

Videnskabelig Leder

Ugeskr Læger 2022;184:V205095

Onkogeriatrisk vurdering før tilbud om kræftbehandling til ældre – en lavthængende frugt

Kenneth Jensen

Ugeskr Læger 2022;184:V205095

I »Udfordringer ved kræftbehandling til ældre« giver Ewertz et al [1] et fint overblik over onkogeriatriske udfordringer. Som gennemgangen viser, har det danske sundhedsvæsen ikke et samlet svar på udfordringerne. Ingen kræftafdelinger har et standardtilbud om ældremedicinsk evaluering, opfølgning eller behandling af ældre kræftpatienter (rundspørge blandt danske geriater), men der findes projekter på enkelte kræftafdelinger. Udfordringerne med ældre patienter med kræft er stigende i antal, men også i kompleksitet. Debuttidspunktet for komorbiditet er ikke forskudt så længe, som levetiden er øget. Der kommer flere ældre, og i bagagen har de et stigende antal, måske velbehandlede, andre sygdomme. Der er megen god onkogeriatrisk litteratur, der fortæller, at kræftlæger ikke i tilstrækkeligt omfang vurderer ældres fysiske og mentale skrøbelighed, medicin og ernæringsstatus. Centrale faktorer for at kunne tåle og dermed profitere af en kræftbehandling. Netop disse faktorer fokuserer man på i en ældremedicinsk gennemgang (comprehensive geriatric assessment, CGA). Der er ikke overvældende megen evidens for værdien af en ældremedicinsk intervention og vurdering på onkologiske endepunkter. I Aarhus har vi prøvet at adressere spørgsmålet i bl.a. et randomiseret forsøg med geriatrisk opfølgning på CGA [2]. Det havde vi lidt blandet held med – studiets primære endepunkt: gennemførelse af onkologisk behandling, var ikke signifikant. Vores videnskabelige problem var måske, at vi brugte en CGA som indgangskriterium, og vi derefter randomiserede til ældremedicinsk opfølgning. CGA er imidlertid ikke alene en screening, men i lige så høj grad en intervention, hvor der bliver ryddet op i medicinen, iværksat diverse tiltag mhp. at optimere ernæring, træning og evt. udredning for udiagnosticeret yderligere komorbiditet etc. Og vores undersøgelse tydede på, at selve CGA'en havde signifikant effekt på patienterne [3]. En CGA kan supplere kræftlægens vurdering og betyde: 1) at patienten er uventet skrøbelig og ikke skal tilbydes standardbehandling, men ingen kræftbehandling eller vurderes igen efter effekt af tiltag på f.eks. ernæring eller behandling af komorbiditet, eller 2) at patienten er bedre end forventet, f.eks. bedre end den kronologiske alder indikerer, og kan tilbydes en skarpere, og mere effektiv, behandling. En CGA giver også en anden mulighed for fælles beslutningstagning på et mere oplyst

grundlag, hvor gavn af kræftbehandlingen kan diskuteres ud fra en individuelt vurderet chance for at kunne tåle kræftbehandling.

Der er for nyligt publiceret studier, der viser reduktion af bivirkninger af kemoterapi, hvis patienterne fik en CGA samt efterfølgende geriatrisk opfølgning [4, 5]. I interventionsarmen i begge studier var der flere, der fik modificeret den onkologiske behandling, men overlevelsen var ens. Der mangler flere projekter, som er designet i fællesskab, med onkologiske behandlingstilbud tilrettet efter en »risikostratificering« på grundlag af en vurderet reservekapacitet og modstandskraft eller en individualiseret iværksat »præ-habilitering«. »Lavrisikopatienten« eller »den fitte« patient kan sandsynligvis identificeres med screeningsværktøjer som G8, så kun de rigtige patienter ses af en ældremediciner.

Med et velorganiseret onkogeriatrisk nationalt defineret tilbud vil et stort og stigende antal ældre patienter med kræft kunne få et optimalt onkologisk forløb med minimal risiko for både over- og underbehandling. Onkogeriatrisk interessegruppe som beskrevet af *Ewertz et al*, har foreløbigt defineret forskningsprojekter. Så hvem plukker den lavthængende frugt?

Korrespondance: *Kenneth Jensen*, Dansk Center for Partikelterapi, Aarhus Universitetshospital. E-mail: kennjens@rm.dk

Interessekonflikter ingen. Forfatterens ICMJE-formular er tilgængelig sammen med artiklen på ugeskriftet.dk

REFERENCER

1. Ewertz M, Ehmsen S, Jørgensen TL et al. Udfordringer ved kræftbehandling til ældre. *Ugeskr Læger*. 2021;183:V04210325.
2. Ørum M, Eriksen SV, Gregersen M et al. The impact of a tailored follow-up intervention on comprehensive geriatric assessment in older patients with cancer – a randomized controlled trial. *J Geriatr Oncol*. 2021;12:41-8.
3. Ørum M, Jensen K, Gregersen M et al. Impact of comprehensive geriatric assessment on short-term mortality in older patients with cancer – a follow-up study. *Eur J Cancer*. 2019;116:27-34.
4. Mohile SG, Mohamed MR, Xu H et al. Evaluation of geriatric assessment and management on the toxic effects of cancer treatment (GAP70+): a cluster-randomised study. *Lancet*. 2021;398(10314):1894-1904.
5. Li D, Sun CL, Kim H et al. Geriatric assessment-driven intervention (GAIN) on chemotherapy-related toxic effects in older adults with cancer: a randomized clinical trial. *JAMA Oncol*. 2021;7(11):e214158.