

Videnskabelig Leder

Ugeskr Læger 2024;186:V205172. doi: [10.61409/V205172](https://doi.org/10.61409/V205172)

Ældre med kræft

Jørn Herrstedt

Onkologisk Afdeling og Palliative Enheder, Sjællands Universitetshospital, Roskilde og Næstved

Ugeskr Læger 2024;186:V205172. doi: [10.61409/V205172](https://doi.org/10.61409/V205172)

Vi bliver ældre. I 1990 var 6,9% af den danske befolkning fyldt 75 år, mens det gjaldt for 8,8% i 2020. Det er ikke nogen voldsom stigning på 30 år, vil mange mene, men for den danske kræftpopulation har det stor betydning, fordi kræft primært rammer ældre. Således var 31,1% af danskere, der fik en kræftdiagnose i 1990, fyldt 75 år, steget til 36,9% i 2020 [1]. Tallet vil stige markant de næste 30 år [2]. Ældre med kræft repræsenterer en række udfordringer pga. aldersbetinget organfunktionsnedsættelse, arvelig og livsstilsbetinget komorbiditet og deraf følgende polyfarmaci. I dette temanummer beskriver ni statusartikler forskellige aspekter af ældre med kræft.

Tvillingeundersøgelser kan differentiere mellem miljømæssige og (epi)genetiske faktorer som årsag til udvikling af specifikke kræftformer. F.eks. har ca. 40% af prostatakræfttilfælde i alderdommen genetiske varianter som medvirkende årsag. Aldersrelaterede ændringer af (epi)genetiske faktorer og mikromiljø kan være årsag til, at risikoen for kræft stiger med alderen.

Symptomer på komorbiditet kan forveksles med symptomer på kræft. Derfor får ældre oftere end yngre stillet en kræftdiagnose under en akut indlæggelse fremfor i et kræftpakkeforløb, hvilket medfører højere etårs dødelighed. Understøttende behandling, i.e. supportive care, omhandler al den hjælp, en patient med kræft har brug for ud over selve behandlingen [3]. Det er afgørende for et godt forløb, at det tværfaglige team har fokus på, hvor patienten er i sit kræftforløb, da behovene ændres med tid. Ældre har oftere behov for understøttende behandling end yngre, f.eks. i form af profylaktisk behandling med granulocyt-kolonistimulerende faktor.

Der er en klar sammenhæng mellem skrøbelighed og risiko for behandlingsrelateret toksicitet. Simple screeningværktøjer kan anvendes til at finde patienter med behov for geriatrisk vurdering og intervention, i.e. comprehensive geriatric assessment (CGA). Ældre med kræft bør derfor screenes for skrøbelighed før start af behandling [4]. Skrøbelighed øger risikoen for postoperative komplikationer. Minimal invasiv teknik kan ofte anvendes i form af laparoskopiske eller robotassisterede procedurer. Skånsom strålebehandling af ældre inkluderer hypofraktionering og stereotaktisk strålebehandling ved lokal sygdom, hvor operation ikke tåles. Effekt og tolerabilitet af protonbehandling undersøges p.t. Ældre med solide tumorer, der ikke tåler fuld dosis

kemoterapi, har bedre effekt af kombinationskemoterapi i reduceret dosis end af monoterapi i fuld dosis. Ældre har samme effekt af targeteret behandling som yngre, men højere risiko for bivirkninger. Immunterapi virker som hos yngre, men høj alder er en risikofaktor for dødelige bivirkninger. Ældre med en hæmatologisk malign sygdom kan sjældent helbredes, men kan opnå symptomlindring og levetidsforlængelse med targeteret behandling eller immunterapi, der tåles bedre end kemoterapi.

Vores viden om ældre med kræft er begrænset, fordi ældre er underrepræsenteret i RCT'er. I undersøgelser af antineoplastiske lægemidler, der næsten udelukkende initieres af medicinalindustrien, er der i gennemsnit knap 50 udvælgelseskriterier. Det betyder, at resultaterne kan være svære at applicere på »real life« patienter. Der er behov for undersøgelser med færre og mindre »skrappe« eksklusionskriterier, der tillige fokuserer på inklusion af ældre med komorbiditet. Personlig medicin i bredere forstand, dvs. CGA med soignering af medicinliste og optimering af komorbiditet før behandling tilpasset den enkelte, bør være standard. Ældre med kræft bør altid vurderes på MDT-konference. Geriaterne er vigtigste samarbejdspartnere, ideelt set i form af onkogeriatriske klinikker. Mens antallet af årlige kræfttilfælde er fordoblet de seneste 30 år, er antallet af kræftrelaterede dødsfald konstant. Den typiske kræftpatient er således en ældre overlever. Understøttende behandling bør fokusere på at forebygge komplikationer og bivirkninger, i.e. præhabilitering, specielt de alvorligste senfølger. I fremtiden vil hjemmebehandling blive tilbudt flere ældre, og brugen af kunstig intelligens, der allerede anvendes i billeddiagnostik og strålebehandling, vil øges [5].

Korrespondance Jørn Herrstedt. E-mail: jherr@regionsjaelland.dk

Interessekonflikter ingen. Forfatterens ICMJE-formular er tilgængelig sammen med lederen på ugeskriftet.dk
doi: [10.61409/V205172](https://doi.org/10.61409/V205172)

Open Access under Creative Commons License [CC BY-NC-ND 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

REFERENCER

1. Larønningen S, Arvidsson G, Bray F et al. NORDCAN Association of the Nordic Cancer Registries: Cancer incidence, mortality, prevalence and survival in the Nordic countries, version 9.3 - 02.10.2023. <https://nordcan.iarc.fr/> (29. dec 2023).
2. Pilleron S, Soto-Perez-de-Celis E, Vignat J et al. Estimated global cancer incidence in the older adults in 2018 and projections to 2050. *Int J Cancer*. 2021;148(3):601-608.
3. Herrstedt J, Molassiotis A. Teaching supportive care: what is the core curriculum? *Curr Opin Oncol* 2021;33(4):279-286.
4. Dale W, Klepin HD, Williams GR et al. Practical assessment and management of vulnerabilities in older patients receiving systemic cancer therapy: ASCO guideline update. *J Clin Oncol*. 2023;41(26):4293-4312.
5. Pilleron S, O'Hanlon S. Digital twins for geriatric oncology: double trouble or twice as nice? *J Geriatr Oncol*. 2023;14(5):101524.