENTE

**RACCOMANDAZIONI SULLA TERAPIA SISTEMICA**  
**alla luce della disponibilità di nuovi farmaci**

*C. Ortega*  
*B. Castagneto*  
*I. Chiappino*  
*S. Miraglia*

## Tumore urologico

- Trattamento del carcinoma vescicale muscolo invasivo e metastatico (*documento redatto a cura di P. Gontero, O. Bertetto, B. Castagneto, S. Cristina, P. De Giuli, P. Destefanis, G. Girelli, A. Mosca, M. Pasquale, M. Tucci, F. Vignani e validato dal GdS Tumori Urologici*)
- Aggiornamento su: tecniche, metodiche e acquisizioni recenti nel trattamento radioterapico del carcinoma prostatico (*a cura di G.Girelli (coordinatore), A.Ballarè, P.Franzone, P.Gabriele, G.Malinverni, F. Munoz, M.G. Ruo Redda, G.Mortellaro, S.Allis, G.Moro e validato dal GdS Tumori urologici*)
- Adenocarcinoma della prostata metastatico, castrazione resistente: raccomandazioni sulla terapia sistemica alla luce della disponibilità di nuovi farmaci (*documento redatto a cura di C. Ortega (Coordinatrice), B. Castagneto, I. Chiappino, S. Miraglia, F. Vignani e validato dal GdS Tumori Urologici*)

## **Impact of news drugs in the median overall survival of patients with metastatic castration resistant prostate cancer (mCRPC)**

N. Chaumard-Billotey<sup>[1]</sup>, M. Aitichou<sup>[1]</sup>, S. Chabaud<sup>[2]</sup>, H. Boyle<sup>[3]</sup>, B. Favier<sup>[1]</sup>, Y. Devaux<sup>[3]</sup>, JP. Droz<sup>[3]</sup>, A. Fléchon<sup>[3]</sup>

<sup>[1]</sup> Pharmacy department, <sup>[2]</sup> Biostatistical unit, <sup>[3]</sup> Department of Oncology - Centre Léon Bérard, 28 Rue Laennec, Lyon 69008, France.

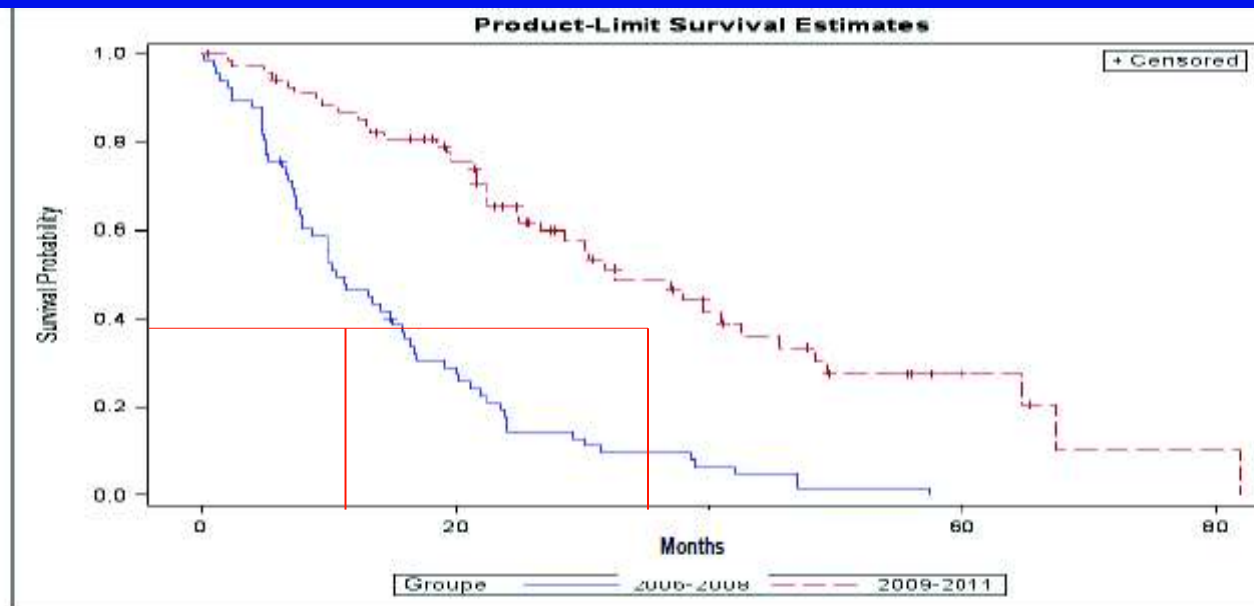


Figure 1 : Overall survival of mCRPC patients according to the period of treatment

Median overall survival was **10.6 months** (95% CI 7.8–15.7) in group 1 vs **32.5 months** (95% CI 25–42.4) in group 2 ( $p < 0.0001$ ).

At 12 months, overall survival rate was **46.4%** (95% CI 34–57.9) in group 1 vs **86.6%** (95% CI 75.9 – 92.8) in group 2.

## CONCLUSION

This study reflects how the management of mCRPC patients has evolved over the last 7 years, in daily practice. Patient characteristics remained comparable during the two periods. Nevertheless, over time, survival has improved obviously, probably through earlier management, more intensive schedules of docetaxel and use of new drugs.

# TUMORE MAMMARIO

*MV. Oletti*  
*R. Marinello*  
*G. Ritorto*

# Diagnosi

- La palpazione del seno dovrebbe essere routinaria nella visita internistica della donna anziana
- **Caratteristiche biologiche**
  - Diametro medio superiore (ritardo diagnostico)
  - Indici proliferativi (Ki-67) più bassi, < aneuploidia
  - Alta espressione di ER e PgR
  - Minor espressione di HER-2



# Terapie locali

- **Terapia chirurgica**
  - Intervento conservativo se possibile (quadrantectomia)
- **Radioterapia**
  - Può essere evitata nel basso rischio

# Chemioterapia adiuvante

- **QUANDO** CT adiuvante?
  - Non indicata nella maggior parte dei casi a rischio basso od intermedio (ER+; <3lfn+;HER-2 neg)
  - Indicata nel rischio alto (dopo attenta VGM)
- **QUALE** CT adiuvante?
  - Non esistono nell'anziana studi randomizzati CMF vs schemi con antracicline
  - Scelta molto controversa (attenta VGM)

# Ormonoterapia adiuvante

- **Tamoxifene/anti aromatasici**
  - **Scelta in base ai fattori prognostici, ma anche in base ai profili di tossicità ed alle comorbidità**
    - **Attenta VGM**

# Malattia metastatica

Particolarmente importante la **multidisciplinarietà** per la valutazione delle comorbidità in relazione alla tossicità dei farmaci ed all'aspettativa di vita

# TUMORE DEL COLON

*D. Marengo*  
*R. Marinello*

# CT adiuvante stadi II - III

- **Dubbio vantaggio** nello stadio II
- **Vantaggio** nello stadio III
- Fluorofolati o capecitabina **equivalenti**
- **Dubbio il vantaggio in OS** con l'aggiunta di oxaliplatino (attenzione alla neurotossicità!)

# Malattia metastatica

- **Obiettivo il controllo** della malattia nel paziente sintomatico
- Fluorofolati o capecitabina + oxaliplatino/irinotecan
  - **Importanza della VGM**
- **Targeted therapy** (bevacizumab, cetuximab, panitumumab)
  - Non esistono studi dedicati, ma solo dati estrapolati
  - Beneficio in PFS, ma non in OS
  - Aumento delle complicanze tromboemboliche (bevacizumab)

[Display Settings:](#)  Abstract[Send to:](#) 

[Lancet Oncol](#). 2013 Oct;14(11):1077-85. doi: 10.1016/S1470-2045(13)70154-2. Epub 2013 Sep 10.

**Bevacizumab plus capecitabine versus capecitabine alone in elderly patients with previously untreated metastatic colorectal cancer (AVEX): an open-label, randomised phase 3 trial.**

[Cunningham D](#)<sup>1</sup>, [Lang I](#), [Marcuello E](#), [Lorusso V](#), [Ocvirk J](#), [Shin DB](#), [Jonker D](#), [Osborne S](#), [Andre N](#), [Waterkamp D](#), [Saunders MP](#); [AVEX study investigators](#).

- **PFS: 9.1 vs 5.1**
- **≥ G3 Venous thromboembolic events: 8% vs 4%**
- **Any grade haemorrhage 25% vs 7%**

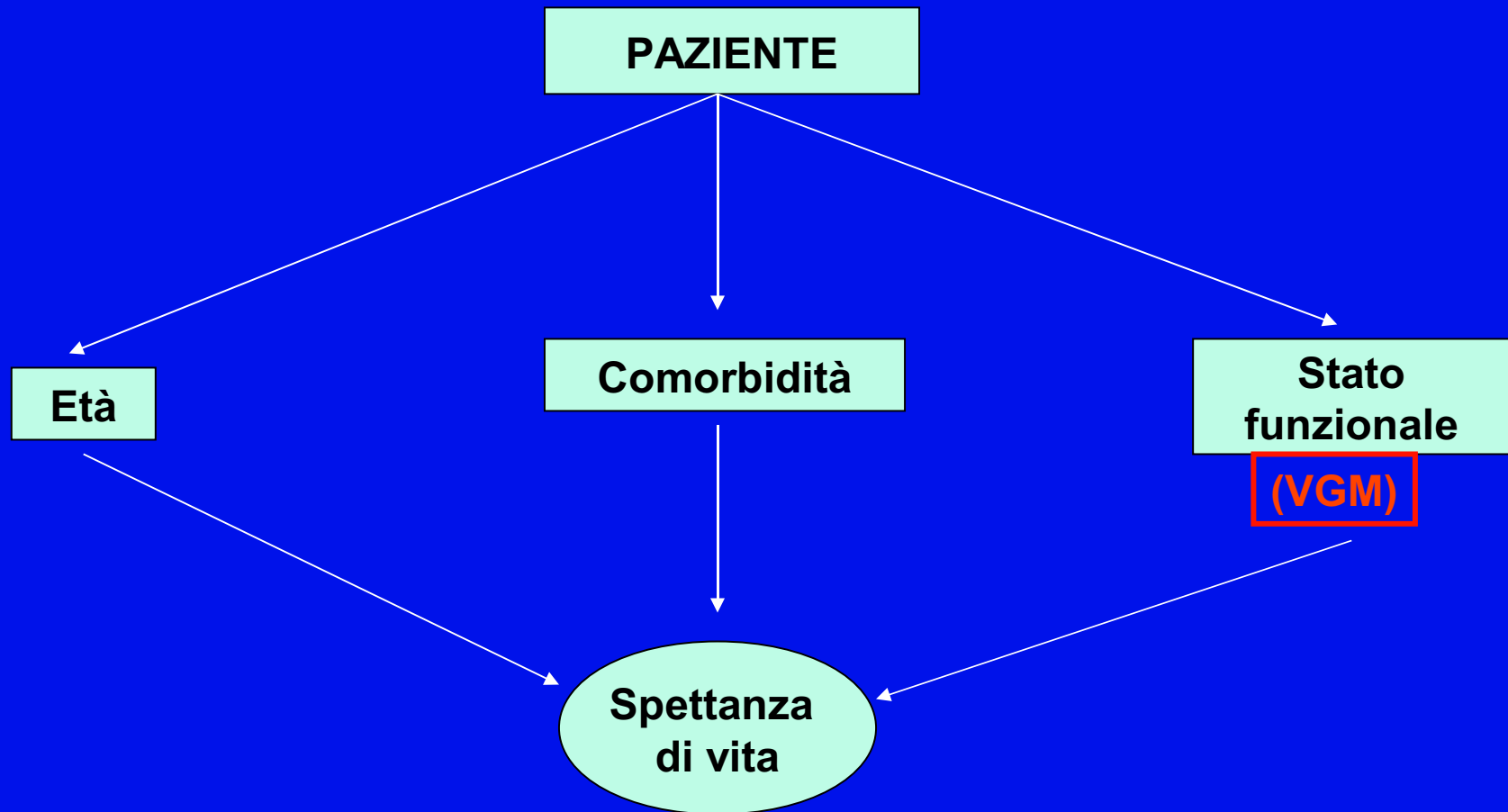
[J Geriatr Oncol](#). 2014 Jan;5(1):78-88. doi: 10.1016/j.jgo.2013.08.006. Epub 2013 Sep 20.

2. **Bevacizumab in elderly patients with metastatic colorectal cancer.**

[Scialfani F](#)<sup>1</sup>, [Cunningham D](#)<sup>2</sup>.

Based on the data from subgroup or pooled analysis of prospective trials, observational cohort studies, retrospective population-based studies and a single recent randomised phase III trial, we conclude that the **clinical benefit and safety** profile of bevacizumab in elderly patients are not significantly different from those reported in younger patients, with the exception of an **increased risk of arterial thromboembolic events**. Bevacizumab should therefore be considered as a potential therapeutic option for elderly patients with mCRC.





**Maggiore della sopravvivenza correlata al tumore: trattamento specifico**

**Minore della sopravvivenza correlata al tumore: trattamento palliativo**

# VGM

```
graph TD; VGM --> Fit; VGM --> Unfit; VGM --> Fragile; Fit --> ChemStandard[chemioterapia standard]; Unfit --> ChemAdattata[chemioterapia adattata]; Fragile --> TerapiaSupporto[terapia di supporto];
```

**Paziente “fit”:**  
•no comorbidità

**chemioterapia  
standard**

**Paziente “unfit”:**  
•IADL dipendente  
•fino a 2 comorbidità

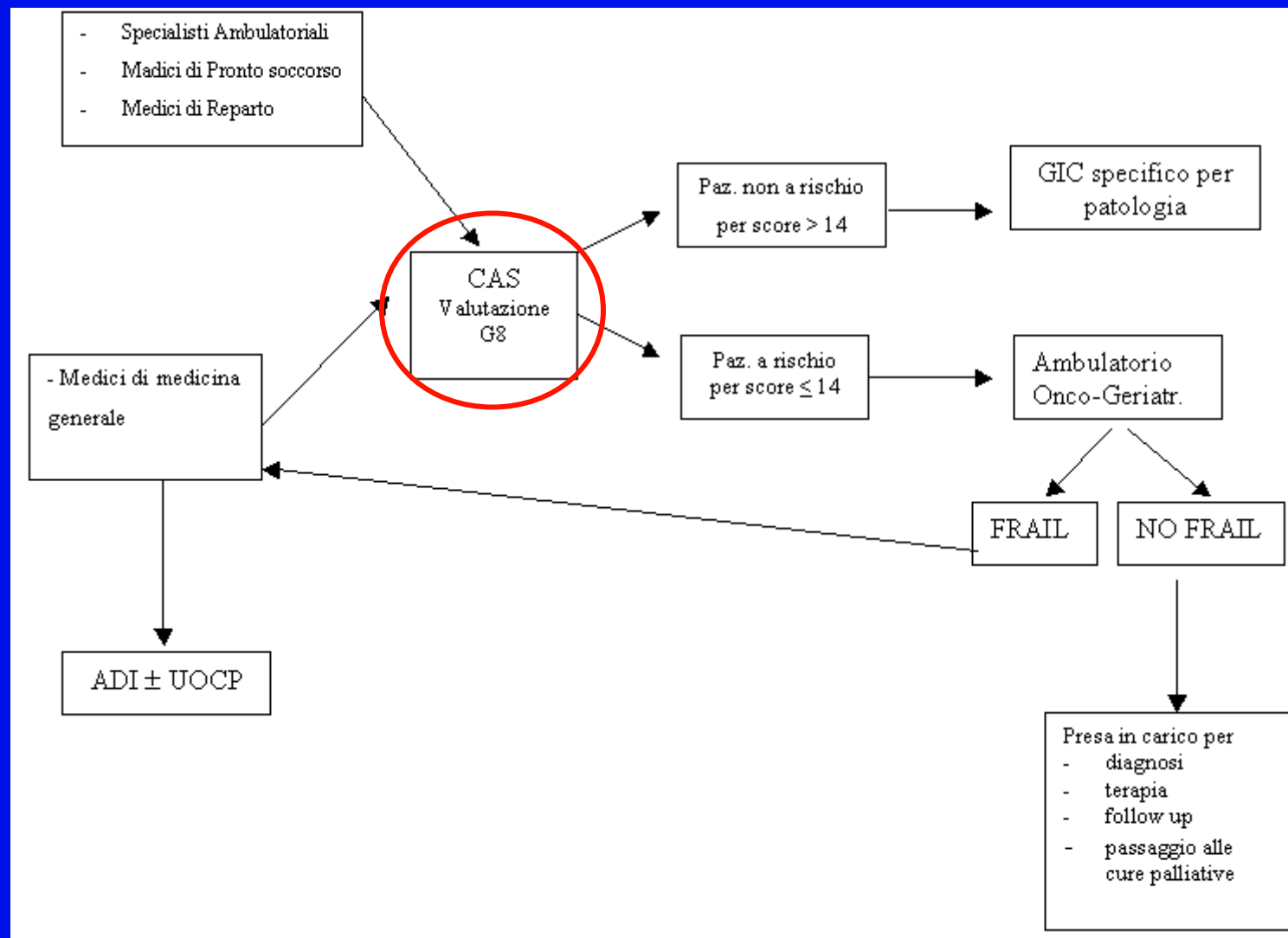
**chemioterapia  
adattata**

**Paziente “fragile”:**  
•ADL dipendente  
•3 o + comorbidità  
•sindrome geriatrica  
•età > 85 anni

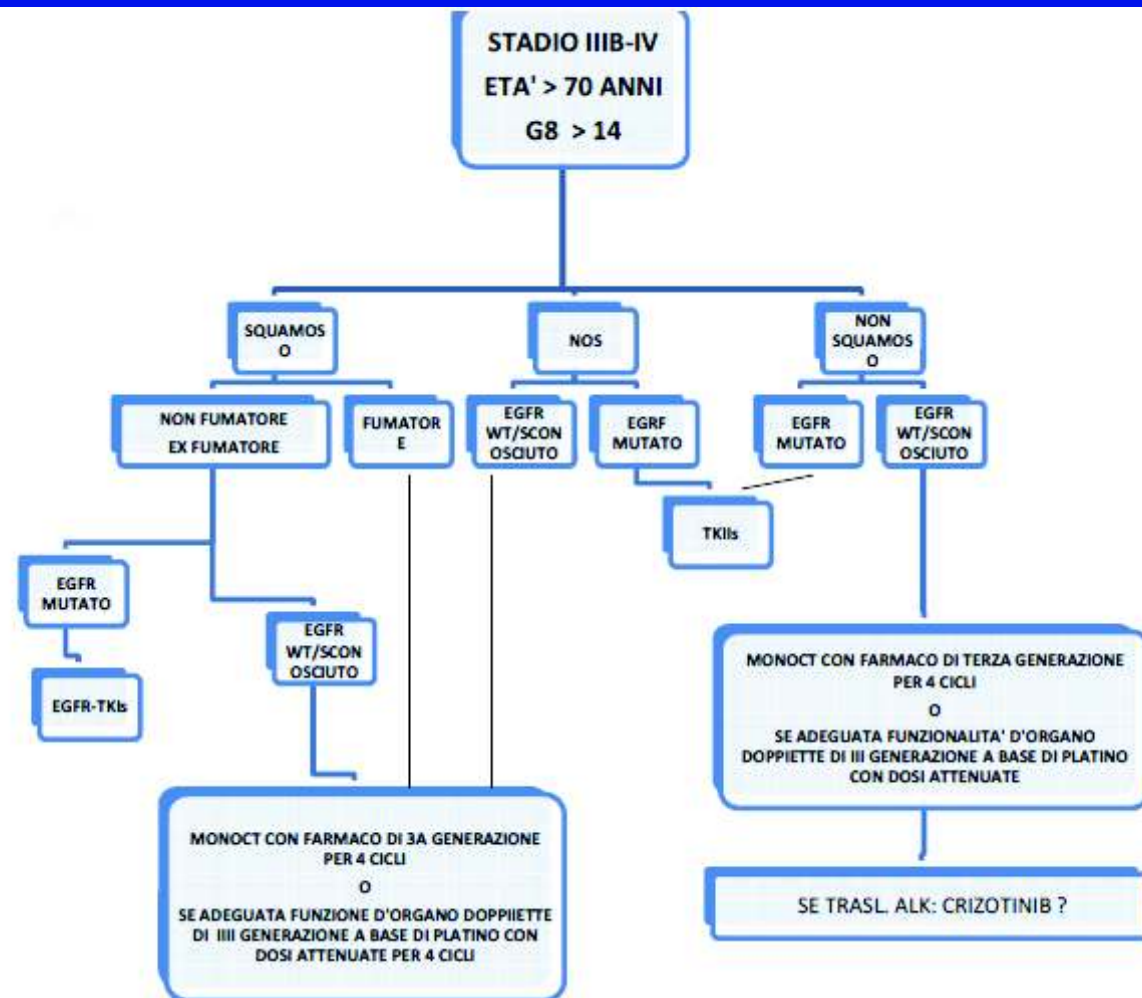
**terapia di  
supporto**

G8			
	Argomenti	Risposte possibili	Punteggio
A	L'apporto alimentare è diminuito negli ultimi tre mesi per calo di appetito, problemi di digestione, difficoltà di masticazione o di deglutizione?	0: grave riduzione di apporto 1: moderata riduzione di apporto 2: <u>normale apporto</u>	.....
B	Calo di peso nel corso degli ultimi 3 mesi?	0: calo > di 3 kg 1: non noto 2: calo di peso fra 1 e 3 kg 3: nessun calo di peso	.....
C	<u>Mobilità</u>	0: costretto a letto 1: in grado di scendere da letto, ma non di uscire 2: in grado di uscire	.....
E	Problemi <u>neuropsicologici</u>	0: demenza o depressione severa 1: demenza o depressione lieve 2: nessun problema psicologico	.....
F	Body Mass Index (BMI) o Indice di Massa Corporea (peso in kg/altezza elevata al quadrato)	0: BMI < 19 1: BMI 19 o 20 2: BMI 21 o 22 3: BMI > 23	.....
H	Assume più di tre farmaci al giorno?	0: si 1: no	.....
P	In confronto ad altre persone della stessa età come considera il paziente il suo stato di salute?	0: non altrettanto buono 0,5: non è noto 1: altrettanto buono 2: migliore	.....
	<u>Età</u>	0: >85 1: 80-85 2: <80	.....
	<u>Punteggio totale (0-17)</u>		.....

## *Percorso del paziente anziano*



# TUMORE DEL POLMONE



ALGORTIMO DECISIONALE NSCLC NELL'ANZIANO DA L.G. AIOT 2010 MODIFICATO

# PS2

- $G8 \geq 14$  -----> MonoCT
- **Se mutazione o traslocazione:**
  - Targeted therapies
  - BSC

## CRASH Score Calculator

This score stratifies patients in 4 risk categories of severe toxicity. Reference for derivation and validation results Extermann et al. Cancer, Epub Nov 9, 2011 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22072065>. Formal clinical applications of the score still need to be studied.

\* Please click on each link to view/close help on assigning scores

### Chemotherapy risk

Chemotherapy risk

### Hematologic Risk Factors

Diastolic blood pressure

IADL

LDH

### Non-Hematologic Risk Factors

ECOG PS

MMS

MNA



\* Please click on each link to view/close help on assigning scores

[Chemotherapy risk](#)

Chemotherapy risk

**Hematologic Risk Factors**

Diastolic blood pressure

IADL

LDH

**Non-Hematologic Risk Factors**

ECOG PS

MMS

MNA

Submit

**CRASH points (Regimens not listed should be scored by analogy)**

0	1	2
Capecitabine 2g	Capecitabine 2.5g	5-FU/LV (Roswell-Park)
Cisplatin/pemetrexed	Carboplatin/gemcitabine AUC 4 -6/1g d1,d8	5-FU/LV (Mayo)
Dacarbazine	Carboplatin/pemetrexed	5-FU/LV + bevacizumab
Docetaxel weekly	Carboplatin/paclitaxel q3w	AC
FOLFIRI	Cisplatin/gemcitabine d1,8	CAF
Gemcitabine 1g 3/4 weeks	ECF	Carboplatin/docetaxel q3w
Gemcitabine 1.25g 3/4 weeks	Fludarabine	CHOP
Paclitaxel weekly	FOLFOX 85mg	Cisplatin/docetaxel 75/75
Pemetrexed	Gemcitabine 7/8 weeks then 3/4	Cisplatin/etoposide
	Gemcitabine/irinotecan	Cisplatin/gemcitabine d1,8,15
	PEG doxorubicin 50mg q4w	Cisplatin/irinotecan q3w
	Topotecan weekly	Cisplatin/paclitaxel 135-24h q3w
	XELOX	CMF classic
		Doxorubicin q3w
		FOLFOX 100-130 mg
		Gemcitabine/pemetrexed d8
		Irinotecan q3w

## CRASH Score Calculator

This score stratifies patients in **4 risk categories of severe toxicity**. Reference for derivation and validation results: Extermann et al. *Cancer*, Epub Nov 9, 2011 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22072065>. Formal clinical applications of the score still need to be studied.

\* Please click on each link to view/close help on assigning scores

### Chemotherapy risk

Chemotherapy risk

### Hematologic Risk Factors

Diastolic blood pressure

IADL

LDH

### Non-Hematologic Risk Factors

ECOG PS

MMS

MNA

Submit

### Hematologic Risk Factors

#### Diastolic blood pressure

>72	1
Otherwise	0

#### IADL

<26	1
Otherwise	0

#### LDH

(If ULN = 618, otherwise, >0.75 ULN)

>459	2
Otherwise	0

## CRASH Score Calculator

This score stratifies patients in 4 risk categories of severe toxicity. Reference for derivation and validation results: Extermann et al. Cancer, Epub Nov 9, 2011 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22072065>. Formal clinical applications of the score still need to be studied.

\* Please click on each link to view/close help on assigning scores

### Chemotherapy risk

Chemotherapy risk

### Hematologic Risk Factors

Diastolic blood pressure

IADL

LDH

### Non-Hematologic Risk Factors

ECOG PS

MMS

MNA

### Non-Hematologic Risk Factors

ECOG PS	
0	0
1-2	1
3-4	2
MMS	
<30	2
30	0
MNA	
<28	2
Ohterwise	0