

Pacjent-senior z chorobą nowotworową – punkt widzenia onkologa

Senior patient with neoplastic disease – oncologist's point of view

DIANA CZĄSTKIEWICZ-TRAWIŃSKA ^{1/}, ANNA HANS-WYTRYCHOWSKA ^{2/}, KAROLINA HOFFMANN ^{3/}

^{1/} Oddział Chemioterapii w Wielkopolskim Centrum Onkologii w Poznaniu

^{2/} Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

^{3/} Klinika Chorób Wewnętrznych, Zaburzeń Metabolicznych i Nadciśnienia Tętniczego, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Obserwowane w wielu krajach starzenie się społeczeństw i wzrost zachorowalności na nowotwory sprawia, że onkolodzy coraz częściej stają przed dylematem, jaka opcja terapeutyczna będzie najkorzystniejsza dla chorych w podeszłym wieku. Szacuje się, że w Europie i Ameryce Północnej ponad 60% wszystkich nowotworów występuje u osób po 65 r.ż. Dlatego jest niezwykle ważne, aby ustalając plan leczenia takich chorych, uwzględniać zmiany zachodzące w organizmie w procesie starzenia, choroby współistniejące i dotychczasową farmakoterapię. Wyzwaniem dla onkologa staje się zatem dokonanie właściwej oceny pacjenta w wieku podeszłym, w tym jego sprawności, zdolności do samodzielnego funkcjonowania, stanu odżywienia, funkcji poznawczych i ewentualnych zaburzeń emocjonalnych. Lekarz, wybierając daną ścieżkę terapeutyczną, powinien uwzględnić te wszystkie czynniki, gdyż mogą one istotnie wpływać na przebieg, efektywność i bezpieczeństwo leczenia onkologicznego.

Słowa kluczowe: choroba nowotworowa, kruchość, osoby starsze, ocena geriatryczna, narzędzia do badań przesiewowych

The aging of societies and the increase in the incidence of cancer observed in many countries mean that oncologists more and more often face the dilemma of what therapeutic option will be most beneficial for elderly patients. It is estimated that in Europe and North America, up to 60% of all cancers occur in people over 65. Therefore, it is important to take into account changes in the body during aging, comorbidities and current pharmacotherapy when establishing a treatment plan for such patients. The challenge for the oncologist is to properly assess elderly patients, including fitness, ability to function independently, nutritional status, cognitive functions and possible emotional disorders. When choosing a therapeutic path, the physician should take into account all these factors, as they may significantly affect the course, effectiveness and safety of oncological treatment.

Key words: cancer disease, frailty, elderly adults, geriatric assessment, screening tools

© Hygeia Public Health 2020, 55(3): 107-114

www.h-ph.pl

Nadesłano: 09.06.2020

Zakwalifikowano do druku: 10.09.2020

Adres do korespondencji / Address for correspondence

dr n. med. Karolina Hoffmann

Klinika Chorób Wewnętrznych, Zaburzeń Metabolicznych i Nadciśnienia Tętniczego

Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

ul. Szamarzewskiego 84, 60-569 Poznań

tel. 61 854 93 77, e-mail: karhof@tlen.pl

Wprowadzenie

Diagnostyka i leczenie choroby nowotworowej – to długotrwały proces, który naraża chorego na znaczny dyskomfort psychofizyczny, przewlekłą ekspozycję na stres, a także niejednokrotnie na powikłania po wykonanych badaniach diagnostycznych i podjętych działaniach terapeutycznych. Po postawieniu diagnozy i określeniu stopnia zaawansowania choroby, zespół wielodyscyplinarny ustala plan, etapy leczenia, z którymi pacjent zostaje szczegółowo zapoznany w trakcie wizyt w gabinecie onkologa.

Niezmiernie istotnym elementem już na wstępnym etapie postępowania diagnostyczno-leczniczego

jest oszacowanie sprawności pacjenta. Zweryfikowanymi narzędziami, o dużej przydatności klinicznej, są dwie skale: 1. Zubroda, zwana też skalą ECOG (skala sprawności wg *Eastern Cooperative Oncology Group*, skala Zubroda-ECOG-WHO) oraz 2. Karnofsky'ego (tab. I, II) [1, 2]. W oparciu o uzyskany wynik można z dużą precyzją opisać stan ogólny pacjenta i jego jakość życia z postawioną diagnozą choroby nowotworowej. Trzeba podkreślić, że ta wstępna ocena sprawności chorych onkologicznych stanowi cenne źródło informacji dotyczących dalszego rokowania.

Kompleksowa ocena pacjenta onkologicznego musi zawierać także określenie stopnia doświadczanego

Tabela I. Skala sprawności Zubroda (ECOG, WHO) [1]

Stopień sprawności	Definicja
0	sprawność prawidłowa, zdolność do samodzielnego wykonywania czynności
1	obecność objawów choroby, możliwość chodzenia i wykonywania lekkiej pracy
2	zdolność do wykonywania czynności osobistych, niezdolność do pracy, spędzanie w łóżku około połowy dnia
3	ograniczona zdolność wykonywania czynności osobistych, spędzanie w łóżku ponad połowę dnia
4	konieczność opieki osoby drugiej, spędzanie w łóżku cały dzień
5	zgon

Tabela II. Skala Karnofsky'ego [2]

Stopień sprawności	Opis
100	stan prawidłowy, brak dolegliwości i objawów choroby
90	stan prawidłowej aktywności, niewielkie dolegliwości i objawy choroby
80	stan niemal pełnej aktywności (wymaga pewnego wysiłku), niewielkie dolegliwości i objawy choroby
70	stan niemożności wykonywania pracy lub prawidłowej aktywności, przy zachowanej zdolności do samoobsługi
60	stan wymagający okresowej opieki, przy zachowanej zdolności do samodzielnego spełniania większości codziennych potrzeb
50	stan wymagający częstej opieki i częstych interwencji medycznych
40	stan niewydolności, konieczność szczególnej opieki
30	stan niewydolności, wskazania do hospitalizacji
20	stan poważnej choroby, bezwzględna konieczność hospitalizacji i prowadzenia leczenia wspomagającego
10	stan gwałtownego narastania zagrożenia życia
0	zgon

bólu, co pomaga dobrać odpowiednie sposoby jego uśmierzenia. Najlepiej zaimplementowaną skalą w codziennej praktyce klinicznej jest skala NRS-11 (*Numeric Rating Scale*), w której stopień nasilenia bólu określają liczby od 0 do 10, przy czym 0 oznacza 'brak bólu', a 10 – 'najgorszy ból, jaki mogę sobie wyobrazić' [3, 4]. Niewystarczająca terapia przeciwbólowa, niedobrana do stanu pacjenta, znacząco pogarsza jego stopień sprawności i jakość życia.

Kolejną cechą, którą trzeba brać pod uwagę przy monitorowaniu pacjenta onkologicznego, jest jego stopień odżywienia. W badaniach przeprowadzonych na populacjach osób chorych na nowotwory, wykazano, że nie tylko kacheksja, ale i otyłość, istotnie wpływają na efektywność terapii onkologicznej [5-7]. Istotnymi czynnikami, modyfikującymi przebieg leczenia procesu nowotworowego, są choroby współistniejące, towarzyszące zaburzenia emocjonalne, depresja. Trzeba pamiętać o skutkach często występującej w tej sytuacji polipragmazji, z uwzględnieniem konsekwencji nadużywania suplementów diety. W wielu badaniach za-

ważono, iż obecność schorzeń współtowarzyszących wpływa na zwiększenie ryzyka powikłań podjętego leczenia onkologicznego [8, 9].

Pacjent-senior

Szczególnym typem pacjenta onkologicznego, wymagającego uważnego, holistycznego podejścia, jest osoba w wieku podeszłym. Obserwowane w wielu krajach starzenie się społeczeństw i wzrost zachorowalności na nowotwory sprawia, że onkolodzy coraz częściej stają przed dylematem, jaka opcja terapeutyczna będzie najkorzystniejsza dla chorych w starszym wieku. Szacuje się, że w Europie i Ameryce Północnej nawet 60% wszystkich nowotworów występuje u osób po 65 r.ż. i przewiduje się dalszy wzrost tego odsetka w najbliższych dekadach [10, 11]. Wypada zaznaczyć, że organizacje międzynarodowe, w tym WHO czy Organizacja Narodów Zjednoczonych (ONZ; *United Nations – UN*), towarzystwa naukowe, poszczególne rządy i instytucje ubezpieczeniowe różnie definiują czas, w którym rozpoczyna się starość. Najczęściej ta cezurą stawiana jest między 60 a 65 r.ż. Zgodnie z obowiązującą w Polsce Ustawą z dnia 11.09.2015 r., osobą starszą jest osoba, która ukończyła 60 r.ż. [12]. Z kolei w opublikowanym przez Główny Urząd Statystyczny raporcie na temat jakości życia osób starszych w Polsce, oparto się na danych zebranych na populacji w wieku +65 lat [13]. W praktyce klinicznej powszechnie używa się następującego podziału wieku starszego wg WHO: 60-74 lat – wiek podeszły (tzw. wczesna starość), 75-89 lat – wiek starczy (tzw. późna starość), 90 lat i więcej – wiek sędziwy (tzw. bardzo późna starość, długowieczność) [14].

Starość, nawet w tej samej grupie, nie przebiega jednakowo i wiek metrykalny nie jest miarodajnym kryterium do oszacowania ryzyka terapii onkologicznych. Od wielu lat poszukuje się coraz lepszych narzędzi, które pozwolą klinicyście zastosować jak najbardziej dostosowane do pacjenta metody lecznicze, przynoszące oczekiwane korzyści przy jak najmniejszych skutkach ubocznych. W codziennej praktyce klinicznej często przez onkologów używany jest kwestionariusz Geriatric 8 (G8), który zawiera 8 pytań (tab. III) [15]. Jeżeli pacjent uzyska w tej skali $\leq 14/17$ punktów, powinien być poddany tzw. Całościowej Ocenie Geriatrycznej (COG; *Comprehensive Geriatric Assessment – CGA*) [16-18].

Kolejnymi elementami, które trzeba brać pod uwagę, dokonując oszacowania dobrostanu chorych onkologicznych, jest obecność problemów w czynnościach podstawowych, samoobsługowych, określanym akronimem 'ADL' (*Activities of Daily Living*), a także fakt obciążenia chorobami współistniejącymi. Pierwsze kryterium pomaga opisać skala Katza, zaś drugie – skala CIRS-G (*Cumulative Illness Rating Scale-Geriatric*)

(tab. IV i V) [19, 20]. Zastosowanie obu narzędzi może mieć istotny wpływ na decyzje onkologa, w tym na dokonanie wyboru mniej agresywnego leczenia lub też całkowitego zrezygnowania z terapii onkologicznej na rzecz leczenia paliatywnego [21-23].

Pacjenci z oceną G8 poniżej 14 pkt, ADL powyżej 2 pkt, niezamierzonym spadkiem masy ciała powyżej 10% w ciągu ostatnich 3 miesięcy oraz wielochorobowością wg CIRS-G powyżej 6 pkt, są podejrzani o tzw. słabość, kruchość (*frail*) [24]. Zespół kruchości (*frailty syndrom*) objawia się wyczerpaniem rezerw fizjologicznych w reakcji na stres (psychiczny, fizycz-

ny), co prowadzi do załamania homeostazy, zaburzeń funkcjonowania wielu narządów, wzrostu chorobowości i umieralności osób starszych. Całość tych zmian skutkuje gorszym przebiegiem chorób, częstszym wymogiem hospitalizacji, pogorszeniem sprawności psychofizycznej, zwiększonym ryzykiem upadków, niepełnosprawności i zgonu [25-28]. Spośród opublikowanych definicji i kryteriów opisywanego zespołu, w codziennej praktyce klinicznej najczęściej stosuje się fenotypową definicję sformułowaną przez Fried i wsp., a opartą na 5 kryteriach: ocenie zmiany masy ciała, siły mięśniowej, aktywności fizycznej, sprawności chodu i poczucia wyczerpania (tab. VI). Wymaga podkreślenia faktu, iż jest to jednak definicja jednowymiarowa, nie obejmująca pozostałych ważnych obszarów funkcjonowania pacjenta [26].

Dużą wartość diagnostyczną przypisuje się *Vulnerable Elders Survey-13* (VES-13) – skali biorącej pod uwagę aspekt fizyczny, kognitywny, socjalny i społeczny (tab. VII) [29-31]. Kwestionariusz ten pozwala na identyfikację pacjenta wymagającego COG, tzn. oceny obejmującej zdrowie fizyczne, sprawność funkcjonalną, zdrowie psychiczne oraz uwarunkowania społeczno-środowiskowe [29]. Równoczesne zastosowanie obu kwestionariuszy, tj. G-8 i VES-13, istotnie poprawia czułość i swoistość identyfikacji pacjenta wymagającego COG. Tym samym, takie całościowe podejście do osoby z chorobą nowotworową i doświadczanych przez nią problemów w codziennym funkcjonowaniu, pozwala na zastosowanie kierunkowej interwencji nieonkologicznej, co zwiększa znacząco szanse na przeprowadzenie pełnej terapii przeciwnowotworowej [18, 32]. Wykazano, że przeprowadzenie COG spowodowało zmianę planu leczenia u co drugiego pacjenta, a u ponad 70% pomogło wykryć zaburzenia wymagające interwencji [20, 33-34].

Stwierdzenie współwystępowania u chorych onkologicznych zespołu kruchości jest przydatnym czynnikiem predykcyjnym wystąpienia powikłań okołoterapeutycznych oraz tolerancji leczenia systemowego. Narzędzia służące do tej oceny powinny być łatwe do zastosowania, wykazywać porównywalną czułość

Tabela III. Kwestionariusz *Geriatric 8* (G8) [15]

Pytania	Odpowiedzi
czy w ostatnich 3 miesiącach u chorego obserwowano obniżenie spożycia pokarmów z powodu spadku apetytu, problemów z trawieniem, żuciem lub połykaniem?	0 – poważny spadek spożycia pokarmów 1 – umiarkowany spadek spożycia pokarmów 2 – brak spadku spożycia pokarmów
utrata masy ciała w ostatnich 3 miesiącach	0 – utrata masy powyżej 3 kg 1 – utrata trudna do określenia 2 – utrata masy ciała między 1 a 3 kg 3 – bez utraty masy ciała
aktywność ruchowa	0 – tylko leżący lub tylko siedzący 1 – wstaje z łóżka lub krzesła, ale nie wychodzi z domu 2 – wychodzi z domu
problemy neuropsychologiczne	0 – poważna demencja lub depresja 1 – łagodna demencja 2 – nie zgłasza zaburzeń
BMI (kg/m ²)	0 – BMI < 19 1 – BMI od 19 do < 21 2 – BMI od 21 do < 23 3 – BMI ≥ 23
czy pacjent na stałe stosuje więcej niż 3 leki dziennie?	0 – tak 1 – nie
jak pacjent ocenia swój stan zdrowia w porównaniu z innymi osobami w tym samym wieku?	0 – gorzej 0,5 – nie potrafi określić 1 – tak samo dobrze 2 – lepiej
wiek (w latach)	0 – > 85 lat 1 – 80-85 lat 2 – < 80 lat

Interpretacja: Suma 0-17 pkt, w przypadku uzyskania < 14 pkt – jest większe ryzyko występowania zespołu kruchości (wskazane badanie CGA) oraz zwiększone ryzyko powikłań chemioterapii stopnia średniego i ciężkiego

Tabela IV. Skala Katza (*Activities of Daily Living* – ADL) [19]

Czynność	Opis
kąpanie się/mycie się	nie wymaga pomocy lub pomoc potrzebna jest tylko przy myciu jednej części ciała gąbką, kąpiel w wannie/prysznic
ubieranie się	ubieranie się bez żadnej pomocy, z wyjątkiem wiązania sznurówek
korzystanie z toalety	idzie do toalety, korzysta z toalety, poprawia ubranie, wraca z toalety bez żadnej pomocy (może używać laski chodzika, albo korzystać w nocy z basenu lub nocnika)
poruszanie się	przemieszcza się z/do łóżka lub na krzesło bez pomocy (może używać laski lub chodzika)
kontrolowane wydalanie moczu i stolca	całkowicie panuje nad zwieraczami (bez sporadycznych epizodów nietrzymania)
jedzenie	odżywia się bez pomocy (z wyjątkiem ewentualnego krojenia mięsa lub smarowania pieczywa masłem)

pacjent samodzielny: tak – 1, nie – 0

Interpretacja: 6-5 pkt – pełna sprawność, 4-3 pkt – umiarkowana niesprawność, < 3 pkt – ciężka niesprawność

Tabela V. Skala Cumulative Illness Rating Scale – Geriatric (CIRS-G) [20]

Zaburzenia	Punkty				
	0	1	2	3	4
kardiologiczne	bez zmian	przebyty zawał serca 5 lat temu, epizody choroby niedokrwiennej wymagające doraźnie stosowania leków	przewlekła niewydolność serca, choroba niedokrwienne serca wymagająca stałego leczenia, przerost lewej komory, blok odnogi pęczka przedsionkowo-komorowego, codzienne stosowanie leków przeciw arytmicznych	zawał serca w ciągu ostatnich 5 lat, nieprawidłowa próba wysiłkowa, stan po angioplastyce naczyń wieńcowych, stan po pomostowaniu aortalno-wieńcowym	upośledzenie czynności serca wtórnie do procesów chorobowych: niestabilna dławica piersiowa, nabyta niewydolność serca, miażdżycza naczyń wieńcowych, arytmia serca, choroby naczyniowe
naczyniowe	bez zmian	nadciśnienie tętnicze regulowane dietą i kontrolą masy ciała, poziom cholesterolu >200 mg/dl	nadciśnienie tętnicze wymagające codziennego przyjmowania leków hipotensyjnych, jeden z objawów miażdżycy naczyń (choroba niedokrwienne, chromanie przystankowe, niewidzenie jednooczne, brak tętna na tętnicy grzbietowej stopy, tętniak aorty <4 cm	dwa i więcej objawów miażdżycy	przebyty zabieg chirurgiczny z powodu choroby naczyń, tętniak aorty >4 cm
hematologiczne	bez zmian	hemoglobina: kobieta >10<12 g/dl mężczyzna >12<14 g/dl, niedokrwistość chorób przewlekłych	hemoglobina: kobieta >8<10 g/dl mężczyzna >10<14 g/dl, niedokrwistość z niedoboru żelaza, witaminy B ₁₂ , kwasu foliowego, w przebiegu przewlekłej niewydolności nerek, leukocyty >2,4 G/l	hemoglobina: kobieta <8 g/dl mężczyzna <10 g/dl, leukocyty <2 G/l	białaczka, chłoniak
układu oddechowego	bez zmian	nawracające epizody ostrego zapalenia oskrzeli, astma leczona doraźnie lekami wziewnymi, palacz papierosów >10<20 paczkaolat	radiologicznie potwierdzone POChP, codzienne stosowanie leków wziewnych lub teofiliny, zapalenie płuc ≥2 razy w ciągu ostatnich 5 lat, palacz 20-40 paczkaolat	ograniczona ruchomość pacjenta w wyniku zmniejszonej wydolności oddechowej, stosowanie sterydów doustnych z powodu choroby płuc, palacz >40 paczkaolat	tlenoterapia, epizod niewydolności oddechowej, nowotwór płuc
nosa, gardła, krtani, uszu, oczu	bez zmian	korekcja wzroku 20/40 lub przewlekłe zapalenie zatok, łagodne zaburzenia słuchu	korekcja wzroku 20/60, umiarkowane zaburzenia słuchu, aparat słuchowy, przewlekłe objawowe zapalenie zatok i nosa wymagające leczenia, zawroty głowy wymagające leczenia	częściowa ślepota, zaburzenia słuchu pomimo aparatu słuchowego	całkowita ślepota, głuchota, laryngektomia, interwencja chirurgiczna w leczeniu zawrotów głowy
górnego odcinka przewodu pokarmowego	bez zmian	przepuklina rozworu przełykowego, zgaga, dyspepsja leczona doraźnie	objawy dyspeptyczne wymagające codziennego stosowania inhibitorów pompy protonowej, leków zobojętniających, udokumentowana choroba wrzodowa żołądka lub dwunastnicy w okresie 5 lat	aktywna choroba wrzodowa, problemy z połykaniem, dysfagia	nowotwór żołądka, perforacja przewodu pokarmowego w wywiadzie, krwawienie z górnego odcinka przewodu pokarmowego
dolnego odcinka przewodu pokarmowego	bez zmian	zaparcia wymagające leków doraźnych, hemoroidy, stan po leczeniu przepukliny	zaparcia wymagające codziennego leczenia, nieleczona przepuklina	niedrożność jelit w wywiadzie, stałe stosowanie leków przeczyszczających, enemy	krwawienie z dolnego odcinka przewodu pokarmowego, uchyłki jelita, nowotwór jelita
wątrobowe, pęcherzyka żółciowego, trzustki	bez zmian	zapalenie wątroby w wywiadzie, cholecysektomia	wzrost poziomu aminotransferaz <150% górnej granicy normy, zapalenie wątroby w ciągu ostatnich 5 lat, żółtaczką, nadużywanie alkoholu w ciągu ostatnich 5 lat	stężenie bilirubiny >2 mg/dl, /wzrost poziomu aminotransferaz >150% górnej granicy normy, suplementacja enzymów trzustkowych w celach trawiennych	zapalenie pęcherzyka żółciowego, nowotwór pęcherzyka żółciowego, zapalenie trzustki, aktywne zapalenie wątroby
nerek	bez zmian	objawowa kamica nerki w wywiadzie w ciągu ostatnich 10 lat lub bezobjawowa kamica nerki, zapalenie kłębuszków nerkowych w ciągu ostatnich 5 lat	kreatynina >1,5< 3 mg/dl bez zastosowania leków moczopędnych i hipotensyjnych	kreatynina >3 g/dl lub kreatynina >1,5 g/dl ze stosowaniem leków diuretycznych, hipotensyjnych, dwuwęglanów, aktywne zapalenie kłębuszków nerkowych	dializa nerkowa, nowotwór nerki
układu moczowo-płciowego	bez zmian	nietrzymanie moczu (stresowe), histerektomii, łagodny przerost gruczołu krokowego bez objawów urologicznych	nieprawidłowa cytologia, nawracające infekcje dróg moczowych >3 w ciągu roku, aktywna infekcja dróg moczowych, nietrzymanie moczu (nie stresowe), przerost gruczołu krokowego z objawami urologicznymi, stan po TURP	nowotwór prostaty in situ, krwawienie z pochwy, nowotwór szyjki macicy in situ, krwiomocz, urosepsa w wywiadzie w ciągu ostatniego roku	zastój w drogach moczowych, nowotwory układu moczowo-płciowego inne niż wymienione wcześniej

Zaburzenia	Punkty				
	0	1	2	3	4
w układzie mięśniowo-kostnym	bez zmian	łagodne zapalenie stawów w niewielkim stopniu ograniczające codzienną sprawność pacjenta, leki przeciwzapalne stosowane doraźnie, zmiana zapalna skóry leczona antybiotykami w okresie 1 roku, usunięty nieczerniakowy nowotwór skóry	zapalenie stawów w umiarkowanym stopniu ograniczające codzienną sprawność pacjenta, leki przeciwzapalne stosowane codziennie, czerniak bez przerzutów	zapalenie stawów w znacznym stopniu ograniczające codzienną sprawność pacjenta, wymagające stałego stosowania sterydów, złamanie kompresyjne kręgow w przebiegu osteoporozy	deformacja stawów i kości ograniczające ruchomość, zapalenie kości i szpiku, nowotwór kości i mięśni, przerzuty czerniaka
neurologiczne	bez zmian	częste epizody bólu głowy, leki przeciwbólowe stosowane doraźnie, brak wpływu na codzienną aktywność pacjenta, epizod TIA (przynajmniej 1)	przewlekły ból głowy, leki przeciwbólowe stosowane codziennie, ograniczona codzienna aktywność pacjenta, epizod naczyniowo-mózgowy bez następstw klinicznych, choroby neurodegeneracyjne (Parkinsona, SM) – łagodny przebieg	epizod naczyniowo-mózgowy z łagodną dysfunkcją neurologiczną, choroby neurodegeneracyjne – umiarkowany przebieg, procedury neurochirurgiczne w CUN	epizod naczyniowo-mózgowy z trwałą dysfunkcją neurologiczną, afazja, choroby neurodegeneracyjne – ciężki przebieg
endokrynologiczne, metaboliczne, piersi	bez zmian	cukrzyca wyrównana dietą, otyłość BMI>30, suplementacja hormonów tarczycy	cukrzyca leczona insuliną lub lekami doustnymi, łagodne dysplastyczne zmiany piersi	zaburzenia elektrolitowe wymagające hospitalizacji, ciężka otyłość BMI>45	niekontrolowana cukrzyca, śpiączka cukrzycowa, suplementacja hormonów nadnerczy, nowotwór nadnerczy, tarczycy, piersi
choroby psychiczne	brak	łagodne zaburzenia psychiczne w wywiadzie: ambulatoryjne leczenie depresji ponad 10 lat temu, aktualne okresowe przyjmowanie słabych leków uspokajających w epizodach pobudzenia nerwowego, łagodna wczesna demencja (MMSE>25<27 pkt)	epizod dużej depresji (kryteria DSM III-R) w ciągu ostatnich 10 lat (leczona/nieleczona), łagodna demencja (MMSE 20-25 pkt), hospitalizacja psychiatryczna w wywiadzie, nadużywanie leków psychotropowych w wywiadzie ponad 10 lat temu	aktualny epizod dużej depresji (kryteria DSM-III-R) lub co najmniej 2 epizody depresji w ciągu ostatnich 10 lat, umiarkowana demencja (MMSE 15-20 pkt), leki uspokajające przyjmowane na stałe, leki antypsychotyczne przyjmowane na stałe	choroba psychiczna aktualnie wymagająca hospitalizacji, intensywnego leczenia ambulatoryjnego, np.: pacjenci z ciężką depresją z myślami samobójczymi, ostra psychoza, ciężka demencja (MMSE<15), uzależnienie od substancji psychoaktywnych

Interpretacja:

<6 pkt i klirens kreatyniny >70 ml/min – pacjent „go-go” (fit) może być leczony, jak młodszy pacjent bez chorób współistniejących
 >6 pkt i klirens kreatyniny <70 ml/min – pacjent „slow-go” (vulnerable) – wymaga modyfikacji dawek w terapii onkologicznej
 ciężkie choroby współistniejące i oczekiwany krótki czas przeżycia – pacjent „no-go” (unfit), zaleca się leczenie hospicyjne

Tabela VI. Kryteria fenotypowej definicji zespołu kruchości wg Freid [26]

Lp.	Kryterium
1.	niezamierzone zmniejszenie masy ciała o co najmniej 4,5 kg w ciągu ostatniego roku
2.	mała aktywność fizyczna (w zakresie najniższego kwintyla [20%] wydatku energetycznego: mężczyźni 383 kcal/tydzień, kobiety 270 kcal/tydzień)
3.	wolny chód (w zakresie najniższego kwintyla [20%] czasu przejścia 4,572 m)
4.	zmniejszona siła mięśniowa (siła uścisku ręki w zakresie najniższego kwintyla [20%])
5.	subiektywnie zgłaszane poczucie wyczerpania, mała wytrzymałość

Interpretacja: rozpoznanie zespołu kruchości – spełnienie ≥3 kryteriów;
 zespół pre-frail – spełnienie 1 lub 2 kryteriów

i swoistość do COG w badaniach prospektywnych na populacjach pacjentów leczonych onkologicznie.

Starości, poza pogorszeniem sprawności psychofizycznej, często towarzyszy osamotnienie, utrata dotychczasowych funkcji społecznych (aktywności zawodowej, rodzinnej), pogorszenie sytuacji ekonomicznej. Rozpoznanie choroby nowotworowej jest silnym czyn-

nikiem wywołującym zaburzenia depresyjne i lękowe. W ramach COG oceniane są zaburzenia emocjonalne pacjenta pod kątem wskazań do ich ewentualnej psychoterapii lub farmakoterapii. Trzeba zaznaczyć, że zwłaszcza w przypadku osób w podeszłym wieku, objawy depresji mogą być błędnie odczytywane przez otoczenie jako forma zaburzeń poznawczych. Geriatryczna Skala Depresji (*Geriatric Depression Scale* – GDS) jest jednym z użytecznych narzędzi do samooceny depresji, opracowanym w 3 wersjach: pełnej (30 cech), skróconej (15 cech) i krótkiej (5 cech). Na pytania pacjent odpowiada ‘tak’ lub ‘nie’. W codziennej praktyce klinicznej stosuje się zazwyczaj wersję skróconą (15-punktową), dzięki czemu skala jest uproszczona i możliwa do zastosowania u osób umiarkowanie upośledzonych poznawczo (tab. VIII) [35, 36].

Z kolei Skala Depresji Becka (*Beck Depression Inventory* – BDI, BDI-1A, BDI-II), opublikowana po raz pierwszy w 1961 r., składała się z 21 pytań wielokrotnego wyboru, odnoszących się do takich objawów, jak: poczucie beznadziejności, drażliwość, poczucie

Tabela VII. *Vulnerable Elders Survey-13* (VES-13) [30]

Lp	oceniane obszary	ocena	
1.	wiek badanego (w latach)	0 1 3	
	2. samoocena stanu zdrowia	wspaniale lub dobre	tak = 0
		przeciętne lub złe	tak = 1
3.	czy ma Pan(i) znaczne trudności z wykonaniem poniższych czynności lub ich wykonanie jest niemożliwe		
	pochylenie, kucanie, klękanie	tak/nie	
	podnoszenie, dźwiganie przedmiotów o wadze około 4,5 kg	tak/nie	
	sięganie lub wyciąganie ramion powyżej barków	tak/nie	
	pisanie lub utrzymywanie drobnych przedmiotów	tak/nie	
	przejście około 400 m	tak/nie	
	ciężka praca domowa, jak mycie podłóg lub okien	tak/nie	
	jeśli dwie (lub więcej) odpowiedzi są pozytywne – należy przyznać maksimum 2 punkty jeśli jedna – 1 punkt	... pkt (0-2 pkt)	
	czy z powodu złego stanu zdrowia lub ograniczeń w sprawności ma Pan(i) trudności z wykonywaniem następujących czynności lub ich nie wykonuje		
	zakupy produktów na potrzeby własne, np. produkty toaletowe, leki	tak/nie	
4.	rozporządzanie własnymi pieniędzmi: śledzenie wydatków, opłacanie rachunków	tak/nie	
	przejście przez pokój (również z pomocą kuli, laski lub balkonika)	tak/nie	
	wykonywanie lekkich prac domowych (zmywanie naczyń, ścieranie kurzu)	tak/nie	
	kąpiel w wannie lub pod prysznicem	tak/nie	
	jeśli choć jedna z odpowiedzi jest pozytywna – należy przyznać 4 punkty (maksimum)	... pkt (0 lub 4 pkt)	
Razem	...	maksimum = 10	

Interpretacja: uzyskanie 3 lub więcej punktów wskazuje na ryzyko znacznego pogorszenia stanu zdrowia, sprawności funkcjonalnej lub zgonu w ciągu najbliższych 2 lat i jest rekomendacją do przeprowadzenia COG

Tab. VIII. Geriatryczna Skala Oceny Depresji – wersja 15-punktowa wg Yesavage'a [35, 36]

Lp.	Proszę ocenić swoje samopoczucie w ciągu ostatnich 2 tygodni, zakreślając właściwą odpowiedź	
1.	Myśląc o całym swoim życiu, czy jest Pan(i) zadowolona(y)?	tak/nie
2.	Czy zmniejszyły się Pani(a) zainteresowania lub aktywność (ilość zajęć)?	tak/nie
3.	Czy ma Pan(i) uczucie, że Pani(a) życie jest puste?	tak/nie
4.	Czy często czuje się Pan(i) znudzona(y)?	tak/nie
5.	Czy zwykle jest Pan(i) w dobrym nastroju?	tak/nie
6.	Czy obawia się Pan(i), że może przydarzyć się Pani(u) coś złego?	tak/nie
7.	Czy przez większość czasu czuje się Pan(i) szczęśliwa(y)?	tak/nie
8.	Czy często czuje się Pan(i) bezradna(y)?	tak/nie
9.	Czy zamiast wyjść wieczorem z domu, woli Pan(i) w nim pozostać?	tak/nie
10.	Czy uważa Pan(i), że ma więcej kłopotów z pamięcią niż inni?	tak/nie
11.	Czy uważa Pan(i), że wspaniale jest żyć?	tak/nie
12.	Czy czuje się Pan(i) gorsza(y) od innych ludzi?	tak/nie
13.	Czy czuje się Pan(i) pełen/pełna energii?	tak/nie
14.	Czy uważa Pan(i), że sytuacja jest beznadziejna?	tak/nie
15.	Czy myśli Pan(i), że większości ludzi wiedzie się lepiej niż Pani(u)?	tak/nie

Za każdą odpowiedź 'wyłączoną' 1 punkt. Liczba punktów .../15

Interpretacja: 0-5 pkt. – bez depresji, 6-10 pkt. – depresja umiarkowana, 11-15 pkt. – depresja ciężka

winy lub poczucie kary, objawów fizycznych, w tym zmęczenia, utraty masy ciała i obniżenia libido. Aktualna wersja BDI-II z 1996 r. również zawiera 21 pytań, każda odpowiedź jest punktowana w skali od 0 do 3, jednakże znormalizowane wartości odcięcia różnią się od oryginału, pozwalając rozpoznać odpowiednio: minimalną (0-13), łagodną (14-19), umiarkowaną (20-28) i ciężką depresję (29-63) [37-39].

Jak wspomniano wcześniej, do pełnej oceny seniora z chorobą nowotworową wymagane jest oszacowanie jego funkcji poznawczych, do czego mogą służyć m.in.: test Folstein'a (*Folstein Mini Mental Status Examination* – MMSE), test Pfeiffer'a (*Short Portable Mental Status Questionnaire* – SPMSQ) czy *Blessed Orientation-Memory-Concentration Test* (BOMC).

Pierwszy z nich (MMSE) składa się z 30 pytań sprawdzających orientację co do miejsca i czasu, zdolność do zapamiętywania, liczenia i przypomnienia, uwagę, funkcje językowe, powtarzanie, zdolności wzrokowo-przestrzenne, a także wykonywanie złożonych czynności na polecenie ustne bądź pisemne. Test jest łatwy do przeprowadzenia i – co ważne w codziennej praktyce – nie jest czasochłonny, przeciętnie trwa ok. 5 minut [40].

Drugie z narzędzi, test SPMSQ opiera się na 10 zadaniach badających podobne do ww. zdolności pacjenta. Pierwsze 9 pytań wymaga krótkich odpowiedzi,

m.in. podania aktualnej daty, dnia tygodnia, nazwiska panińskiego matki, ostatnie zadanie polega na sprawnym liczeniu wstecz od 20 do 3. Normalne funkcjonowanie pod względem psychicznym rozpoznaje się, jeśli odpowiadający popełni do 2 błędów, a poważne upośledzenie funkcji poznawczych – jeśli 8 i więcej [41].

Ostatni z wymienionych testów, opracowany w 1983 r. przez Katzmana i wsp. test BOMC, pozwala w oparciu o 6 zadań, zdiagnozować objawy demenetywne w przypadku uzyskania 10 i więcej punktów [42].

Podsumowanie

Na zakończenie trzeba podkreślić, iż seniorzy ze zdiagnozowaną chorobą nowotworową wymagają opieki interdyscyplinarnej: onkologa, geriatry, często psychiatry i psychologa, pielęgniarki środowiskowej,

lekarza opieki paliatywnej i lekarza rodzinnego. Niewątpliwie istotnym ogniwem, a właściwie spoiwem, tego systemu opieki nad chorym onkologicznym, pozostaje właśnie lekarz podstawowej opieki zdrowotnej (POZ). Harmonijna współpraca wszystkich członków zespołu z lekarzem POZ poprawia często nie tylko skuteczność leczenia, ale i jakość życia pacjenta. Dotychczasowe doświadczenia płynące z badań na populacji seniorów pokazują, że dla wielu chorych po 70 r.ż. jakość życia, spełnienie funkcji rodzinnych i brak cierpienia – są dużo ważniejsze niż długość życia czy nawet rokowanie wyleczenia [13].

Źródło finansowania: Praca nie jest finansowana z żadnego źródła.

Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Piśmiennictwo / References

- Oken MM, Creech RH, Tormey DC, et al. Toxicity and response criteria of the Eastern Cooperative Oncology Group. *Am J Clin Oncol* 1982, 5(6): 649-655.
- Karnofsky DA, Abelmann WH, Craver LE, Burchenal JH. The use of the nitrogen mustards in the palliative treatment of carcinoma – with particular reference to bronchogenic carcinoma. *Cancer* 1948, 1(4): 634-656.
- Hartrick CT, Kovan JP, Shapiro S. The numeric rating scale for clinical pain measurement: a ratio measure? *Pain Pract* 2003, 3(4): 310-316.
- Krajnik M. Zasady oceny bólu u chorego na nowotwór. [w:] Chory na nowotwór – kompendium leczenia bólu. Malec-Milewska M, Krajnik M, Wordliczek J (red). Medical Education, Warszawa 2013: 33-43.
- Brookes GB. Nutritional status – a prognostic indicator in head and neck cancer. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1985, 93(1): 69-74.
- Van Bokhorst-de van der Schuer, Van Leeuwen PA, Kuik DJ, et al. The impact of nutritional status on prognoses of patient with advanced head and neck cancer. *Cancer* 1999, 86(3): 519-527.
- Demark-Wahnefried W, Platz EA, Ligibel JA, et al. The role of obesity in cancer survival and recurrence. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2012, 21(8): 1244-1259.
- Farrington N, Richardson A, Bridges J. Interventions for older people having cancer treatment: a scoping review. *J Geriatr Oncol* 2020, 11(5): 769-783.
- Eton DT, Anderson RT, Cohn WF, et al. Risk factors for poor health-related quality of life in cancer survivors with multiple chronic conditions: exploring the role of treatment burden as a mediator. *Patient Relat Outcome Meas* 2019, 10: 89-99.
- Yancik R, Ries LA. Cancer in older persons: an international issue in an ageing world. *Semin Oncol* 2004, 31(2): 128-136.
- Jemal A, Siegel R, Ward E, et al. Cancer statistics, 2009. *CA Cancer J Clin* 2009, 59(4): 225-249.
- Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o osobach starszych (Dz.U. 2015 poz. 1705).
- Bieńkuńska A (red). Jakość życia osób starszych w Polsce. GUS, Warszawa 2020.
- Ageing – exploding the myths. WHO, Geneva 1999.
- Takahashi M, Takahashi M, Komine K, et al. The G8 screening tool enhances prognostic value to ECOG performance status in elderly cancer patients: a retrospective, single institutional study. *PLoS One* 2017, 12(6): e0179694.
- Bellera CA, Rainfray M, Mathoulin-Pélissier S, et al. Screening older cancer patients: first evaluation of the G-8 geriatric screening tool. *Ann Oncol* 2012, 23(8): 2166-2172.
- Mathoulin-Pélissier S, Bellera CA, Rainfray M, Soubeyran P. Screening methods for geriatric frailty. *Lancet Oncol* 2013, 14(1): e1-e2.
- Decoster L, Van Puyvelde K, Mohile, et al. Screening tools for multidimensional health problems warranting a geriatric assessment in older cancer patients: an update on SIOG recommendations. *Ann Oncol* 2015, 26(2): 288-300.
- Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, et al. Studies of illness in the aged. The index of adl: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA* 1963, 185(12): 914-919.
- Miller MD, Paradis CF, Houck PR, et al. Rating chronic medical illness burden in geropsychiatric practice and research: application of the Cumulative Illness Rating Scale. *Psychiatry Res* 1992, 41(3): 237-248.
- Solomon D, Brown AS, Brummel-Smith K, et al. National Institutes of Health Consensus Development Conference statement: geriatric assessment methods for clinical decision-making. *J Am Geriatr Soc* 1988, 36(4): 342-347.
- Boyle HG, Alibhai S, Decoster L, et al. Update recommendations of the International Society of Geriatric Oncology on prostate cancer management in older patients. *Eur J Cancer* 2019, 116: 116-136.
- Chaibi P, Magne S, Breton S, et al. Influence of geriatric consultation with Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) on therapeutic decision in elderly cancer patients. *J Clin Oncol* 2009, 27(15 Suppl): 9505.

24. Huisinigh-Scheetz M, Walston J. How should older adults with cancer be evaluated for frailty? *J Geriatr Oncol* 2017, 8(1): 8-15.
25. Skalska A. Frailty – zespół słabości. Coś więcej niż starzenie się. *Geriatria i Opieka Długoterminowa* 2016, 4(7): 1-4.
26. Fried LP, Tangen CM, Walston J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2001, 56(3): M146-M156.
27. Puts MTE, Visser M, Twisk JW, et al. Endocrine and inflammatory markers as predictor of frailty. *Clin Endocrinol* 2005, 63(4): 403-411.
28. Clegg A, Young J, Iliffe S, et al. Frailty in elderly people. *Lancet* 2013, 381(9868): 752-762.
29. Fedyk-Łukasik M. Całościowa ocena geriatryczna w codziennej praktyce geriatrycznej i opiekuńczej. *Geriatria* 2015, 1: 1-5.
30. Saliba S, Elliott M, Rubenstein LZ, et al. The Vulnerable Elders Survey (VES 13): a tool for identifying vulnerable elders in the community. *J Am Geriatr Soc* 2001, 49(12): 1691-1699.
31. Bień B, Błędowski P, Broczek K. Standardy postępowania w opiece geriatrycznej. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego opracowane przez ekspertów Zespołu ds. Gerontologii przy Ministrze Zdrowia. *Gerontol Pol* 2013, 21(2): 33-47.
32. Berg AS, Rostoft S. Frailty indicators in older cancer patients. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2019, 139(18): 10.4045/tidsskr.18.0337.
33. Girre V, Falcou MC, Gisselbrecht M, et al. Does a geriatric oncology consultation modify the cancer treatment plan for elderly patients? *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2008, 63(7): 724-730.
34. Caillet P, Canoui-Poittrine F, Vouriot J, et al. Comprehensive geriatric assessment in the decision-making process in elderly patients with cancer: ELCAPA Study. *J Clin Oncol* 2011, 29(27): 3636-3642.
35. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res* 1982-83, 17(1): 37-49.
36. Geriatryczna Skala Oceny Depresji – „wersja 15 punktowa” wg Yesavage’a. <https://www.mp.pl/geriatria/skale/131463,geriatryczna-skala-oceny-depresji-wersja-15-punktowa-wg-yesavagea> (30.06.2020).
37. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, et al. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961, 4(6): 561-571.
38. Beck AT, Steer RA and Brown GK. Manual for the Beck Depression Inventory-II. Psychological Corporation 1996, San Antonio, TX.
39. Beck Depression Inventory-II (BDI-II). <https://www.psychcongress.com/saundras-corner/scales-screenersdepression/beck-depression-inventory-ii-bdi-ii> (30.06.2020).
40. Folstein ME, Folstein SE, McHugh PR. „Mini-mental status”. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975, 12(3): 189-198.
41. Pfeiffer E. A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *J Am Geriatr Soc* 1975, 23(10): 433-441.
42. Katzman R, Brown T, Fuld P, et al. Validation of a short Orientation-Memory-Concentration Test of cognitive impairment. *Am J Psychiatry* 1983, 140(6): 734-739.