

# WSTĘP



# Czy współpraca onkologa i geriatry jest ważna?

KATARZYNA BROCZEK, ROMAN DUBIAŃSKI

## WSTĘP

Starzenie się społeczeństw całego świata, a szczególnie Europy, zachodzi niezwykle szybko. Od wielu dekad przewidywano przyspieszenie procesu starzenia, a dziś stwierdzamy naocznie, że rzeczywistość przekroczyła oczekiwania, gdyż w wielu krajach zmiany demograficzne następują szybciej, niż zakładano. O ile 20 lat temu pacjent w wieku 90 lat budził szczególne zainteresowanie personelu medycznego, o tyle dziś coraz częściej spotyka się stulatków, którzy są kwalifikowani do procedur inwazyjnych, np. wszczepienia układu stymulującego serce lub protezoplastyki stawu biodrowego. Tzw. siwienie siwych, czyli najszybszy wzrost odsetka osób najstarszych, ujawnia brak przygotowania systemów opieki zdrowotnej i społecznej do świadczenia usług dostosowanych do potrzeb populacji geriatrycznej.

Konsekwencją wydłużania się życia jest występowanie wielu chorób, dla których wiek stanowi czynnik ryzyka. Należą do nich nowotwory, choroby układu sercowo-naczyniowego, zaburzenia neuropoznawcze, osteoporoza i wiele innych. Wielochorobowości towarzyszą często niesprawność fizyczna i ograniczenie możliwości samodzielnego funkcjonowania. Heterogenność procesu starzenia i wielość indywidualnych czynników ryzyka chorób sprawiają, że osoby starsze, szczególnie te w zaawansowanym wieku, stanowią niezwykle zróżnicowaną grupę pacjentów wymagających kompleksowego podejścia. Współczesna medycyna proponuje natomiast coraz węższe specjalizacje, z jednej strony umożliwiające nowoczesne leczenie, a z drugiej zmniejszające możliwości całościowego spojrzenia na problemy pacjenta.

## PRZESŁANKI DEMOGRAFICZNE I EPIDEMIOLOGICZNE

Osoby w wieku 65 i więcej lat stanowią ponad połowę pacjentów, u których rozpoznaje się nowotwory złośliwe, a prognozy przewidują, że w 2050 roku będzie to 75% wszystkich chorych. Dzięki postępom w dziedzinie onkologii choroby nowotworowe stają się coraz częściej chorobami przewlekłymi, z którymi żyje się przez wiele lat. Międzynarodowe Towarzystwo Onkologii Geriatrycznej (SIOG – International Society of Geriatric Oncology) zorganizowało w 2018 r. konferencję pt.: „Geriatric Oncology: Becoming Mainstream Cancer Care” (Onkologia geriatryczna jako główna opieka onkologiczna). Tytuł ten niezwykle trafnie odzwierciedla aktualne zadania dotyczące terapii nowotworów.

Szczególne wyzwanie stanowi rozpoznawanie i leczenie nowotworów u osób w zaawansowanym starszym wieku. Analiza danych statystycznych ochrony zdrowia w USA wykazała, że liczba nowych przypadków nowotworów u osób w wieku  $\geq 85$  lat jest większa u kobiet niż u mężczyzn, co jest związane z dłuższą średnią życia u kobiet, mimo że zapadalność na nowotwory jest większa w grupie

mężczyzn. Ryzyko zgonu z powodu nowotworu w ciągu dalszego życia wśród osób 85-letnich wynosi 14,4% w przypadku mężczyzn i 9,6% w przypadku kobiet, a struktura przyczyn zgonów z powodu nowotworu złośliwego jest podobna do młodszych grup wiekowych (rak prostaty, rak płuca i rak jelita grubego u mężczyzn oraz rak płuca, rak piersi i rak jelita grubego u kobiet). Warto zaznaczyć, że pacjenci w zaawansowanym wieku mają mniejszą szansę na rozpoznanie nowotworu we wczesnej fazie zaawansowania niż osoby w wieku od 65 do 84 lat. Wynika to m.in. z faktu, że przesiewowe badania w kierunku nowotworów nie są rutynowo zalecane w zaawansowanym starszym wieku. Spowodowane jest to następującymi przyczynami: krótsze przewidywane trwanie życia, częste występowanie chorób przewlekłych, brak jednoznacznych dowodów na skuteczność i bezpieczeństwo leczenia przeciwnowotworowego, ryzyko szkód zdrowotnych, np. stresu towarzyszącego badaniom, i powikłań związanych z konkretnymi procedurami, np. biopsją lub kolonoskopią, oraz względy ekonomiczne. Autorzy większości światowych wytycznych nie zalecają badań przesiewowych, jeśli przewidywane dalsze trwanie życia jest krótsze niż 10 lat.

Wiele niejasności i błędnych przekonań dotyczy przebiegu klinicznego chorób nowotworowych u osób w starszym wieku. Poglądy o wolniejszym przebiegu nowotworów w zaawansowanym wieku nie znajdują potwierdzenia w rzeczywistości klinicznej.

## **WSPÓŁPRACA Z PACJENTEM**

Zagadnieniem o podstawowym znaczeniu w onkologii jest informowanie pacjenta o rozpoznaniu i rokowaniu oraz włączenie go w proces podejmowania decyzji (shared decision making). W przypadku osób w starszym wieku zadanie to może być utrudnione z wielu powodów. Niełatwo jednoznacznie określić dalsze przewidywane trwanie życia osoby z chorobą nowotworową oraz wpływ leczenia onkologicznego w przypadku wielochorobowości i zmniejszonej sprawności funkcjonalnej. Osoby starsze mogą mieć inne priorytety życiowe niż długość życia i cenić bardziej jego jakość lub stabilność, ponadto leczenie onkologiczne może być trudniejsze dla osób starszych ze względów organizacyjnych, finansowych lub psychologicznych. Poważnym wyzwaniem jest występowanie zaburzeń funkcji poznawczych, których częstość wzrasta z wiekiem. Ocenia się, że około 20% osób w wieku 65 lat i więcej ma łagodne zaburzenia poznawcze, a 10% spełnia kryteria rozpoznania otępienia. Jednak pacjenci w starszym wieku mają prawo do takiego samego poziomu opieki i leczenia jak osoby młodsze, a więc rezygnacja z leczenia onkologicznego lub zmniejszanie intensywności leczenia muszą być racjonalnie uzasadnione i wiek nie może stanowić dominującej przesłanki w procesie podejmowania decyzji.

Dobre przygotowanie członków personelu medycznego do komunikowania się z pacjentem w starszym wieku i jego bliskimi, współpraca między zespołem onkologicznym a lekarzem POZ, geriatrą, psychologiem mogą przyczynić się do stworzenia optymalnych warunków do podejmowania decyzji terapeutycznych dostosowanych do potrzeb i możliwości konkretnego starszego pacjenta. W każdym przypadku należy dążyć do ustanowienia osoby wspierającej pacjenta w procesie leczenia. W praktyce jest to najczęściej członek rodziny lub osoba, której pacjent może zaufać. Osoba bliska pacjentowi staje się partnerem w opiece (care partner). Zmiany demograficzne polegające na narastającej feminizacji i singularyzacji społeczeństwa sprawiają, że samotne kobiety mogą stanowić nawet połowę społeczności osób starszych. W takiej sytuacji dobra współpraca z ośrodkiem opieki społecznej lub innymi instytucjami zapewniającymi wsparcie seniorom może być kluczowa dla dalszych losów pacjentów onkologicznych. Niezależnie od trudności uwzględnianie roli pacjenta powinno być centralnym punktem każdego rodzaju opieki zdrowotnej, w tym opieki onkologicznej.

## **OCENA GERIATRYCZNA NA POTRZEBY ONKOLOGII**

Cechą wyróżniającą onkologię geriatryczną jest zastosowanie zasad całościowej oceny geriatrycznej (COG) na wielu etapach diagnostyki i leczenia, a więc w procesie rozpoznawania nowotworu, planowania leczenia, oceny jego skuteczności i odległych efektów. COG umożliwia określenie sprawności

funkcjonalnej organizmu w wielu domenach i charakteryzuje wiek biologiczny pacjenta w odróżnieniu od wieku kalendarzowego, którego wartość jest ograniczona, szczególnie w najstarszych grupach wiekowych. Wyniki badań wskazujące na gorszą sprawność funkcjonalną osób z chorobą nowotworową w porównaniu z populacją ogólną nie dziwią, ale warto pamiętać, że COG ocenia nie tylko deficyty, ale także czynności, w których osoba starsza zachowała samodzielność. Identyfikacja zasobów psychologicznych i fizycznych pacjenta oraz zakresu wsparcia osób bliskich umożliwia zaplanowanie optymalnej terapii nowotworu. Trwa dyskusja, jaki wiek pacjenta onkologicznego powinien stanowić wskazanie do oceny geriatrycznej, eksperci jednoznacznie wskazują, że COG powinni być poddani pacjentowi w wieku  $\geq 75$  lat, pojawiają się jednak głosy o przydatności oceny geriatrycznej dla każdego pacjenta, który przekroczył wiek 65 lat.

Jednym z ważnych elementów COG jest ocena stanu psychicznego. Wiek jest najważniejszym czynnikiem ryzyka zaburzeń funkcji poznawczych, nazywanych obecnie, zgodnie z kryteriami diagnostycznymi zaburzeń psychicznych DSM-5, zaburzeniami neuropoznawczymi. Zaburzenia pamięci i innych funkcji poznawczych mogą być związane z chorobą nowotworową lub być konsekwencją leczenia onkologicznego. W tym przypadku stosuje się termin: pogorszenie funkcjonowania poznawczego związane z chorobą nowotworową (CRCD – cancer-related cognitive decline). Aż jedna trzecia populacji osób w starszym wieku może mieć objawy depresyjne, które często pozostają nieujawnione i nieleczone. Rozpoznanie choroby nowotworowej stanowi ogromne obciążenie psychiczne i może być powodem znacznego pogorszenia nastroju, utraty sensu życia i wystąpienia zespołu depresyjnego. Zaburzenia zdrowia psychicznego nie tylko powodują cierpienie osób nimi dotkniętych i ich bliskich, ale mogą również utrudniać lub wręcz uniemożliwiać udział w procesie leczenia onkologicznego. Dokładna ocena geriatryczna, określenie problemów i zasobów psychicznych pacjenta, ustalenie zasad współpracy z opiekunem osoby starszej mogą więc przyczynić się do lepszej i bardziej efektywnej współpracy w leczeniu onkologicznym oraz tworzenia przyjaznego środowiska dla osób z zaburzeniami pamięci i nastroju. Współpraca onkologa i geriatry może w takiej sytuacji diametralnie zmienić jakość i efektywność opieki medycznej.

## **WYZWANIA ZWIĄZANE Z LECZENIEM ONKOLOGICZNYM**

Różnice między osobami starszymi – tym większe, im starsi pacjenci – mogą skutkować nieoptymalnym doбором terapii mimo spełnienia formalnych wymogów kwalifikacji do leczenia. Rozważenie ryzyka związanego z zastosowaniem nadmiernego lub niedostatecznego leczenia (overtreatment vs. undertreatment) jest jednym z najtrudniejszych zadań w stosunku do pacjentów w zaawansowanym wieku.

Drogowskazami ułatwiającymi wybór terapii onkologicznej są wyniki uzyskane w badaniach klinicznych. Dane z badań terapii onkologicznych dla osób starszych są jednak mocno ograniczone ze względu na niedoreprezentowanie subpopulacji starszych pacjentów w badanej populacji. Sytuację dodatkowo komplikuje fakt, że osoby starsze, które biorą udział w badaniach klinicznych, są zazwyczaj w znacznie lepszym stanie ogólnym niż większość starszych pacjentów leczonych w codziennej praktyce klinicznej. Co za tym idzie, interpretacja badań klinicznych na potrzeby leczenia tych pacjentów jest obciążona potencjalnymi błędami. Z tego powodu istnieje wielka potrzeba prowadzenia badań klinicznych wyłącznie dla pacjentów w wieku podeszłym. Analiza przyczyn zbyt małego uczestnictwa osób w starszym wieku w badaniach oceniających skuteczność terapii onkologicznych wskazuje na cztery źródła: związane z systemem, świadczeniodawcami, pacjentami i ich opiekunami. Problemy systemowe sprowadzają się do ścisłych kryteriów kwalifikacji do badań klinicznych, które zawierają wiele kryteriów wykluczających, oraz trudnego języka używanego w dokumentach potwierdzających zgodę na udział w badaniach. Czynniki związane ze świadczeniodawcami obejmują: obawę przed częstszym występowaniem działań niepożądanych terapii u pacjentów z wielochorobowością, uznawanie samego wieku za wystarczające kryterium wykluczające z badań, a także

trudności związane z niedostateczną liczbą personelu i potrzebą poświęcenia dłuższego czasu na świadczenia dla osób starszych. Czynniki związane z pacjentami, które negatywnie wpływają na decyzję o udziale w badaniach, to: ograniczona wiedza pacjentów, problemy z transportem do ośrodka prowadzącego badania, nadmierne obciążenie związane z udziałem w programie terapeutycznym oraz obawy dotyczące skuteczności i toksyczności leczenia. Badania wskazują również na czynniki związane z obawami i nadmiernym obciążeniem opiekunów, ale nie ma publikacji oceniających bezpośrednio te zagadnienia.

Mimo licznych działań podejmowanych na rzecz zwiększenia udziału osób w starszym wieku w badaniach klinicznych w onkologii efekt jest niezadowalający. Organizacje naukowe związane z onkologią geriatryczną proponują następujące rozwiązania: opracowanie badań klinicznych przeznaczonych specjalnie dla pacjentów w starszym wieku, rozszerzenie kryteriów kwalifikacji, wybór punktów końcowych dostosowanych do pacjentów geriatrycznych, dostosowanie badań do realiów praktyki klinicznej, uwzględnienie oceny funkcjonalnej przy kwalifikacji do badań. Jeśli opisane strategie mają zakończyć się w przyszłości powodzeniem, muszą uwzględniać rozszerzenie i wzmocnienie współpracy między ośrodkami onkologicznymi a pozostałymi świadczeniodawcami opieki.

Dostosowanie terapii onkologicznej do konkretnego pacjenta w starszym wieku powinno uwzględniać nie tylko rodzaj i stopień zaawansowania nowotworu, współistniejące choroby, sprawność funkcjonalną i wsparcie społeczne, ale również stosowane przewlekłe leczenie farmakologiczne, które może mieć istotny wpływ na ryzyko powikłań leczenia onkologicznego. Wielolekowość, definiowana jako przyjmowanie co najmniej 5 leków, jest najczęściej konsekwencją wielochorobowości, leczenia u wielu specjalistów oraz stosowania suplementów diety i może dotyczyć aż połowy osób w starszym wieku. Proces depreskrypcji, a więc regularnego przeglądu i kontrolowanego zmniejszania liczby leków, powinien być jednym z priorytetów u pacjentów onkologicznych. Obecnie nie funkcjonują ogólnie przyjęte zalecenia określające, kto powinien być odpowiedzialny za racjonalną i bezpieczną depreskrypcję. Niewątpliwie potrzebne są praktyczne rozwiązania, np. włączanie farmaceutów do zespołów wielodyscyplinarnych, poprawa współpracy onkologów i lekarzy rodzinnych, dodatkowe przygotowanie personelu medycznego, np. pielęgniarek. Nowa ustawa o zawodzie farmaceuty, która weszła w życie w kwietniu 2021 r., znacznie zwiększa możliwości farmaceutów i ich samodzielność w ramach opieki farmaceutycznej. Warto byłoby wykorzystać te nowe możliwości do poprawienia bezpieczeństwa leczenia pacjentów onkologicznych.

Współpraca pacjentów w starszym wieku w procesie leczenia onkologicznego jest uwarunkowana wieloma czynnikami. Analiza ponad 50 publikacji oceniających czynniki związane z akceptacją lub brakiem akceptacji proponowanego leczenia przez pacjentów w starszym wieku ujawniła interesujące wyniki, ważne dla praktyki klinicznej. Do czynników zwiększających akceptację leczenia należą: dogodność schematu terapii, oczekiwania dotyczące działań niepożądanych, informacje o skuteczności proponowanego leczenia, wiedza o chorobie nowotworowej i rokowaniu, zaufanie do lekarza i jego rekomendacja, pozyskanie informacji o sposobie terapii, pozytywne wyniki leczenia onkologicznego osób bliskich, własne pozytywne doświadczenia związane z leczeniem lub hospitalizacją, osobiste preferencje, aby żyć jak najdłużej i utrzymać dotychczasową aktywność oraz wsparcie osób bliskich. Na rezygnację z proponowanego schematu leczenia onkologicznego mają wpływ następujące czynniki: obawa przed działaniami niepożądanymi, niejasne korzyści z leczenia, występowanie w przeszłości działań niepożądanych u członków rodziny lub przyjaciół, przekonanie o wysokim ryzyku leczenia w związku ze współistnieniem chorób, poczucie bycia „za starym”, aby kwalifikować się do leczenia, chęć utrzymania aktualnej sprawności i jakości życia, zaufanie do niekonwencjonalnych metod leczenia, brak zaufania do lekarza, niepełna komunikacja z lekarzem, brak dokładnych informacji o przebiegu leczenia, powody finansowe, trudność w przemieszczaniu się do ośrodka onkologicznego, strach przed uzależnieniem się od pomocy innych osób oraz niekorzystne doświadczenia dotyczące leczenia w przeszłości. Powyższe wyniki wskazują, że główną rolę odgrywają zalecenia lekarskie

i przekonująca informacja medyczna, ale konieczne jest uwzględnienie wielu czynników zdrowotnych i środowiskowych. W tym kontekście szczególnego znaczenia nabiera współpraca onkologa i lekarzy innych specjalności oraz szeroko pojętej ochrony zdrowia.

Tolerancja leczenia onkologicznego przez pacjentów w starszym wieku jest jednym z ważniejszych zagadnień w onkologii geriatrycznej. Do oceny toksyczności leczenia służą specjalne skale kliniczne uwzględniające liczne parametry, pośrednią ocenę zapewnia analiza śmiertelności, hospitalizacji oraz przypadków zmniejszenia intensywności leczenia. Dużą uwagę zwraca się na tolerancję leczenia ocenianą przez pacjentów (PRO – patient-reported outcomes) na podstawie takich czynników, jak samodzielność w codziennym życiu, sprawność funkcjonalna i umysłowa. Takie wielokierunkowe podejście bywa nazywane „przyjazną dla wieku opieką onkologiczną” (age-friendly cancer care).

Zespół kruchości (frailty) zyskuje coraz większą uwagę w różnych dziedzinach medycyny i może stanowić istotny czynnik rokowniczy w onkologii. Ocena objawów zespołu kruchości jest szczególnie ważna przed podejmowaniem decyzji o leczeniu chirurgicznym pierwotnego nowotworu lub zmiany o typie przerzutu, gdy rozważenie ryzyka w stosunku do oczekiwanych korzyści może mieć wpływ na losy chorego.

## SKUTKI PANDEMII

Pandemia SARS-CoV-2, która od 2020 roku do października 2021 roku przyczyniła się do 250 mln zachorowań na COVID-19 i 5 mln zgonów, spowodowała znaczne zmiany w ochronie zdrowia i długofalowe konsekwencje, w tym ograniczenie dostępności do wielu świadczeń i opóźnienie diagnostyki onkologicznej. Osoby w starszym wieku zostały szczególnie mocno dotknięte tą kryzysową sytuacją, która ujawniła kruchość systemów opieki zdrowotnej w wielu miejscach na świecie. Zaawansowany wiek i choroba nowotworowa stanowią czynniki ryzyka ciężkiego przebiegu COVID-19. Pandemia przywróciła życie dylematom etycznym dotyczącym racjonowania opieki, które – jak się wydawało – były mocno uśpione w krajach zapewniających powszechną dostępność świadczeń zdrowotnych. Organizacja SIOG opublikowała analizę zmian opieki onkologicznej dla seniorów w okresie pandemii. W większości krajów ogłoszono lockdown, co często wiązało się ze zmianą sposobu realizacji świadczeń zdrowotnych z wizyt osobistych na zdalne. W wielu krajach preferowaną opcją leczenia systemowego stało się leczenie doustne, skrócono protokoły chemioterapii i radioterapii. Wpływ trwającej pandemii na system ochrony zdrowia i sytuację pacjentów jest dynamiczny, a dokładna ocena skutków będzie możliwa za kilka lat, ale już dziś wiadomo, że pandemia przyczyniła się do nasilenia nierówności w zdrowiu.

Przedstawione powyżej zagadnienia wskazują na złożoność sytuacji pacjentów w starszym wieku chorujących na nowotwory. Potrzeba rozwoju onkologii geriatrycznej uzasadniona jest nie tylko zmianami demograficznymi, ale również kompleksowymi problemami zdrowotnymi pacjentów. Współpraca onkologów z geriatrami, np. poprzez włączanie geriatrów do zespołów wielodyscyplinarnych, mogłaby ułatwiać kwalifikację do terapii onkologicznej, długofalowe monitorowanie wpływu leczenia na ogólny stan zdrowia i sprawność osób starszych, a także usprawniać współpracę z podstawową opieką zdrowotną oraz instytucjami wspierającymi życie seniorów w społeczności.

## WPROWADZENIE DO TEMATYKI KSIĄŻKI

W podręczniku, który przekazujemy do rąk Czytelników, staraliśmy się zawrzeć najważniejsze zagadnienia dotyczące leczenia onkologicznego pacjentów w starszym wieku. Książka została podzielona na cztery działy tematyczne i zawiera 37 rozdziałów, napisanych przez autorów będących uznanymi autorytetami w dziedzinie onkologii, geriatry oraz w zakresie innych specjalności.

Pierwsza część zawiera wprowadzenie do onkologii geriatrycznej i omawia biologię nowotworów, podstawowe zagadnienia epidemiologii oraz postępy w diagnostyce i leczeniu nowotworów. W części

drugiej przedstawiono szczególne problemy geriatryczne, które występują u pacjentów z nowotworami i mogą istotnie wpływać na przebieg choroby, rokowanie i możliwości leczenia. Należą do nich: niedożywienie, sarkopenia, zaburzenia funkcji poznawczych, majaczenie, zaburzenia depresyjne. Ważnymi i trudnymi zagadnieniami są wielochorobowość i wielolekowość. Wszystkie tematy przedstawiono w sposób praktyczny, wskazując możliwości rozpoznawania, zapobiegania i leczenia zespołów geriatrycznych. Tę część kończy rozdział poświęcony całościowej ocenie geriatrycznej na potrzeby onkologii. Onkolodzy doceniają znaczenie oceny geriatrycznej, ale dotychczas nie ma jednoznacznych ustaleń dotyczących optymalnego zakresu badań, a praktyczne rozwiązania różnią się w zależności od struktury organizacyjnej ośrodków onkologicznych.

Trzecia część podręcznika jest poświęcona interdyscyplinarnemu postrzeganiu onkologii. Przedstawiono w niej główne metody leczenia nowotworów z uwzględnieniem odrębności dotyczących pacjentów w starszym wieku w zakresie leczenia chirurgicznego, systemowego i radioterapii. Warunkiem dobrej opieki nad pacjentem onkologicznym jest optymalna współpraca świadczeniodawców, dlatego na szczególną uwagę zasługują rozdziały poświęcone roli lekarza rodzinnego i pielęgniarki. Niezwykle ważne są aspekty psychologiczne opieki onkologicznej oraz komunikacja z pacjentami w starszym wieku. Tej tematyce poświęcono trzy rozdziały opisujące wymienione zagadnienia z różnych punktów widzenia i zawierające praktyczne wskazówki.

Coraz większą wagę przywiązuje się do leczenia usprawniającego, w tym prehabilitacji poprzedzającej leczenie onkologiczne oraz rehabilitacji w trakcie i po zakończeniu terapii. Kluczowe znaczenie dla jakości życia pacjentów onkologicznych ma skuteczna terapia bólu z uwzględnieniem leczenia farmakologicznego i wielu form leczenia nefarmakologicznego, które omówiono w osobnym rozdziale. Nowoczesna organizacja leczenia paliatywnego uwzględnia wiele rozwiązań organizacyjnych, które zapewniają najlepsze możliwe funkcjonowanie pacjentów z zaawansowaną chorobą nowotworową. Choroby przewlekłe współistniejące z chorobą nowotworową mogą stanowić poważne wyzwanie w trakcie planowania i monitorowania efektów terapii przeciwnowotworowej. Osobne rozdziały poświęcono zatem ocenie czynności nerek, układu sercowo-naczyniowego oraz leczeniu cukrzycy u pacjentów onkologicznych. Przedstawiono także skalę oceny ryzyka toksyczności terapii, które mogą być pomocne w monitorowaniu leczenia i planowaniu bezpiecznej terapii dla pacjentów w starszym wieku.

Czwarta część książki składa się z rozdziałów poświęconych najczęściej występującym nowotworom, w tym rakowi piersi, rakowi płuca, rakowi gruczołu krokowego, nowotworom przewodu pokarmowego, skóry oraz nowotworom układu krwiotwórczego i chłonnego.

Jako redaktorzy naukowci i członkowie SIOG wyrażamy nadzieję, że podręcznik „Onkologia geriatryczna w praktyce” przyczyni się do lepszego zrozumienia zagadnień związanych z rozpoznawaniem, leczeniem i oceną wyników terapii onkologicznej u pacjentów w starszym wieku. Jesteśmy przekonani, że rozwój współpracy między ośrodkami onkologicznymi, geriatrycznymi i podstawową opieką zdrowotną jest potrzebny i uzasadniony. Chcielibyśmy, aby przedstawione w tej publikacji zasady postępowania u chorych w starszym wieku były możliwe do praktycznego zastosowania we wszystkich ośrodkach onkologicznych w Polsce dzięki stworzeniu w najbliższej przyszłości formalnych zasad współpracy w ramach systemu ochrony zdrowia w Polsce.

#### Piśmiennictwo

1. Blair CK, Jacobs DR, Demark-Wahnefried W, et al. Effects of cancer history on functional age and mortality. *Cancer* 2019;125:4303-9.
2. DeSantis CE, Miller KD, Dale W, et al. Cancer statistics for adults aged 85 years and older, 2019. *CA Cancer J Clin* 2019;69:452-67.
3. Desideri I, Pilleron S, Battisti NML, et al. Caring for older patients with cancer during the COVID-19 pandemic: A Young International Society of Geriatric Oncology (SIOG) global perspective. *J Geriatr Oncol* 2020;11:1175-81.
5. Flannery MA, Culakova E, Canin BE, et al. Understanding treatment tolerability in older adults with cancer. *J Clin Oncol* 2021;39:2150-63.



6. Heimann M, Schafer N, Borger V, et al. Outcome of elderly patients with surgically treated brain metastases. *Front Oncol* 2021;11:713965.
7. Międzynarodowe Towarzystwo Onkologii Geriatrycznej - SIOG: <https://www.siog.org>. Dostęp 25.10.2021.
8. Puts M, Tapscott B, Fitch M, et al. A systematic review of factors influencing older adults' decision to accept or decline cancer treatment. *Cancer Treat Rev* 2015;41:197-215.
9. Sedrak MN, Freedman RA, Cohen HJ. Older adult participation in cancer clinical trials: A systematic review of barriers and interventions. *CA Cancer J Clin* 2021;71:78-92.



CZĘŚĆ I

WPROWADZENIE  
DO ONKOLOGII  
GERIATRYCZNEJ



# Onkologia geriatryczna – cele i zadania. SIOG

ROMAN DUBIAŃSKI

**W**iek, a konkretnie starzenie się, jest znanym od dawna czynnikiem rozwoju nowotworów złośliwych. Z kolei stały rozwój ekonomii oraz medycyny powoduje, że mamy do czynienia ze starzeniem się społeczeństw w zdecydowanej większości krajów na świecie. Skutkiem obu tych zjawisk jest rosnąca liczba chorych na nowotwory w wieku podeszłym, co najbardziej widać w krajach rozwiniętych, gdzie średnia długość życia znacznie wzrosła w ciągu ostatniego wieku. Początkowo za osoby w wieku podeszłym w onkologii uważano chorych, którzy skończyli 65 lat, obecnie jednak w związku ze wzrostem średniej długości życia w niektórych krajach rozwiniętych za granicę wieku podeszłego przyjmuje się czasem 70 r.ż. Należy jednak dodać, że w niektórych, zwłaszcza biednych i mniej rozwiniętych, państwach lub społecznościach za starsze uważa się czasem nawet osoby mające powyżej 55 lat.

Ze specyfiki leczenia onkologicznego chorych starszych zdano sobie sprawę stosunkowo późno. Zaczęto mówić o tym na początku lat 80. XX wieku – w 1983 roku Rosemary Yancik i Paul Carbone zorganizowali pod auspicjami National Cancer Institute oraz National Institute on Aging w USA symposium dotyczące perspektyw w zapobieganiu i leczeniu nowotworów złośliwych u osób w wieku podeszłym, podkreślając konieczność rozpoczęcia badań na ten temat. Z kolei jeden z ojców onkologii klinicznej, Byrl James Kennedy, w swoim przemówieniu w 1988 roku jako prezes Amerykańskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej (ASCO – American Society of Clinical Oncology) podkreślił konieczność prowadzenia badań naukowych w tej dziedzinie. Powoli onkologia geriatryczna wyodrębniła się jako jedna z dziedzin medycyny, budząc zainteresowanie coraz większej liczby lekarzy zajmujących się onkologią (onkologów, chirurgów i radioterapeutów) oraz geriatrów, bo należy podkreślić, że jest to wielodyscyplinarna dziedzina nauki. W latach 90. XX wieku zaczęły powstawać pierwsze programy badawcze związane z onkologią geriatryczną. Z kolei w 2000 roku powstało Międzynarodowe Towarzystwo Onkologii Geriatrycznej (SIOG – International Society of Geriatric Oncology), co stało się swego rodzaju przełomem. Organizacja ta została założona przez pionierów onkologii geriatrycznej z obu stron Atlantyku, m.in. przez Paula Calabresiego, Mattiego Aapro, Martine Extermann i Lodovica Balducciego. Po ponad 20 latach istnienia SIOG skupia ponad 1700 członków z ponad 80 państw: onkologów, geriatrów, chirurgów, radioterapeutów, pielęgniarki i inne osoby zajmujące się zawodowo leczeniem lub opieką nad osobami starszymi z chorobą nowotworową. Podstawowe kierunki działania SIOG to: edukacja, praktyka kliniczna i badania naukowe. Rolą stowarzyszenia w zakresie edukacji jest rozpowszechnianie wiedzy o onkologii geriatrycznej w celu uzyskania wysokich standardów leczenia, wprowadzenie onkologii geriatrycznej jako integralnej części kształcenia lekarzy