Choroby nowotworowe u osób w wieku podeszłym

Tekst - ***lek. med Aleksandra Orylska*** - specjalista Chorób Wewnętrznych oraz Specjalista Geriatrii pracuje w Katowickim Centrum Onkologii od 2009 roku jako Zarządzająca Oddziałem Geriatrii.

Starzenie się jest naturalnym, fizjologicznym procesem dotyczącym każdego organizmu. Jego istota polega na obniżaniu zdolności do samoregeneracji i odtwarzania komórek, powodując stopniowy spadek funkcjonalności tkanek, narządów i układów organizmu.

Zmiany zachodzące w starzejących się komórkach naśladują procesy karcynogenezy (tworzenia się komórek
nowotworowych). Nie oznacza to, że starzejąca się komórka staje się od razu komórką nowotworową, ale wiąże się ze zwiększonym ryzykiem rozwinięcia nowotworu w przypadku zadziałania niekorzystnych czynników karcynogennych (np. stres, obniżenie odporności, infekcje, urazy, środki chemiczne, itp). Wydłużający się okres życia, który zawdzięczamy zarówno rozwojowi nauki i technologii, jak i świadomości zdrowotnej społeczeństwa powoduje, iż procesy karcynogenezy (przebiegające czasami wiele lat) zostają zakończone, dając kliniczną manifestację w postaci choroby nowotworowej.

Częstość chorób nowotworowych wzrasta wykładniczo wraz z wiekiem. Dane statystyczne wskazują, że ok. 60-70% pacjentów onkologicznych stanowią osoby po 60 roku życia. Wskaźniki demograficzne, prognozujące dalszy wzrost w populacji osób starszych, przewidują podwojenie liczby rozpoznanych nowotworów w tej grupie pacjentów w przeciągu najbliższych 15-20 lat. Choroby nowotworowe mieszczą się w grupie najczęściej diagnozowanych w geriatrii, zaraz po chorobach układu sercowo-naczyniowego, degeneracyjnych mózgu i układu kostno-stawowego.

Do najczęściej rozpoznawanych nowotworów należą:
1. Rak płuc (ok. 30% chorych stanowią osoby powyżej 60 r.ż., najczęściej rozpoznawany w wieku 60-70 lat),
2. Rak sutka u kobiet (wzrost zachorowalności po 50 r.ż., czterokrotnie częściej rozpoznawany w wieku 60-79 lat),
3. Rak żołądka, trzustki, jelit - głównie jelita grubego (wzrost zachorowalności po 80 r.ż.),
4. Rak gruczołu krokowego (stwierdzany u co czwartego mężczyzny po 70 r.ż.),
5. Rak nerki, pęcherza moczowego (wzrost zachorowalności po 60 r.ż, częściej u mężczyzn),
6. Rak n. rodnych u kobiet - macicy, jajników, sromu (wzrost zachorowalności po 50 r.ż.),
7. Szpiczak mnogi – plasmocytoma (najczęściej rozpoznawalny po 50 r.ż),
8. Przewlekła białaczka limfocytowa (występuje głównie u osób starszych po 60 r.ż.),
9. Znacznie częściej występują nowotwory skóry (z wyjątkiem czerniaka)

Objawy kliniczne chorób nowotworowych, podobnie jak innych schorzeń nie różnią się od dolegliwości występujących u osób młodszych, inna jednak jest ich ekspresja. Często przebieg dolegliwości jest subkliniczny („niepełnoobrazowy"), zwłaszcza gdy występuje wielochorobowość i polipragmazja, powodując wzajemne nakładanie się objawów. Charakterystyczną cechą w wieku podeszłym jest występowanie niewydolności mózgowej, jako jednej z pierwszych reakcji toczących się stanów chorobowych. Jeżeli obserwujemy u starszej osoby widoczne zmiany w postaci zaburzeń zachowania czy „zmiany charakteru", zaburzenia urojeniowe, problemy z pamięcią czy zaburzenia emocjonalne (np. obniżenie nastroju, spadek aktywności), to w pierwszej kolejności należy wykluczyć obecność rozwijającej się choroby somatycznej. Również objawem, który nie koreluje z obecnością schorzeń jest tzw. nieprawidłowy ubytek masy ciała (chudnięcie). Ze względu na naturalne procesy starzenia, w tym „przebudowę" mięśni (zmniejszenie ilości włókien mięśniowych na rzecz tkanki tłuszczowej) spadek masy ciała może mieć charakter fizjologiczny i, o ile inne wskaźniki nie potwierdzają obecności chorób, nie jest objawem chorobowym.

Zarazem jednak, diagnozując i lecząc chorych z powodu schorzeń nienowotworowych, ujawnia się obecność zmian nowotworowych, stwierdzanych na tyle wcześnie, iż podjęcie terapii przynosi znaczne korzyści. Niewątpliwym dość czułym, wczesnym markerem mogącym sygnalizować rozwijającą się chorobę nowotworową jest niedobór żelaza (poprzedzający wystąpienie niedokrwistości), stąd też w geriatrii określanie tego wskaźnika mieści się w zakresie badań podstawowych. Również obecność przewlekających się lub nawracających infekcji wielokroć jest związana z rozwijającym się nowotworem. Niewątpliwie najpoważniejszym „błędem diagnostycznym" i niestety powtarzającym się dość często, jest przypisywanie wszelkich dolegliwości i zaburzeń wiekowi. Pamiętajmy, że zdrowa starość nie boli, nie zapomina, nie dokucza i funkcjonuje samodzielnie, choć w swoim indywidualnym rytmie.

Starzenie się populacji, wzrost liczby zachorowań na nowotwory, odmienność fizjologii i patologii u osób starszych, a co za tym idzie odrębność terapii, doprowadziły do powstania nowej dyscypliny medycznej, jaką jest onkologia geriatryczna. Skuteczność obecnych metod leczenia onkologicznego u młodszych pacjentów, w przypadku choroby nowotworowej o przewlekłym przebiegu, spowoduje, że z czasem będą oni wymagali wsparcia lekarza geriatry.

Zlecanie diagnostyki i terapii onkologicznej na podstawie wieku kalendarzowego i ogólnego stanu klinicznego obarczone jest dużym błędem. Bardzo różnorodny przebieg starzenia się i odmienny stopień dysfunkcji organizmu u osób starszych wymaga indywidualnej oceny ryzyka terapii onkologicznej. Zachodzące z upływem lat procesy fizjologiczne prowadzące do zmian w funkcjonowaniu układu pokarmowego, nerwowego, nerek czy szpiku kostnego, a zarazem obecne schorzenia współistniejące zwiększają ryzyko działań niepożądanych. Stosowanie wielu leków (polipragmazja), dodatkowych niefarmaceutyków (np. zioła), czy złe nawyki żywieniowe stanowią dodatkowe zagrożenia w trakcie leczenia onkologicznego. Analiza tych danych klinicznych może przyczynić się do zaplanowania działań, które zmniejszą stopień utraty sprawności i ograniczą dodatkowe wizyty lekarskie, pielęgniarskie i hospitalizacje.

Onkologia geriatryczna opiera się na wielowymiarowym i wielodyscyplinarnym podejściu do chorych na nowotwory. Podstawą jej działania są cztery zasady:
- zachowanie autonomii chorego,
- odnoszenie przez chorego rzeczywistej korzyści klinicznej w trakcie terapii,
- nieszkodzenie choremu,
- sprawiedliwości w podejmowaniu decyzji.

Dlatego wieloletnie badania i analizy doprowadziły do stworzenia Całościowej Oceny Geriatrycznej (COG), która pozwala na kompleksową ocenę pacjenta, z wykryciem obecnych u niego zaburzeń klinicznych, funkcjonalnych, psychicznych i socjalnych. Pozwala to na wyodrębnienie chorych, którzy pomimo wieku mogą otrzymać pełną terapię onkologiczną (bez zwiększonego ryzyka powikłań) oraz tych osób, które kwalifikują się jedynie
do leczenia paliatywnego. Określenie tzw. wieku funkcjonalnego (nie metrykalnego) umożliwia podjęcie decyzji terapeutycznych i zaplanowanie procedur optymalizujących stan chorego przed terapią onkologiczną, zmniejszając ryzyko powikłań lub przerwania leczenia. Ocena taka przeprowadzana jest w oddziałach geriatrycznych i wymaga współpracy zarówno lekarzy geriatrów, jak i fizjoterapeutów, psychologa, pielęgniarek a często też lekarzy innych specjalności - neurologa, psychiatry, okulisty, ortopedy. Kompleksowa ocena chorego w znacznym stopniu umożliwia przeprowadzenie bezpiecznej diagnostyki i terapii onkologicznej.

Artykuł pochodzi z nr 2(2) 2018 kwartalnika KCO dla Pacjentów Katowickiego Centrum Onkologii.
Kopiowanie i wykorzystywanie całości lub fragmentów publikacji bez zgody Katowickiego Centrum Onkologii jest zabronione.

Data utworzenia
16-10-2018 (Michał Pisula)
Data modyfikacji
16-10-2018 (Michał Pisula)
Data publikacji
16-10-2018