

15<sup>e</sup> REGIONAAL SYMPOSIUM LOC - KANKER BIJ OUDEREN

## Geriatrische evaluatie als begeleiding bij keuze behandelingsstrategie



dr. Marie-Louise van Leeuwen, geriatr

Parallel met de sterke vergrijzing zien we een uitgesproken toename van het aantal oudere patiënten met kanker. Juist bij deze oudere patiënten is behandeling op maat van de patiënt essentieel. Biologische leeftijd is hierbij niet de juiste leidraad, functionele leeftijd daarentegen wel. Het bepalen van de functionele leeftijd vormt een uitdaging voor de toekomst. In afwezigheid van biologische parameters dient hiervoor een beroep gedaan te worden op zorgverleners met specifieke kennis binnen dit domein.

### Impact van veroudering op oncologie

Waar kanker bij de jongere patiënt doorgaans de enige pathologie betreft die het klinisch beeld domineert en potentieel dodelijk is, gaat het bij een geriatrische patiënt vaak over een co-existentie van verschillende ziekte-toestanden en handicaps. Andere ziekte-toestanden dan de oncologische problematiek kunnen de levenskwaliteit veel meer beïnvloeden. Bij oudere patiënten zien we ook een grote inter-individuele variabiliteit in tolerantie van de behandeling. Bovendien worden geriatrische patiënten zwaar ondervertegenwoordigd in klinische trials. Een vraag die bij deze patiënten primeert is of het hoofddoel van de behandeling overleving betreft of veeleer levenskwaliteit.

### Geriatric assessment

Het doel van de geriatrische evaluatie is een verbetering van enerzijds de diagnostische accuraatheid en anderzijds de verlenging van de kwalitatief goede levensjijd. De evaluatie

kan voor de behandelende arts een begeleiding vormen in de keuze tussen verschillende behandelingsstrategieën. Hiernaast zullen er aanbevelingen gedaan worden rond een optimale zorgomgeving zowel binnen als buiten het ziekenhuis. De geriatrische evaluatie heeft al bewezen bij te kunnen dragen tot een vermindering van de jaarlijkse kosten van de gezondheidszorg, tot een verminderde nood aan acute hospitalisatie en institutionalisering en tot verlenging van de overleving.

Na identificatie van de patiënten die nood hebben aan geriatrische ondersteuning volgt de uitgebreide evaluatie. Om de patiënten te identificeren wordt van de behandelend arts en zijn team gevraagd iedere patiënt te screenen door middel van score-systemen zoals het GRP (Geriatrisch Risico Profiel). De multidisciplinaire evaluatie naar co-morbiditeit, functionele beperkingen, de psychocognitieve toestand en sociale situatie wordt uitgevoerd door een team. Dit team bestaat uit een geriatrisch verpleegkundige, ergotherapeut, kinesist, sociaal assistent, geriatr, aangevuld met de disciplines in functie van de problematiek van de patiënt (diëtist, psycholoog, ..).

De effectiviteit van de evaluatie berust op 2 peilers. Enerzijds de beschikbaarheid van het specifieke team: voor gehospitaliseerde patiënten kan dit voorzien worden door het team van liaison geriatrie, voor ambulante patiënten is hiervoor het geriatrisch dagziekenhuis zeer geschikt. Anderzijds dient na de evaluatie een actieve implementatie van het geriatrisch interventie programma te gebeuren in combinatie met follow-up.



### Belgian Minimum Geriatric Screening Tools

Het team bekijkt de patiënt holistisch. Dit wil zeggen dat men een zo breed mogelijk beeld van de patiënt probeert te krijgen om de beperkingen op alle domeinen te identificeren. Het college van geriatrie stelde hiervoor een screenings batterij samen, de BGMST (Belgian Minimum Geriatric Screening Tools). De BMGST is samengesteld uit een aantal screeningtools die in de geriatrie gebruikt worden om op een efficiënte wijze de pijnpunten bij een patiënt te identificeren:

- Zo wordt er gebruik gemaakt van de Katz-schaal om een beeld te krijgen van de basisactiviteiten van het dagelijks leven (B-ADL), die het mogelijk maken voor een patiënt om zelfstandig te functioneren.
- De klok-teken-test en Mini-Mental State examination (MMSE) worden gebruikt om de cognitieve toestand in kaart te brengen.

- De Lawton-schaal wordt gebruikt om de instrumentele activiteiten van het dagelijks leven (I-ADL) te evalueren die het mogelijk maken voor een patiënt om zelfstandig te wonen.
- Er wordt ook gekeken naar de gemoedstoestand, sociale problemen, voedingstoestand, pijn en fragiliteit.
- Ook zal een evaluatie van de chronische thuismedicatie lijst gebeuren, dit om polyfarmacie tot een minimum te beperken, geneesmiddelen interacties te voorkomen en de therapietrouw van de patiënt te optimaliseren.

Na volledige evaluatie en identificatie van de te verwachten problemen volgt een rapport naar de behandelende arts, huisarts of oncoloog. De behandelende arts blijft degene die beslist over de behandelingsstrategie en de interventies van paramedische diensten. Idealiter voorziet men in een follow-up van de patiënten ook op geriatrisch vlak.

### BESLUIT

Op aanbeveling van de International Society of Geriatric Oncology dient bij iedere patiënt ouder dan 70 jaar een screening te gebeuren naar nood aan geriatrische ondersteuning. De multidisciplinaire evaluatie door liaison-geriatrie teams en het dagziekenhuis geriatrie is een geschikt medium om ongeïdentificeerde problemen te detecteren, de functionele toestand te ondersteunen en waar mogelijk verbeteren. Aanpassing van het therapeutisch beleid gericht op optimalisatie van de kwaliteit van leven, eerder dan de kwantiteit van leven is een boeiende uitdaging die in de komende jaren veel aandacht zal vragen van alle medici en paramedici die betrokken zijn in de zorg voor onco-geriatrische patiënt.

## Nieuwe artsen

dr. Isabel Dhollander  
neurologe  
sinds 6 september 2010dr. Annelies Gillis  
oogarts  
sinds 1 oktober 2010dr. Erika Wisanto  
anatoom-patholoog  
sinds 1 oktober 2010dr. Jean-Luc Loncke  
acute geneeskunde  
sinds 1 november 2010dr. Joan Veldman  
gynaecologe  
sinds 1 november 2010