



## Supportivtherapie, Folge 17

# Maßnahmen bei älteren Tumorpatienten

Ältere Menschen sind die am schnellsten wachsende Population der westlichen Industrienationen und auch in weniger entwickelten Ländern steigt der Anteil der Älteren. Mit der längeren Lebenserwartung steigt nicht nur die Inzidenz der Krebserkrankungen, viele Patienten sind zudem multimorbide. Voraussetzung für den Behandlungserfolg bei älteren Tumorpatienten ist eine adäquate Supportivtherapie.



**B**ei den meisten älteren Krebspatienten liegen bereits Komorbiditäten und physische und mentale Einschränkungen vor, welche die funktionellen Reserven der Patienten vermindern und somit die Verträglichkeit der Tumortherapie beeinflussen können. Wichtig für die Therapieplanung ist deshalb die umfassende Einschätzung des geriatrischen Zustands des einzelnen Patienten und die Auswahl der in der speziellen Situation geeigneten Therapie und der supportiven Maßnahmen (Abb. 1). Da noch bis vor wenigen Jahren ein Lebensalter über 70 Jahren als Ausschlusskriterium für klinische Studien galt, liegen nur wenige Evidenz-basierte Empfehlungen für die Supportivtherapie älterer Tumorpatienten vor. Richtlinien hierfür werden derzeit von der Multinational Association for Supportive Care in Cancer (MASCC) und der International Society of Geriatric Oncology (SIOG) entwickelt. Erste Ergebnisse wurden auf dem Kongress in Boston vorgestellt.

### „Comprehensive Geriatric Assessment“

Es gibt noch keine validen Daten, ob und wie die Therapie von Krebserkrankungen dem höherem Lebensalter angepasst werden muss, denn sogenannte „ältere“ Patienten sind eine sehr heterogene Patientengruppe. Altersveränderungen setzen nicht bei allen Menschen in einem bestimmten Lebensalter ein und sie verlaufen auch nicht immer gleich.

Martine Exterman vom Lee Moffit Cancer Center in Tampa, Florida, verdeutlichte, dass Komorbiditäten und funktionelle Beeinträchtigungen die Therapie nachhaltig beeinflussen. Daher müssen ältere Patienten routinemäßig auf ihre physische und psychische Verfassung hin untersucht werden. Ohne dieses Screening bleiben viele Probleme unentdeckt und daher unbehandelt oder unterbehandelt (1). Besonders kognitive Einschränkungen und Depressionen bleiben oft unentdeckt (2).

Es wurden bereits von verschiedenen Arbeitsgruppen Instrumente entwickelt, um eine umfassende geriatrische Beurteilung, ein sogenanntes „Comprehensive Geriatric Assessment“ (CGA) durchzuführen. Die Herausforderung an ein solches Instrument sind hoch. Die Daten sollen zu einer Evidenz-basierten Empfehlung führen. Das CGA muss das Al-

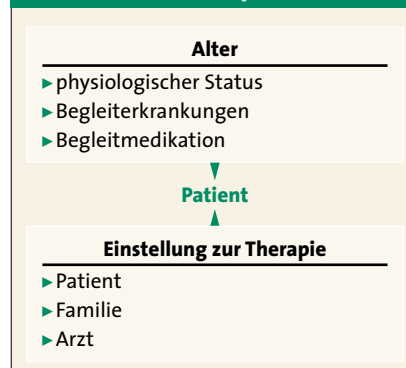
**Nicht das Alter ist ausschlaggebend, sondern der körperlich-geistige Zustand des Patienten.** © MEV

ter der Patienten und die Prognosen der verschiedenen Tumorerkrankungen widerspiegeln. Die systematische Erfassung von Komorbiditäten und anderen Gesundheitsproblemen muss sichergestellt sein. Offene Fragen sollten beantwortet werden, wie beispielsweise die Frage, ob ein Therapiestop bei schlechtem Allgemeinzustand das Überleben beeinflusst.

Die vollständigste und wissenschaftlich korrekteste Methode ist die Überprüfung jedes einzelnen Patienten durch ein multidisziplinäres Team. So werden die genauesten Ergebnisse erzielt (3,4), allerdings mit einem sehr hohen Personalaufwand, der nur in großen Zentren machbar ist.

Es wurden jedoch bereits Screening-Tools entwickelt, die auch in der Praxis und mit weniger Aufwand durchgeführt werden können (4,5,6), wie beispielsweise der Tool des National Comprehensive Cancer Network (NCCN). Entscheidend ist bei diesen Erfassungen, diejenigen Patienten zu identifizieren, die einem erhöhten Risiko durch die Therapie ausgesetzt sind und diese dann einer umfassenden geriatrischen Überprüfung zuzuführen. Die geriatrische Beurteilung der Patienten wird heute auch in klinischen Studien berücksichtigt. Über viele Jahre hinweg wurden ältere Patienten allein aufgrund ihres Alters aus Studien ausge-

**Abb. 1: Tumortherapie im Alter**



**Tabelle 1: Risikogruppen und Anpassung der Therapie**

Gesundheitszustand älterer Patienten	Therapie
gesund	normale Therapie
anfällig	modifizierte Therapie
gebrechlich	Supportivtherapie

geschlossen. Dadurch wurden älteren Patienten mit gutem Gesundheitszustand eine Reihe von effektiven Therapien vorenthalten. Welchen Einfluss dies auf die Prognose dieser Patienten hat, ist noch nicht untersucht.

Ältere Tumorkrankte können in drei Risikogruppen unterteilt werden: healthy (gesund), vulnerable (anfällig), frail (gebrechlich) (Tab. 1). Diesem geriatrischen Befund kann die Therapie individuell angepasst werden, so dass das Alter nicht mehr den therapieentscheidenden Faktor darstellt. Eine umfassende geriatrische Beurteilung könnte die Prognose von älteren Patienten mit Tumorerkrankungen günstig beeinflussen.

**SIOG/MASCC-Richtlinien für die Supportivtherapie Älterer**

Ältere Patienten sind häufig anfälliger für die Nebenwirkungen einer Chemotherapie, erläuterte Matti Aapro, Institut Multidisciplinaire d’Oncologie, Genf. Der Alterungsprozess führt zu einem zunehmenden Verlust von Organfunktionen und einer Verminderung der Knochenmarksreserve und der neurologischen Funktionen (6). Dadurch können Nebenwirkungen einer Chemotherapie bei älteren Patienten stärker ausgeprägt sein als bei jungen Patienten. Anhand eines Entscheidungsbaums können die Patienten in verschiedene Klassen eingeteilt werden, an denen sich dann auch die Behandlung orientiert (Abb. 2).

Bei älteren Patienten ist die Knochenmarksuppression die häufigste durch Chemotherapie induzierte Toxizität, hauptsächlich bedingt durch die im Alter verminderte Knochenmarksreserve und durch altersbedingte chronische Begleiterkrankungen. Bei älteren Patienten > 65 Jahre treten Grad-3- und -4-Neutropenie, neutropenische Infektionen, Thrombopenie und Anämie sehr viel häufiger auf (7,8). Die Guidelines der American Society of Clinical Oncology

befürworten hier die prophylaktische Anwendung von hämatopoetischen Wachstumsfaktoren.

Eine weitere äußerst wichtige Beeinträchtigung des blutbildenden Systems durch Chemotherapie ist die Anämie, die durch Beeinträchtigung des Sauerstofftransports im Blut eine Reihe von Symptomen nach sich zieht, wie Fatigue, Kurzatmigkeit und Gedächtnisausfälle. Fast 80% der Krebspatienten sind während einer Chemotherapie von Fatigue betroffen (9) und die Lebensqualität der Patienten wird dadurch stark beeinträchtigt. Außerdem nimmt man an, dass eine Anämie die Nebenwirkungen derjenigen Zytostatika verstärken kann, die fest an rote Blutzellen gebunden sind. Dadurch wird die Menge an freiem Zytostatikum im Plasma erhöht und es kann zu einer Verstärkung der Toxizität kommen.

Ein besonderes Problem bei älteren Patienten ist die Mukositis im Mundbereich und im Gastrointestinaltrakt. Diese verursacht extrem schmerzhafte Ausschläge, welche die Patienten stark beim Schlucken, Kauen und sogar beim Sprechen behindern. Die betroffenen Patienten müssen häufig mit starken Schmerz-

mitteln behandelt werden, oft wird sogar durch die Mangelernährung eine Hospitalisierung notwendig (10).

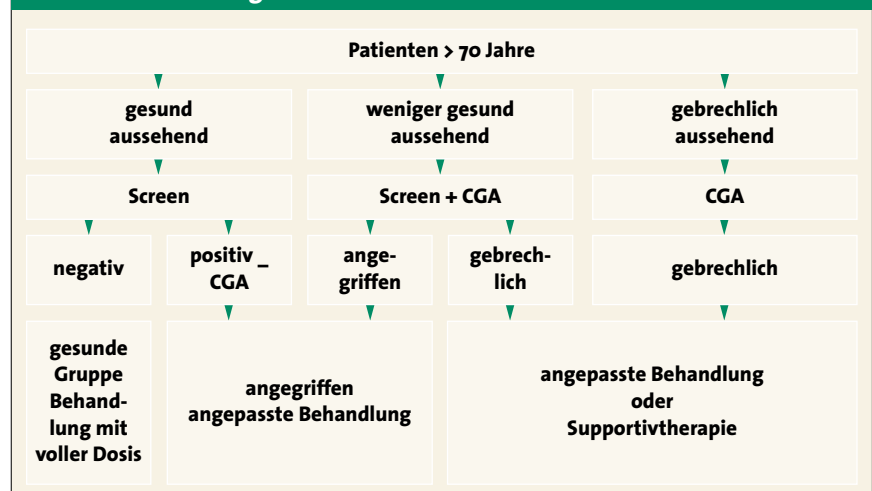
Aus diesen Problematiken resultiert die Notwendigkeit für eine höchst effektive Supportivtherapie für das ältere Patientenkollektiv, denn die Gabe der geplanten Dosis der Chemotherapie ist notwendig, um auch bei älteren Patienten ein optimales Therapieergebnis zu erzielen. Die von verschiedenen internationalen Arbeitsgruppen erarbeiteten Therapieempfehlungen für die supportive Therapie bei der Chemotherapie von Krebserkrankungen müssen nun auch speziell auf die Gegebenheiten bei älteren Patienten angepasst werden.

Für die Supportivtherapie speziell bei älteren Tumorkrankten existieren derzeit noch keine Therapierichtlinien. Die European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC) entwickelt derzeit revidierte Empfehlungen als Basis für eine gemeinsame Konferenz mit der MASCC und der SIOG in Rom im November 2003, aus der Leitlinien für die praktische Umsetzung der Supportivtherapie bei älteren Tumorkrankten resultieren sollen.

**Die soziale Dimension bei der Behandlung**

Die soziale Unterstützung beeinflusst maßgeblich die Lebensqualität älterer Tumorkrankten, verdeutlichte Avis La Grange von der Alton Ochsner Cancer Medical Foundation in New Orleans. Ältere Krebspatienten benötigen einerseits

**Abb. 2: Entscheidungsbaum**





die technische Hilfe beispielsweise beim Transport zur Therapie, beim Essen, bei Aktivitäten des täglichen Lebens, in der Regelung von finanziellen Belangen. Andererseits sind sie auch auf verstärkte psychosoziale Betreuung angewiesen. Viele Patienten sind alleinstehend und können nicht auf die Unterstützung der Familie zurückgreifen. Deshalb müssen die Belange der älteren Tumorpatienten auch von sozialer Seite berücksichtigt werden. Wichtig ist hier, ein Netzwerk sozialer Organisationen zu schaffen, die auf die Bedürfnisse älterer Krebspatienten eingehen und welche die Ressourcen verschaffen, dass ältere Krebspatienten die notwendige menschliche und finanzielle Hilfe erhalten. Die Ergebnisse der Sozialarbeit bei älteren Krebspatienten müssen in Studien kontinuierlich dokumentiert werden, damit eine Vereinheitlichung der Bedürfnisse und eine Vereinfachung der Arbeitsabläufe erfolgen kann, was langfristig zu einer fortlaufenden Qualitätsverbesserung der Sozialarbeit in der geriatrischen Onkologie führen wird.

### **Mono- oder Kombinationstherapie?**

In den letzten Jahren hat die Chemotherapie bei älteren Tumorpatienten zunehmende Bedeutung erfahren. Für diese Entwicklung sind in erster Linie das bessere Wissen über die Pharmakologie von Substanzen bei älteren Patienten verantwortlich. Außerdem stehen heute bessere Supportivmaßnahmen zur Verminderung lebensbedrohlicher Toxizitäten bei älteren Patienten zur Verfügung.

Die Frage, ob für einen älteren Patienten eine Monochemotherapie oder eine Polychemotherapie besser geeignet ist, lässt sich nicht global beantworten, erläuterte Carsten Bokemeyer, Medizinische Universitätsklinik Tübingen. Bei vielen Erkrankungen und therapeutischen Situationen ist diese Frage noch nicht einmal altersunabhängig beantwortet. Wichtig ist einerseits die Evaluierung des physischen und mentalen Status des älteren Patienten und die Zuordnung zu einer der definierten Risikogruppen unter Berücksichtigung von Komorbiditäten, Komedikation, sozialem Umfeld und kognitiver Funktion. Auf der Basis dieser Faktoren sollte das indi-

viduelle Therapieziel in Absprache mit dem Patienten definiert werden.

Für viele Tumorentitäten konnte gezeigt werden, dass die Effektivität der Chemotherapie bei älteren Patienten mit der bei jüngeren Patienten vergleichbar ist. Ältere Patienten leiden allerdings häufiger unter Nebenwirkungen wie Mukositis/Stomatitis und Myelosuppression, diese Probleme können jedoch durch Dosisanpassung und adäquate Supportivtherapie gelöst werden. Dennoch führt die Befürchtung von Nebenwirkungen häufig zur Entscheidung für eine Monotherapie bei älteren Patienten. Für den potenziellen Einsatz einer Kombinationstherapie bei älteren Patienten muss generell abgewogen werden, ob eine höhere Effektivität auch die Überlebenszeit so deutlich beeinflusst, so dass es sich für den Patienten lohnt, eine höhere Toxizität in Kauf zu nehmen.

Eine Reihe von Studien hat gezeigt, dass die Kombinationstherapie bei älteren Patienten machbar ist. Bislang konnte jedoch die Überlegenheit einer Kombinationstherapie auch bei jüngeren Patienten nur in wenigen speziellen Situationen demonstriert werden. Eine Alternative zur Kombinationschemotherapie für ältere Patienten könnte die sequentielle Therapie mit gut verträglichen Zytostatika sein. Ein strikter Vergleich von Kombinationschemotherapien versus sequentiellen Therapien bei älteren Patienten steht jedoch noch aus. Möglicherweise beeinflussen auch Kombinationen mit neuen biologischen Substanzen die Ergebnisse bei älteren Tumorpatienten. Dies werden zukünftige Studien zeigen, in die auch ältere Patienten aufgenommen werden.

Es steht heute eine Vielfalt an therapeutischen Möglichkeiten für ältere Tumorpatienten zur Verfügung. Die Auswahl der besten Therapie für den einzelnen Patienten sollte unter Berücksichtigung der krankheitsspezifischen und der patientenindividuellen Faktoren erfolgen. Die Entscheidung für Monotherapie oder Kombinationstherapie beruht auf der Einschätzung, von welcher Therapieform der Patient am meisten profitiert. Es steht zu hoffen, so Bokemeyer, dass ältere Patienten zukünftig in die klinischen Studien auch mit neuen Substanzen eingeschlossen werden, um die Frage nach

der richtigen Therapie für das ältere Patientenkollektiv in Zukunft besser beantworten zu können.

### **Geriatrische Onkologie in Deutschland**

In Deutschland läuft derzeit unter Leitung von Klaus Höffken, Medizinische Universitätsklinik Jena, eine Studie zum Thema geriatrische Onkologie. Die Studiengruppe hat ein geriatrisch-onkologisches Assessment etabliert, mit dem die Behandlungssituation des alten Patienten erfasst werden soll. Die Deutsche Krebshilfe fördert im Rahmen der Studie „Geriatrische Onkologie“ auch die Entwicklung dieses Tests. Im Mittelpunkt stehen die beiden Fragen: Was ist sinnvollerweise bei einem alten Patienten als Therapie durchführbar? Und: Was möchte der Patient, welches sind seine Ziele und Erwartungen? Erste Daten des Projektes liegen dem interdisziplinären Team aus Internisten, Pharmakologen, Psychiatern und Psychologen bereits vor und werden derzeit ausgewertet.

Um die interdisziplinäre Zusammenarbeit von Geriatern und Hämatologen und internistischen Onkologen weiter zu fördern, haben die Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie sowie die Deutsche Gesellschaft für Geriatrie vor drei Jahren eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe gegründet mit dem Ziel, Empfehlungen für die Behandlung älterer Patienten mit Tumorerkrankungen auf der Basis der bisher verfügbaren Literaturdaten zu erarbeiten. Schwerpunkt der Aktivitäten ist u.a. die Entwicklung eines geriatrischen Assessmentinstrumentes für die klinische Praxis. Nähere Informationen zur Arbeitsgruppe sind auf der Homepage der DGHO ([www.dgho.de](http://www.dgho.de)) zu erhalten.

### **Literatur beim Verfasser**

Joint MASCC/SIOG-Session „**Supportive Care and the Older Cancer Patient**“ im Rahmen des 14th International Symposium Supportive Care in Cancer 23. – 26. Juni 2002 in Boston  
Dr. rer. nat. Petra Ortner und Prof. Dr. med Carsten Bokemeyer für den Arbeitskreis Supportive Maßnahmen in der Onkologie  
Internet: [www.onkosupport.de](http://www.onkosupport.de)