

DGHO 2010

Geriatrische Onkologie

Besonderheiten bei hämatologischen Neoplasien

Prof. Dr. Ernst Späth-Schwalbe

Vivantes Klinikum Spandau

Klinik für Innere Medizin - Hämatologie, Onkologie



“alt” bei hämatologischen Neoplasien

AML ab 60 Jahren (Löwenberg NEJM 2009, ...)

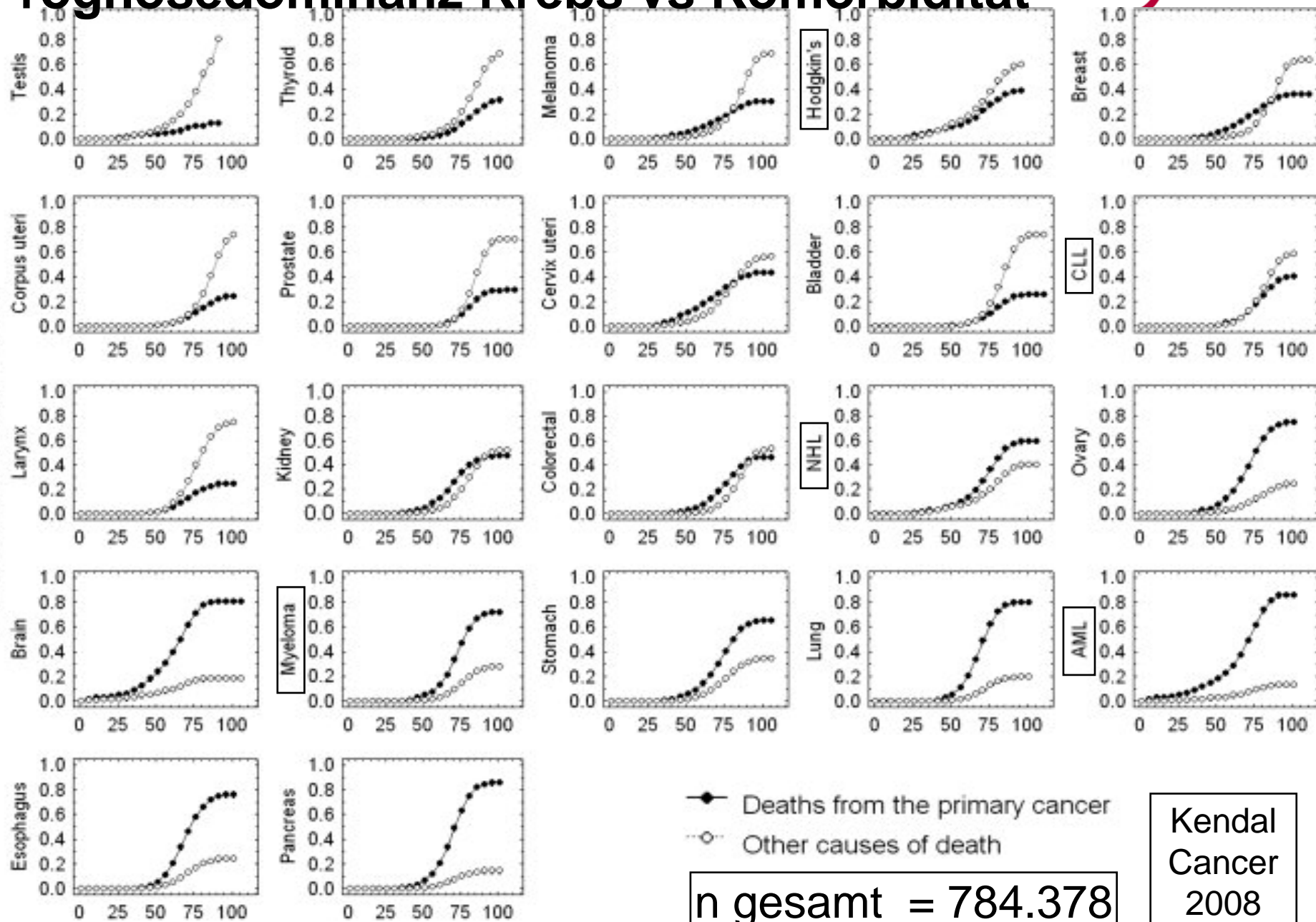
DLBCL ab 60 Jahre (Coiffier NEJM 2002, ...)

Plasmozytom ab 60-65 Jahre (Palumbo Lancet 2006, ...)

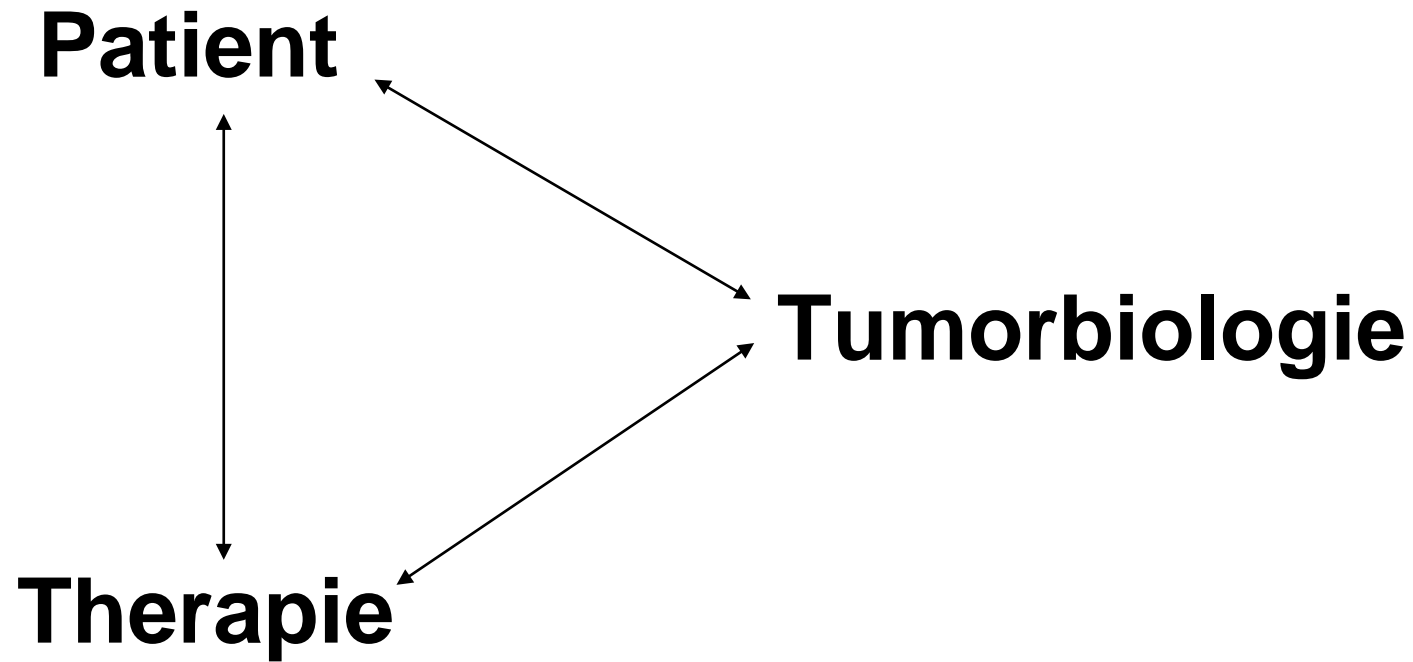
M. Hodgkin ab 60 Jahre (Halbsguth Blood 2010, ...)

Prognosedominanz Krebs vs Komorbidität

Cumulative probability of death



Attained age (years)





82jährige demente Frau aus dem Pflegeheim

(betreut)

mit Schwäche, Schmerzen

Hb 7,6 g/dl, Protein 105 g/l, Krea 1,3 mg/dl

60 % Gammaglobuline (IgG kappa)

50 % Plasmazellen im Knochenmark

Knochen-CT diffuse Osteoporose und WK-Frakturen

Diagnose: Plasmozytom Stad. III

Eigene Kohorte über 1 Jahr

N = 75 Malignomneudialagnosen bei über 74jährigen (ohne Hauttumoren)

= 30 % aller Tumorneudialagnosen
(Tendenz steigend)

davon **17 hämatologische Neoplasien (22 %)**

Eigene Kohorte über 1 Jahr

17 hämatologische Neoplasien

Hochmaligne NHL (2x ZNS-Lymphom)

Niedrigmaligne NHL

Plasmozytom

CMML

MDS

MPS

AML

M. Hodgkin

Eigene Kohorte über 1 Jahr
Altersspanne 75 bis 91

2 ohne **Komorbidity** (12 %)
Charlson-Index 2-8 (median 4)

5 mit **Zweitumor** (29 %)

2 mit **Demenz** (12 %)

Medikation bei über 64jährigen mit Krebs
n = 112 (solide und hämatologische
Neoplasien)

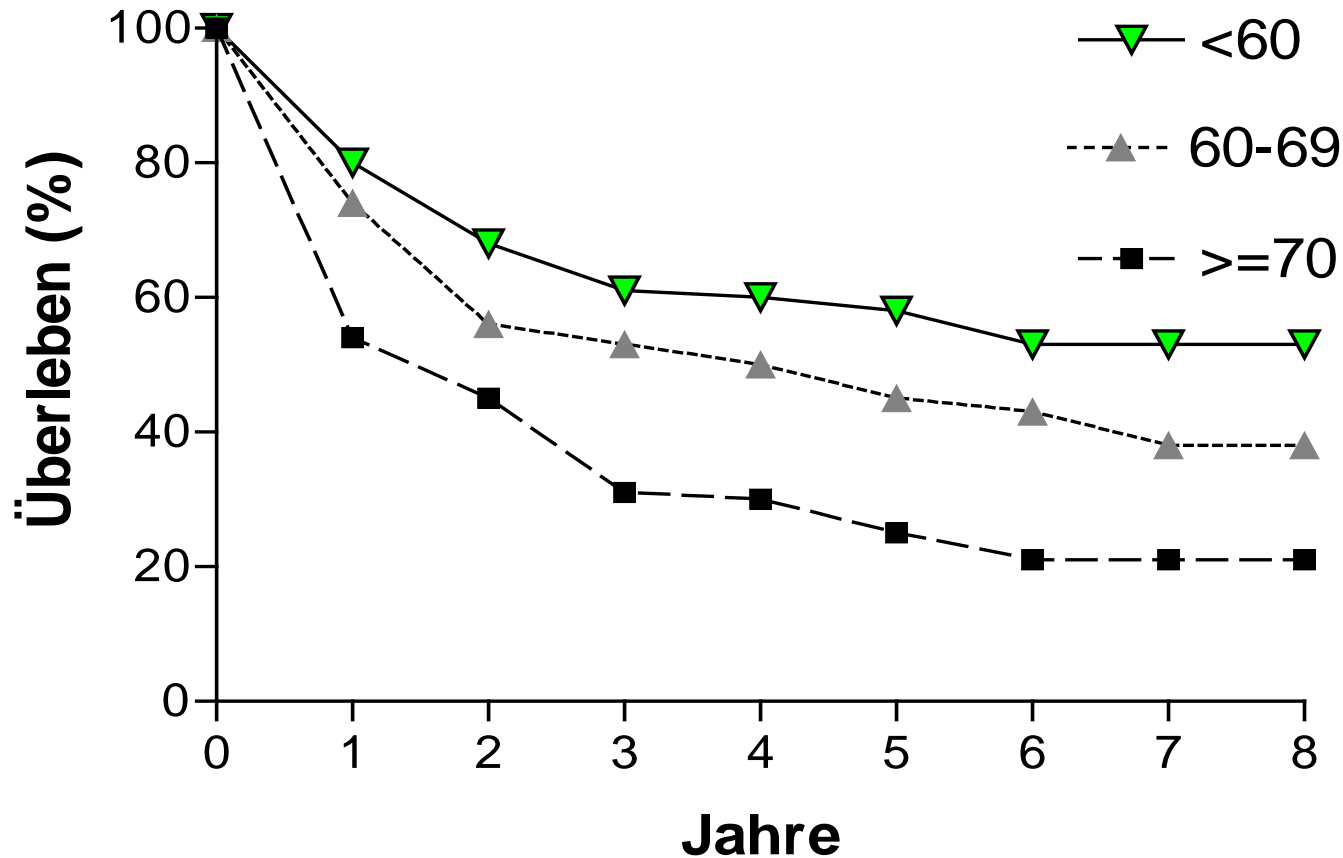
Mediane Zahl Medikamente 5 (baseline)

bei 50 % potentielle Medikationsgefahr

dabei Chemotherapie bei 12 % bedeutsam

Altersabhängiges Überleben

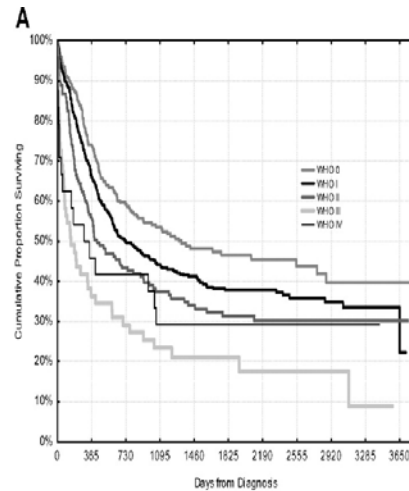
Hochmaligne B-Zell Non-Hodgkin Lymphome



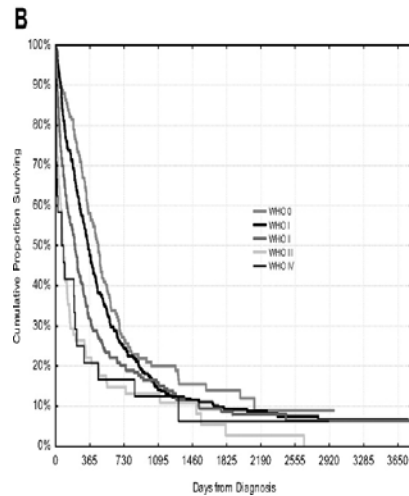
nach Coiffier et al. Ann Oncol 1997

Zur Anzeige wird der QuickTime™
Dekompressor „TIFF (Unkomprimiert)“
benötigt.

Figure 6 Overall survival according to WHO/ECOG performance status, only patients fit for intensive treatment



< 65 Jahre



65-79 Jahre

Juliusson, G. et al. Blood 2009;113:4179-4187

Eigene Kohorte

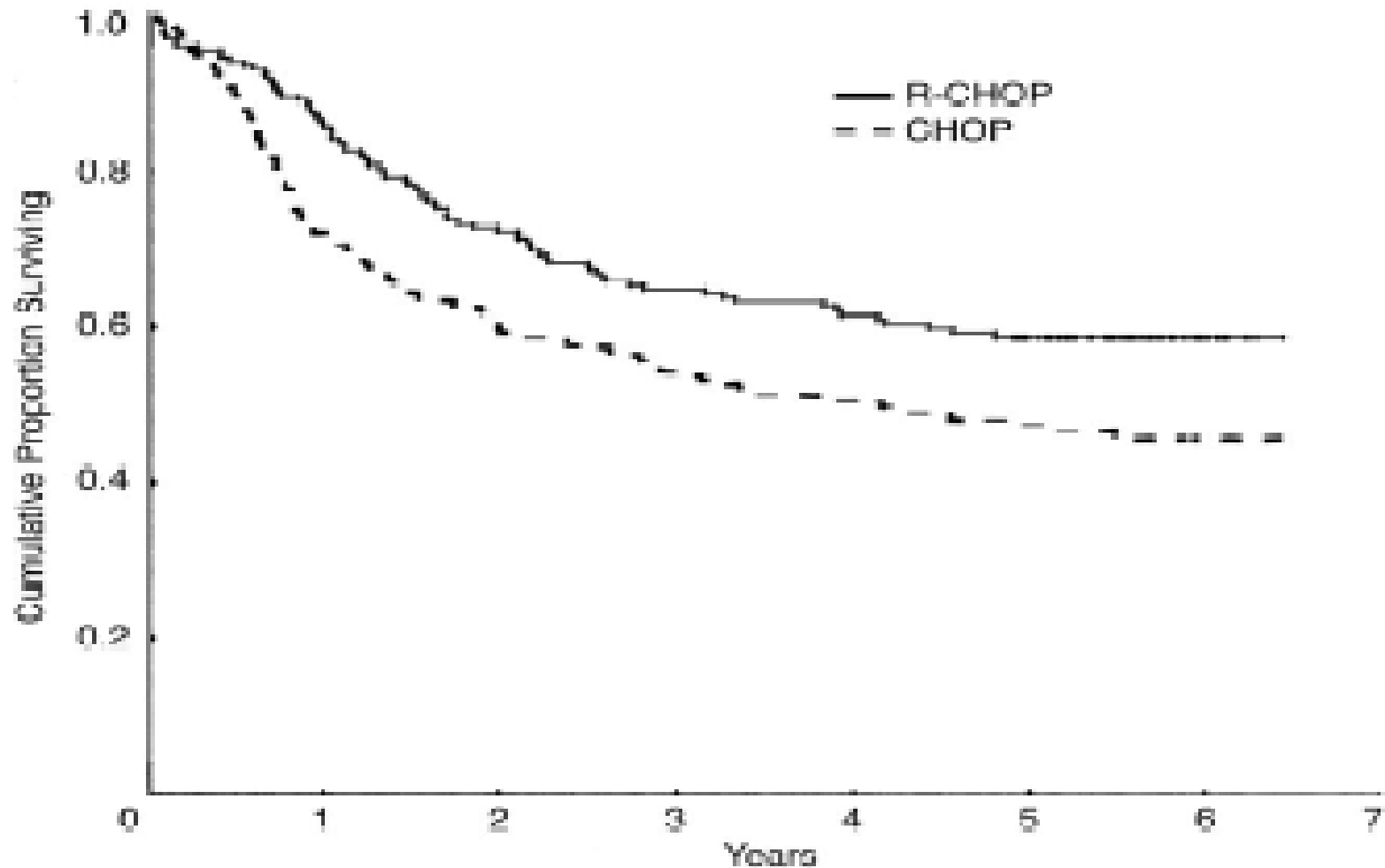
Tumorbehandlung alle bis auf 2 Patienten

**Chance: chemo- und strahlensensible
Tumoren !**

4 tödliche Infektionen, davon 3 Behandlungs-
assoziiert

Risiko: Häufig (schwere) Infektionen !

R-CHOP großzellig diffuse B-NHL (60-75 Jahre)



Behandlung lenkung mit klinischer Beurteilung
vs. mit geriatrischem Assessment

Großzellig diffuse B-NHL n = 84 (>65 Jahre)

50 % “fit” - alle Standardtherapie

50 % “unfit” - davon 20 Standardtherapie
22 “Palliativtherapie”



Behandlungslenkung mit klinischer Beurteilung vs. mit geriatrischem Assessment

RR fit vs unfit 93 vs 49 % ($p < 0.0001$)

Med. ÜL fit vs unfit > 16 vs 8 Monate ($p < 0.0001$)

“unfit”

Standardtherapie vs “Palliativtherapie”
8 vs 7 Monate (n.s.)

Tucci Cancer 2009

ähnliche Ergebnisse n = 200 Krebspatienten

Wedding Crit Rev Oncol Hematol 2007

Behandlungsziel palliativ

Literatur:

Lebensqualität >> Lebensverlängerung

Wedding Eur J Cancer 2007 (Review)

Wijk Am J Hosp Palliat Care 2008

Auf Geriatrischem Assessment basierte Interventionen verbessern Lebensqualität

Maas Eur J Cancer 2007 (Review)

Zusammenfassung (1)

- zunehmend hohe Zahl und Anteil (sehr) alter Patienten mit hämatologischen Neoplasien
- hämatologische Definition für “alt”
- hohe Komorbiditätslast (> Zweittumore)
- Komedikation überprüfen



Zusammenfassung (2)

- mit zunehmendem Alter schlechtere Prognose (Tumorbiologie ! ?)
- Kuration durch Systembehandlung bzw. Strahlentherapie bei einigen Entitäten
- Infektionsrisiko hoch (> unter Chemotherapie) Goldberg JCO 2010
- Geriatriisches Assessment hilfreich für Behandlungslenkung (!?)

Zusammenfassung (3)

- Standardtherapie für jüngere und fitte Alte (bis 80 Jahre)
- Adaptierte (palliative) Chemotherapien und rein Symptomorientierte Behandlungen wenig systematisch untersucht
- junge Patienten: Therapie individualisiert nach Tumorbiologie
- alte Patienten: Behandlung individualisiert nach Patient, soziale Einbindung und Tumorbiologie