



Generalitat de Catalunya
Departament
de Salut



ICO
Institut Català d'Oncologia

I JORNADA CATALANA D'ONCOGERIATRIA

“Avançant cap a l'atenció integral multidisciplinària del pacient gran amb càncer”

30 de Novembre de 2018

Barcelona

Acadèmia de Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya i de Balears

Organitza: Grup de treball d'Oncogeriatría de la Societat Catalana de Geriatria i Gerontologia





30 de Novembre de 2018
Barcelona
Acadèmia de Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya i de Balears

Organitzat: Grup de treball d'Oncogeriatria de la Societat Catalana de Geriatria i Gerontologia



11.45-13.45h Atenció integral multidisciplinària del malalt onco geriàtric en la seva trajectòria. Necessitats emergents i capacitat de resposta.

Moderadora: Dra Remei Blanco. Oncologia mèdica. Hospital de Terrassa. Consorci Sanitari de Terrassa .

- Tractament oncoespecífic. **60 minuts.**

-Tractament quirúrgic . Dra. Roser Farré . Cirurgia general i digestiva, esofago-gàstrica i bariàtrica. Fundació Althaia, Manresa. **20 minuts.**

-Tractament oncoespecífic sistèmic. Dra Juana Saldaña. Oncologia mèdica. Institut Català d'Oncologia. **20 minuts.**

-Tractament radioteràpic . Dr J. Giralt. Oncologia radioteràpica. Hospital Vall d'Hebron. **20 minuts.**

Atenció integral multidisciplinària del malalt onco geriàtric en la seva trajectòria. Necessitats emergents i capacitat de resposta

Tractament oncoespecífic sistèmic

Juana Saldaña
Oncologia Mèdica
ICO-L'Hospitalet



Atenció integral multidisciplinària del malalt onco geriàtric en la seva trajectòria.

Necessitats emergents i capacitat de resposta



- Equip multi i interdisciplinari
- Treball integrat
- Coneixement del malalt
- Coneixement dels instruments
- Coneixement del càncer
- Coneixement del tractament
- Intervencions
- Seguiment

Equip multi i interdisciplinari. Treball integrat

Experiència
PER PATOLOGIES

- Tècniques
- Tractaments
- Evidències

Detecció/Prevenció/Suport
Intervenció/Seguiment

- Sortida

- Entrada



Serveis

- Multimodal pel càncer
- Multimodal pel suport
- Multimodal pels recursos

Actuar de la millor manera possible

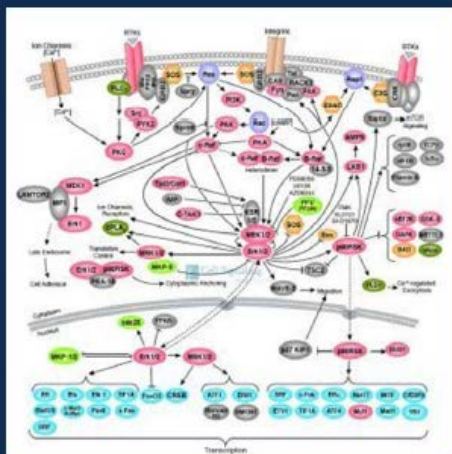


Equip i treball. Precisió



Geriatric oncology=personalized medicine

Tumor-centric



Patient-centric



Heterogeneïtat
dels càncers

Heterogeneïtat
dels pacients



Equip i treball. Consideracions pel maneig

- Expectativa real de vida
- Valoració Geriàtrica
- Riscs/Beneficis del tractament
- Tolerància al tractament
- Prevenció i suport
- Preferències
- Compliment
- Barreres



Equip i treball. Decisió de tractar

L'edat **por sí sola**



suposa **contraindicació**

Plantejament
oncoespecífic

La fragilitat **por sí sola**



ha de **excloure**

Potencial millora
Qualitat de vida
Supervivència

Coneixement del malalt

1. El pacient es morirà del càncer o amb el càncer?
2. El pacient té una supervivència llarga per patir les complicacions clíniques del càncer?
3. El pacient pot aguantar el tractament?



Malalt. Necessitat d'identificar



FORT

SEMBLA FORT

Adversos greus

Pla adaptat

FRÀGIL

SEMBLA FRÀGIL

Es pot beneficiar

Pot tolerar



Malalt



Reserva de medul·lar

Sensibilitat a tòxics

Disminució de l'Hb

Absorció

Metabol

Eliminació

Volum distribució

Polifarmàc Mitjana 4 f/p

Depressió

Alteracions sensorials

Dificultat en l'atenció

Seqüeles

Nuclis familiars fràgils

Pacient cuidador

Solitud

Precarietat econòmica

Funció Relació amb la sv

Relació amb el càncer

Major risc de toxicitats

Morbiditat Relació amb la sv

Augmenta amb l'edat

Modifica l'eficàcia dels tments

Canvi de dosis antineoplàsics

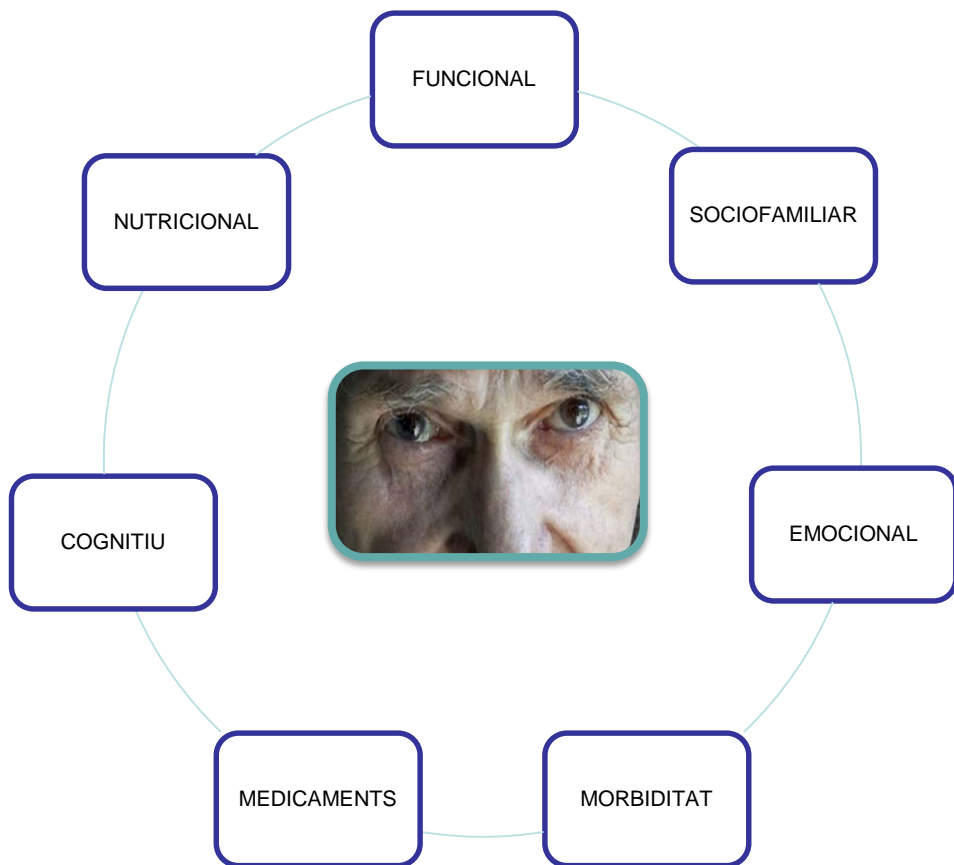
Complicacions

Coneixement dels Instruments

- Instruments per estimar el risc de mortalitat
 - eprognosis.com
 - Adjuvant online
- Instruments per valorar vulnerabilitat
 - cribratges
- Instruments per decidir si tractem
 - valoració geriàtrica
- Instruments per predir toxicitat
 - CRASH/CARG
- **Guies clíniques:** NCCN, ASCO, ESMO, SEOM



Instruments. Valoració geriàtrica i càncer



DOMINIS	ESCALES
Funcional	Barthel / Katz Lawton y Brody
Funció física	Escala FRAIL SPPB Timed Up and Go Test TUG
Situació cognitiva Situació emocional	Pfeiffer/MMSE GDS Yesavage
Situació sociofamiliar	Gijón/TIRS
Estat nutricional	MNA IMC Pèrdua de pes no intencionada
Morbidity	CIRS-G Charlson
Medicaments	Polifarmàcia, criteris STOP-START

Instruments. Valoració geriàtrica i càncer



J Clin Oncol. 2014 Aug 20;32(24):2595-603.

International Society of Geriatric Oncology consensus on geriatric assessment in older patients with cancer.

Wildiers H, Heeren P, Puts M, Topinkova E, Janssen-Heijnen ML, Extermann M, Falandry C, Artz A, Brain E, Colloca G, Flamaing J, Karnakis T, Kenis C, Audisio RA, Mohile S, Repetto L, Van Leeuwen B, Milisen K, Hurria A.



Clinical and Translational Oncology (2018) 20:1246–1251
<https://doi.org/10.1007/s12094-018-1856-x>

CLINICAL GUIDES IN ONCOLOGY



General recommendations paper on the management of older patients with cancer: the SEOM geriatric oncology task force's position statement

R. Gironés Sarrió¹ · M. Antonio Rebollo² · M. J. Molina Garrido³ · C. Guillén-Ponce⁴ · R. Blanco⁵ · E. Gonzalez Flores⁶ · J. Saldaña² · On behalf of the Spanish Working Group on Geriatric Oncology of the Spanish Society of Medical Oncology (SEOM)

Received: 18 February 2018 / Accepted: 2 March 2018 / Published online: 9 April 2018
© The Author(s) 2018

Instruments. Cribatge vulnerabilitat



Ann Oncol. 2015 Feb;26(2):288-300. doi: 10.1093/annonc/mdu210. Epub 2014 Jun 16.

Screening tools for multidimensional health problems warranting a geriatric assessment in older cancer patients: an update on SIOG recommendations†.

Decoster L¹, Van Puyvelde K², Mohile S³, Wedding U⁴, Basso U⁵, Colloca G⁶, Rostoft S⁷, Overcash J⁸, Wildiers H⁹, Steer C¹⁰, Kimmick G¹¹, Kanesvaran R¹², Luciani A¹³, Terret C¹⁴, Hurria A¹⁵, Kenis C¹⁶, Audisio R¹⁷, Extermann M¹⁸.

Es va identificar 44 estudis que van informar sobre 17 eines diferents de detecció en pacients grans amb càncer

Les més estudiades són el G8, el VES 13 i el fTRST

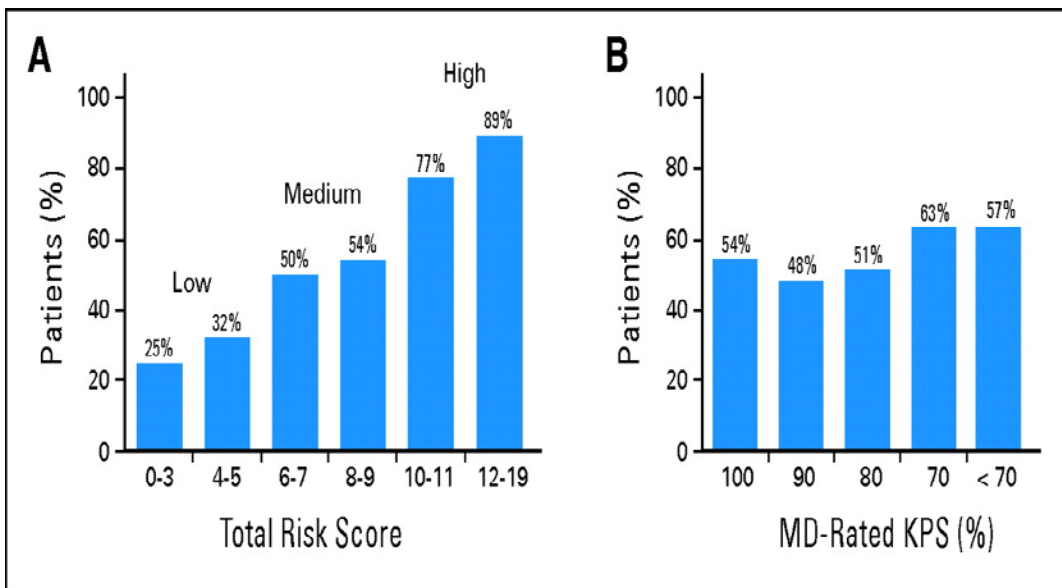


Instruments. Valoració geriàtrica i toxicitat

J Clin Oncol. 2016 Jul 10;34(20):2366-71. doi: 10.1200/JCO.2015.65.4327. Epub 2016 May 16.

Validation of a Prediction Tool for Chemotherapy Toxicity in Older Adults With Cancer.

Hurria A¹, Mohile S², Gajra A², Klepin H², Muss H², Chapman A², Feng T², Smith D², Sun CL², De Glas N², Cohen HJ², Katheria V², Doan C², Zavala L², Levi A², Akiba C², Tew WP².



Predictive Model

Risk factors for Gr. 3-5 Toxicity	OR (95% CI)	Score
Age ≥ 72 yrs	1.8 (1.2-2.7)	2
GI/GU cancer	2.2 (1.4-3.3)	2
Standard dose	2.1 (1.3-3.5)	2
Poly-chemotherapy	1.8 (1.1-2.7)	2
Hemoglobin (male: <11, female: <10)	2.2 (1.1-4.3)	3
Creatinine Clearance (Jelliffe –ideal wt) <34	2.5 (1.2-5.6)	3
1 or more falls in last 6 months	2.3 (1.3-3.9)	3
Hearing impairment (fair or worse)	1.6 (1.0-2.6)	2
Limited in walking 1 block (MOS)	1.8 (1.1-3.1)	2
Assistance required in medication intake	1.4 (0.6-3.1)	1
Decreased social activity (MOS)	1.3 (0.9-2.0)	1

Possible score range: 0-23

Coneixement del malalt, càncer i tractament

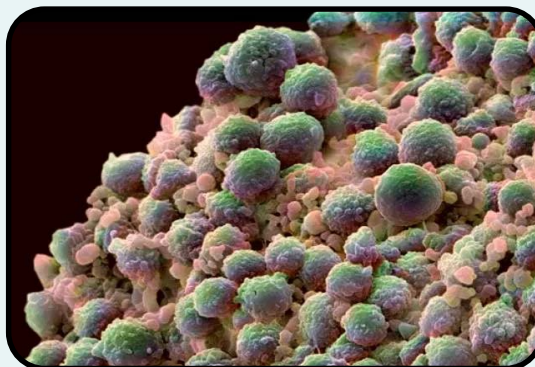


Depèn del pacient

Capacitat funcional

Expectativa de vida

Tolerància al tractament



Depèn del càncer

Agressivitat

Riscos de complicacions urgents

Risc de mort



Depèn del tractament

Eficàcia demostrada a la població gran

Toxicitat esperada a la població gran

Coneixement del càncer

1. Histologia
2. Tipus molecular
3. Estadificació
4. Agressivitat

Càncer. Diferències

Breast Cancer Subtypes and Age



- Histologies més indolents
- 84 % RRHH+ 65-74 a
- 91 % RRHH+ > 85 a
- Menors índex de proliferació
- Expressió normal p53
- No expressió HER1, HER2
- 20-30 % fenotip agressiu

Diab SG, J Natl Cancer Inst 92: 550-556,2000

Crivellari D et al, J Clin Oncol 25:1882-1890

Càncer. Diferències

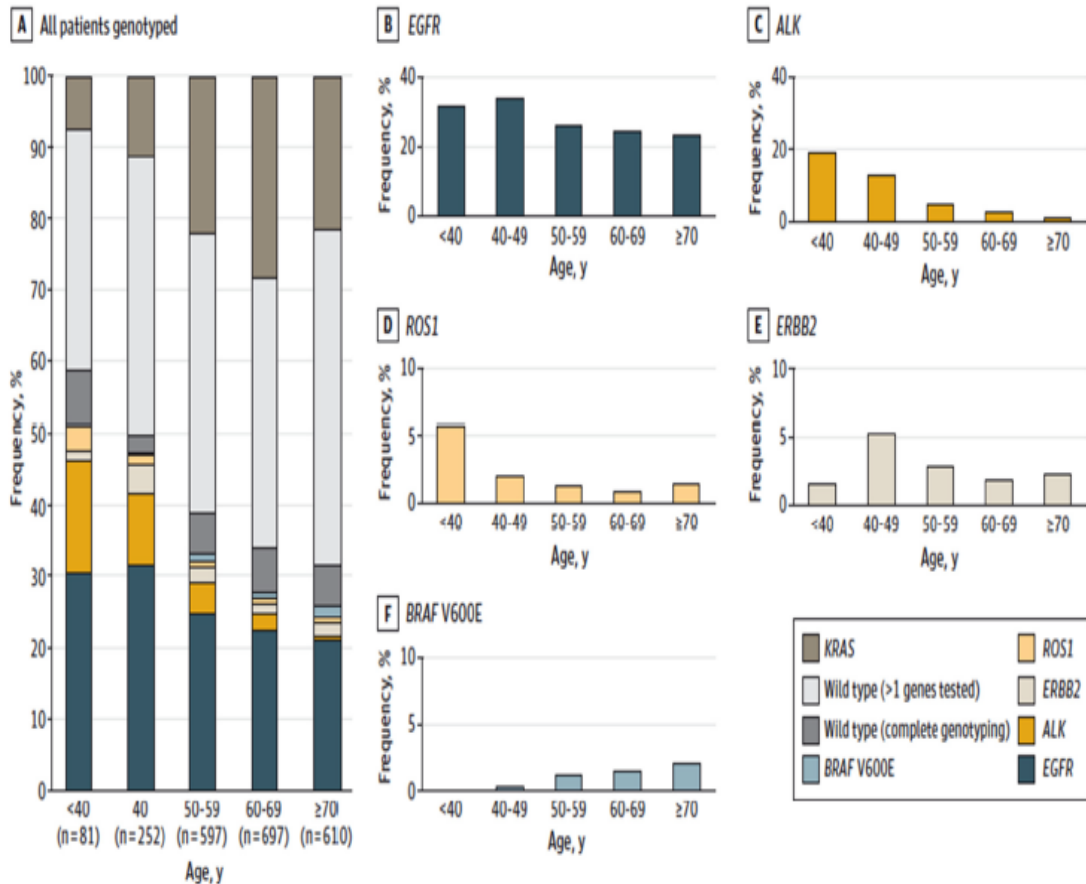
Original Investigation

Association Between Younger Age and Targetable Genomic Alterations and Prognosis in Non-Small-Cell Lung Cancer

Adrian G. Sacher, MD; Suzanne E. Dahlberg, PhD; Jennifer Heng, BS; Stacy Mach, BA; Pasi A. Jänne, MD, PhD; Geoffrey R. Oxnard, MD

- Institutional database between January 1, 2002, and January 1, 2014 on 2237 eligible patients with NSCLC and tumor genotyping results
- 712 patients (32%) possessed a targetable genomic alteration (ie, EGFR kinase mutation, ALK or ROS1 rearrangement, ERBB2 kinase mutation, or BRAFV600E

JAMA Oncology Published online December 17, 2015



Those younger than 54 years (the 25th percentile) had a 46% higher frequency of targetable genotypes compared with those in the upper quartiles

59% increased chance of detecting a targetable alteration in a patient younger than 50 compared with an older patient



Estadificació del càncer

Primary tumour (T)

TX	Primary tumour cannot be assessed, or tumour proven by the presence of malignant cells in sputum or bronchial washings but not visualised by imaging or bronchoscopy
T0	No evidence of primary tumour
Tis	Carcinoma <i>in situ</i> ^a
T1	Tumour 3 cm or less in greatest dimension, surrounded by lung or visceral pleura, without bronchoscopic evidence of invasion more proximal than the lobar bronchus (i.e. not in the main bronchus) ^b
T1mi	Minimally invasive adenocarcinoma ^c
T1a	Tumour 1 cm or less in greatest dimension ^b
T1b	Tumour more than 1 cm but not more than 2 cm in greatest dimension ^b
T1c	Tumour more than 2 cm but not more than 3 cm in greatest dimension ^b
T2	Tumour more than 3 cm but not more than 5 cm; or tumour with any of the following features ^d -Involves main bronchus regardless of distance to the carina, but without involvement of the carina -Invades visceral pleura -Associated with atelectasis or obstructive pneumonitis that extends to the hilar region either involving part of or the entire lung
T2a	Tumour more than 3 cm but not more than 4 cm in greatest dimension
T2b	Tumour more than 4 cm but not more than 5 cm in greatest dimension
T3	Tumour more than 5 cm but not more than 7 cm in greatest dimension or one that directly invades any of the following: parietal pleura, chest wall (including superior sulcus tumours) phrenic nerve, parietal pericardium; or separate tumour nodule(s) in the same lobe as the primary
T4	Tumour more than 7 cm or of any size that invades any of the following: diaphragm, mediastinum, heart, great vessels, trachea, recurrent laryngeal nerve, oesophagus, vertebral body, carina; separate tumour nodule(s) in a different ipsilateral lobe to that of the primary

Regional lymph nodes (N)

NX	Regional lymph nodes cannot be assessed
N0	No regional lymph node metastases
N1	Metastasis in ipsilateral peribronchial and/or ipsilateral hilar lymph nodes and intrapulmonary nodes, including involvement by direct extension
N2	Metastasis in ipsilateral mediastinal and/or subcarinal lymph node(s)
N3	Metastasis in contralateral mediastinal, contralateral hilar, ipsilateral or contralateral scalene, or supraclavicular lymph node(s)

Distant metastasis (M)

M0	No distant metastasis
M1	Distant metastasis
M1a	Separate tumour nodule(s) in a contralateral lobe; tumour with pleural or pericardial nodules or malignant pleural or pericardial effusion ^e
M1b	Single extrathoracic metastasis in a single organ ^f
M1c	Multiple extrathoracic metastasis in a single or multiple organs

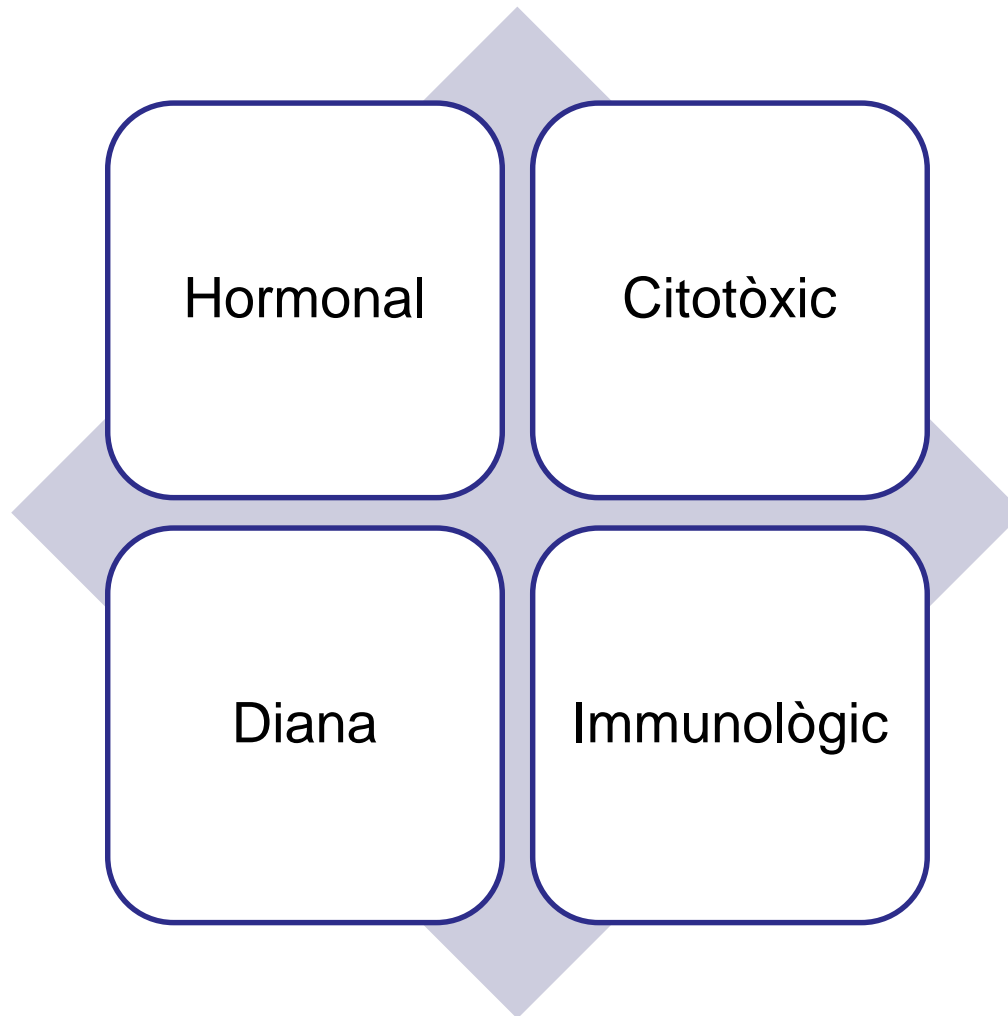


Coneixement del tractament

1. Tipus
2. Risc de toxicitat
3. Complicacions
4. Intervencions



Tractament. Tipus





Tractament i toxicitat

Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE) v5.0

Publish Date: November 27, 2017

Introduction

The NCI Common Terminology Criteria for Adverse Events is a descriptive terminology which can be utilized for Adverse Event (AE) reporting. A grading (severity) scale is provided for each AE term.

SOC

System Organ Class (SOC), the highest level of the MedDRA¹ hierarchy, is identified by anatomical or physiological system, etiology, or purpose (e.g., SOC Investigations for laboratory test results). CTCAE terms are grouped by MedDRA Primary SOCs. Within each SOC, AEs are listed and accompanied by descriptions of severity (Grade).

CTCAE Terms

An Adverse Event (AE) is any unfavorable and unintended sign (including an abnormal laboratory finding), symptom, or disease temporally associated with the use of a medical treatment or procedure that may or may not be considered related to the medical treatment or procedure. An AE is a term that is a unique representation of a specific event used for medical documentation and scientific analyses. Each CTCAE v4.0 term is a MedDRA LLT (Lowest Level Term).

Grades

Grade refers to the severity of the AE. The CTCAE displays Grades 1 through 5 with unique clinical descriptions of severity for each AE based on this general guideline:

- Grade 1** Mild; asymptomatic or mild symptoms; clinical or diagnostic observations only; intervention not indicated.
- Grade 2** Moderate; minimal, local or noninvasive intervention indicated; limiting age-appropriate instrumental ADL*.
- Grade 3** Severe or medically significant but not immediately life-threatening; hospitalization or prolongation of hospitalization indicated; disabling; limiting self care ADL**.
- Grade 4** Life-threatening consequences; urgent intervention indicated.
- Grade 5** Death related to AE.

A Semi-colon indicates 'or' within the description of the grade.

A single dash (-) indicates a Grade is not available. Not all Grades are appropriate for all AEs. Therefore, some AEs are listed with fewer than five options for Grade selection.

Grade 5

Grade 5 (Death) is not appropriate for some AEs and therefore is not an option.

Definitions

A brief Definition is provided to clarify the meaning of each AE term. A single dash (-) indicates a Definition is not available.

Navigational Notes

A Navigational Note is used to assist the reporter in choosing a correct AE. It may list other AEs that should be considered in addition to or in place of the AE in question. A single dash (-) indicates a Navigational Note has not been defined for the AE term.

Activities of Daily Living (ADL)

*Instrumental ADL refer to preparing meals, shopping for groceries or clothes, using the telephone, managing money, etc.

**Self care ADL refer to bathing, dressing and undressing, feeding self, using the toilet, taking medications, and not bedridden.

Tractament. Intenció i objectius

Indicació

Benefici superior al risc

Desitjos del malalt

Tradicionals

Curació

Prolongació supervivència

Pal·liació símptomes

En el gran

Augmentar supervivència activa

Mantenir qualitat de vida

Prevenir toxicitats cròniques



Tractament hormonal

Anàlegs i antagonistes de la LHRH

Abiraterona

Enzalutamida

Ant estr: Tamoxifè, Fulvestran

IA: Letrozol, Anastrozol, Exemestà

Fogost
Pèrdua de libido
Osteopènia
Risc de fractures
Astènia
Anèmia
Diabetes
Isquèmia miocàrdica
Insuficiència adrenal
HTA
Hepatitis química

Anafilàxia
Convulsions

Fogots Secreció vaginal
Trombosi venosa
Càncer d'endometri

Artràlgies
Sequetat vaginal
Osteoporosi
Astènia



Tractament citotòxic

Quimioteràpia	Toxicitat universal	Altres toxicitats
Teràpia sistèmica més comú del càncer	Nàusees i vòmits	Cutànea
Destruïx totes les cèl·lules en reproducció	Mielosupressió Neutropènia Anèmia Trombocitopènia	Cardíaca Neuropatia crònica
	Mucositis	Complicacions tardanes

Tractament citotòxic

Emesi	Factors de risc	Prevenició/Tractament
No sembla augmentar amb l'edat	Específics del tractament Tipus de citotòxic Combinacions Altes dosis Via intravenosa Duració de la infusió	Antidopaminèrgics (D2) Glucocorticoids Antihistamínics (H1) Antagonistes de NK1 Antagonistes de 5-HT3 Altres
	Específics del malalt Antecedents d'emesi Joves Dones Ansietat Baixa ingesta d'alcohol	



Tractament citotòxic

Neutropènia	Factors de risc	Prevenció/Tractament
Augmenta amb l'edat	<p>Específics del tractament</p> <p>Esquemes: PE, AC, TC, TP, I</p> <p>Història de NF</p> <p>Història de QT, RT</p> <p>QTRT</p>	<p>Guies ASCO i NCCN</p> <p>Factors de creixement CSF</p> <p>Reducció de dosis</p> <p>Modificació d'esquema</p>
Infeccions	<p>Específics del malalt</p> <p>Edat > 65</p> <p>Malaltia avançada, MEG/nutricional</p> <p>Comorbiditat (renal, hepàtica, cardiovascular)</p> <p>Infiltració m.o</p> <p>Ferides obertes</p>	
Mort		

Tractament citotòxic

Anèmia	Factors de risc	Prevenició/Tractament
Augmenta amb l'edat	Secundàris al tractament mieloablatiu	Factors estimulants d'eritropoietina. Controvèrsia
	Efectes propis del càncer	Transfusions
Síndrome anèmica Angina Hipotensió	Anèmia de trastorns crònics	Correcció de déficits
	Edat: hipoplasia medul·lar	



Tractament citotòxic

Mucositis	Factors de risc	Prevenció/Tractament
<p>Pot augmentar amb l'edat</p> <p>Deshidratació Diarrea Disfàgia Reserva hídrica limitada Toxicitat limitant de dosi</p>	<p>Específics d'orga</p>	<p>Mesures generals: ingesta hídrica, temperatura textures i tipus d'aliments, raspalls suaus</p> <p>Tòpics: glopejos bicarbonat, farigola, nistatina, lidocaína, corticoids, analgèsia</p> <p>Oral: protecció gástrica (omeprazol/ranitidina), si diarrea dieta, loperamida, atisecretors (octeòtride)</p>
	<p>Específics de tractament</p> <p>QTRT Fluoropirimidines Antimetabolits Antidiana</p>	<p>Proves predictores Proves de genotipat per predir resposta i toxicitat: Dihidropirimidina deshidrogenasa: predictor de toxicitat a 5FU/UGT1A: predictor de toxicitat a Irinotecan</p> <p>Homestasi i receptors TOLL: predictors de toxicitat GI</p>



"Els efectes més greus de la quimioteràpia són els efectes secundaris"

Dr. Josep Llobregat
Hospital de l'Espina, Hospital de la Salut de l'Espina i Hospital de l'Espina

Col·laboradors: Institut Català d'Oncologia, Institut de Diagnòstic per a la Salut, Institut de Recerca Biomèdica de l'Espina



Tractament citotòxic

Cutànea	Tipus	Prevenició/Tractament
Augmenta amb l'edat	Extravasació	Desbridaments
	Necrosi del teixit	
	Dermatitis	Injerts
	Perionixis	
	Paroníquia	Tractament tòpic
	Alopècia	
	Fotosensibilitat	Tractament general
	Eritrodisestèsia palmoplantar per la síndrome de mà-peu	Protecció solar
	Capecitabina	



Tractament citotòxic

Neuropatia crònica	Factors de risc	Prevenició/Tractament
Augmenta amb l'edat	<p>Específic del tractament</p> <p>Alcaloids, Epipodofillotoxinas Derivats del platí Taxans Epothilones</p>	<p>Prehabilitació</p> <p>Suport</p> <p>Rehabilitació</p>
<p>Compromís dels moviments dels dits</p> <p>Interferència per a AVD</p> <p>Dolor</p> <p>Deteriorament funcional</p> <p>Dependència</p>	<p>Específic del malalt</p> <p>Diabetis Vasculopaties Neuropaties</p>	



Tractament citotòxic

Cardíaca	Factors de risc	Prevenció/Tractament
Augmenta amb l'edat	Específic del tractament	Medició FEVE
	ICC Antraciclina Antrocendions	Desrazoxà. Augmenta risc de mucositis i neutropènia
	Isquèmia Fluoropirimidines	Antraciclina liposomals
	Arrítmies Taxans	
	Específic del malalt	
	HTA Cardiomiopatia Arrítmies	



Tractament citotòxic

Complicacions tardanes

Augmenten
amb l'edat

Tipus

Mielodisplàsia

Leucèmia aguda

Disfunció cardíaca crònica

Deteriorament cognitiu

Dependència funcional

Tractament diana

Teràpia diana	Tipus
<p>Medicina personalitada</p> <p>Perfil de toxicitat diferent</p> <p>En general menys tòxic</p> <p>Pero!</p> <p>No hi ha assajos clínics específics per pacients grans amb aquestes dianes</p> <p>Dades extrapolades</p> <p>No ha de ser criteri d'exclusió per tractaments eficaços</p>	<p>Anticòssos monoclonals</p> <p>Inhibidors de l'activitat d'enzims necessaris per la transducció de senyals proliferatives. Molècules petites orals</p> <p>Promouen l'apoptosi amb l'inhibició dels proteosomes</p> <p>Immuno-moduladors: talidomida, lenalidomida</p> <p>Reverteixen alteracions epigenètiques</p>



Tractament diana

Toxicidad cutànea		Tractament
AntiHER1 ó EGFR Cetuximab Panitumumab Gefitinib Erlotinib	En més del 50 % Rash acneiforme cara i tronc Graus: eritema-edema-papulopústula-costra-telangiectàsia	Mesures generals Gels oliacis Cremes sense alcohol Protecció solar alta Tòpics/Sistèmics Antisèptics Corticoids Antibiòtics Retinoids Dermatologia
AntiHER3 Osimertinib	Igual eficàcia Més toxicitat Paroníquia 16.6%	
AntiHER3 Afatinib	Més toxicitat cutànea Més diarrees	



Tractament diana

Cardiotoxicitat	Factors de risc	Prevenició/Tractament
<p>AntiHER2</p> <p>Trastuzumab</p>	<p>Edat</p> <p>QT adjuvant</p> <p>Malaltia coronària</p> <p>Fibrilació auricular o flutter</p> <p>HTA</p> <p>Diabetis</p> <p>Insuficiència renal</p> <p>Model Ezaz: estratificació 3 grups</p>	<p>Assimptomàtica. FEVE</p> <p>Simptomàtica (8.9%)</p> <p>Reversible a les 5 setmanes</p> <p>16 % suspensió del Trastuzumab</p> <p>Revesible 100 %</p>
<p>Inhibidor amb reordenament ALK i traslocació ROS1</p> <p>Crizotinib</p>	<p>No dades a població gran</p> <p>Casos reportats</p> <p>Toxicitat cardíaca</p> <p>Prolongació del interval QT i ICC</p> <p>Toxicitat renal</p>	<p>Reduccions de dosi</p> <p>Dosis alternants</p>



Tractament diana

Altres

AntiVEGF
Bevacizumab

Augment toxicitat grau 3-4
Hemorràgia HTA Proteinúria

Contraindicació
Antecedent d'hemorràgia
Infiltració vascular
Histologia escamosa al Imprescindible
monitorització de la PA

Everolimus

Neumonitis intersticial
Al grans, augment Edemes
Tos Rash Diarrea Mucositis

Reduccions de dosi

Inhibidor de gen BCR/ABL
Imatinib

Beneficis >Toxicitat
Retenció líquida.
Afectació tiroidea

Precaució si
Insuficiència renal
Malaltia cardíaca
Monitorització hormones tiroidees

AntiHER2
Lapatinib

Fatiga Síndrome mà-peu
Anorèxia Vòmits

Sunitinib

Fatiga Mucositis HTA Events cardíacs
Hipotiroidisme IC Neutropènia febril

Pazopanib

Diarrea HTA Canvi en el color del cabell
Emesi Anorèxia Augment de
transaminases Trastorns tromboembòlics
Hemorràgies Perforacions

Alectinib. Ceritinib. Brigatinib. Lorlatinib

No dades a la població gran



Immunoteràpia

Tipus

Anticossos monoclonals

Inhibitors checkpoints
Inhibidors de punts de control immunitari

Ipilimumab
Nivolumab
Pembrolizumab
Atezolizumab
Avelumab
Durvalumab

Immunoteràpies no específiques

Vies del sistema immune per controlar el creixement del càncer

Teràpia amb virus oncolítics

El sistema immune bloqueja les vies amb anticossos específics

Teràpia amb cèl·lules T

inhibidors dels checkpoints o punts de controls immunitaris

Vacunes

Immunoteràpia

Toxicitat

Cutànea

Gastrointestinal: colitis 5 %

Hepatitis. Pancreatitis

Neumonitis: 3-5 %, 10 %

Hipotiroidisme. Hipertiroidisme

Insuficiència suprarrenal

Diabetis

Hipofisitis

Nefritis. Insuficiència renal

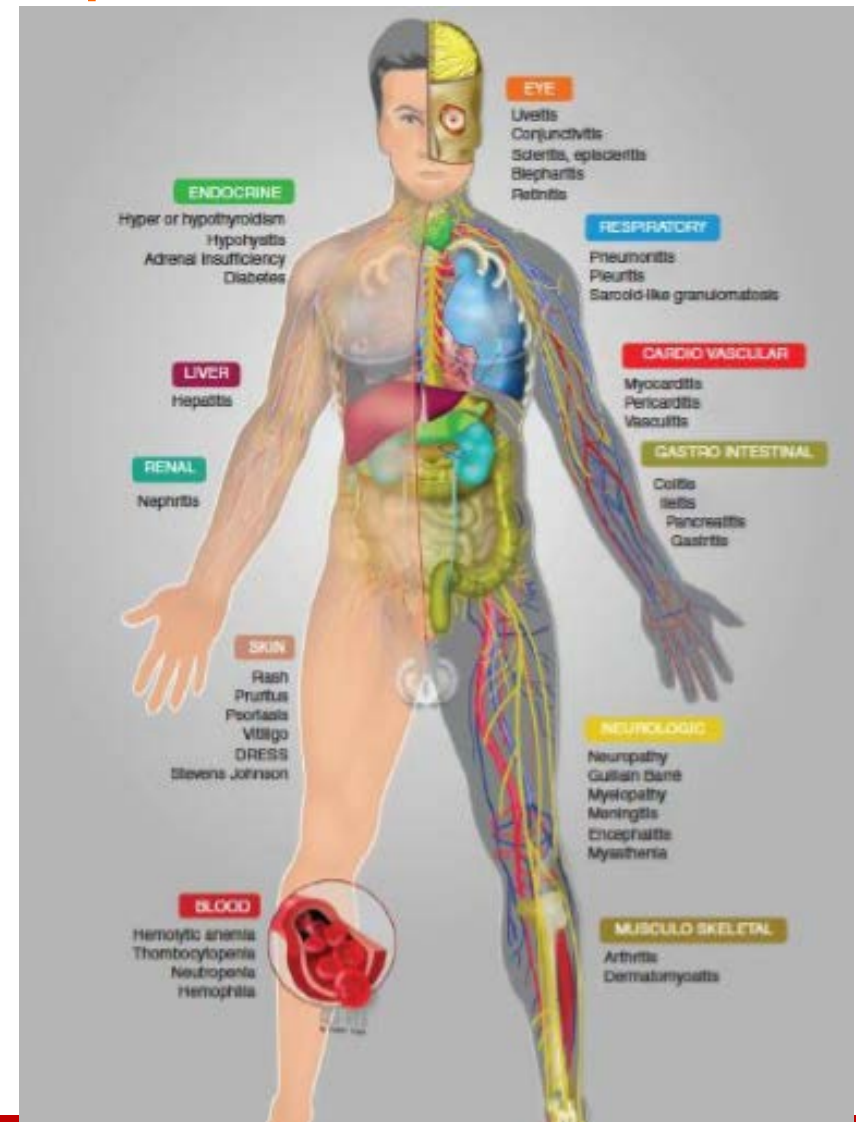
Neurològica: síndrome Guillain Barré,
leucoencefalopatia, radiculopatia,
meningitis

Reumatològica: miàlgies, artràlgies,
vasculitis, polimiositis, arteritis de la
temporal

Ocular: uveïtis, conjuntivitis, iritis,
oftalmopatia

Hematològica: citopènies, anèmia
hemolítica

Cardíaca: miocarditis, pericarditis





Immunoteràpia

Toxicitat immunoinduïda

Maneig segons orga específic i grau

Guies ASCO i ESMO

G1 Monitorització
Suport

G2 Parar tractament i tornar si G1
Corticoids

G3-4 Parar tractament
Hospitalització
Corticoids a altes dosis

Casos refractaris Infliximab o altre immunosupresor

La profilaxis antimicrobiana /
antifúngica



A qui? I com?



**Cures
Suport**



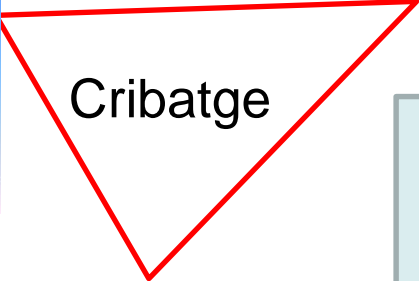
**Expectatives de
toxicitat**
Pacient especial



**Expectativa de
vida per càncer**
Predictors de resposta

**Expectativa de
vida per persona**
Models de supervivència





Malalt gran amb càncer

VGA

Tipologia

**Tipologia
1**

**Pla
estàndard**

**Tipologia
2**

**Pla
Adaptat**

**Tipologia
3**

**Valoració
Geriàtrica
Integral**

**Tipologia
4**

**Pla
sintomàtic**



Cribatge

Malalt gran amb càncer

VGA

Tipologia

Tractament
sistèmic

PLA TEÒRIC

PLA



Atenció integral multidisciplinària del malalt onco geriàtric en la seva trajectòria.

Necessitats emergents i capacitat de resposta

- Equip multi i interdisciplinari
- Treball integrat
- Coneixement del malalt
- Coneixement dels instruments
- Coneixement del càncer
- Coneixement del tractament
- Intervencions
- Seguiment

Atenció. Necessitats. Capacitat

Tractament oncoespecífic sistèmic

- Adoptar decisions terapèutiques de forma individualitzada
- Amb treball integrat en equip multi-interdisciplinari
- Treball amb continuu assistencial
- Amb les eines i evidències actuals
- Amb recerca
 - Els assajos clínics proporcionen les dades d'eficàcia i toxicitat dels antineoplàsics
 - Però els pacients d'edat avançada inclosos als assajos són
 - < 20 % ≥ 65 anys
 - < 10% > 75 anys

Atenció. Necessitats. Capacitat

Tractament oncoespecífic sistèmic

Del pacient gran amb càncer

Amb tractament

Que va patir càncer

Amb seqüeles del càncer

Amb seqüeles del tractament

Amb multimorbiditat crònica i
evolutiva

Amb polifarmàcia

Amb envelliment continu



Malalt



11.45-13.45h Atenció integral multidisciplinària del malalt onco geriàtric en la seva trajectòria. Necessitats emergents i capacitat de resposta.

Moderadora: Dra Remei Blanco. Oncologia mèdica. Hospital de Terrassa. Consorci Sanitari de Terrassa .

- Tractament oncoespecífic. **60 minuts.**

-Tractament quirúrgic . Dra. Roser Farré . Cirurgia general i digestiva, esofago-gàstrica i bariàtrica. Fundació Althaia, Manresa. **20 minuts.**

-Tractament oncoespecífic sistèmic. Dra Juana Saldaña. Oncologia mèdica. Institut Català d'Oncologia. **20 minuts.**

-Tractament radioteràpic . Dr J. Giralt. Oncologia radioteràpica. Hospital Vall d'Hebron. **20 minuts.**

Atenció integral multidisciplinària del malalt onco geriàtric en la seva trajectòria. Necessitats emergents i capacitat de resposta

Tractament oncoespecífic sistèmic

Individualitzar



Malalt



11.45-13.45h **Atenció integral multidisciplinària del malalt onco geriàtric en la seva trajectòria. Necessitats emergents i capacitat de resposta.**

Moderadora: Dra Remei Blanco. Oncologia mèdica. Hospital de Terrassa. Consorci Sanitari de Terrassa .

- **Tractament oncoespecífic. 60 minuts.**

-Tractament quirúrgic . Dra. Roser Farré . Cirurgia general i digestiva, esofago-gàstrica i bariàtrica. Fundació Althaia, Manresa. **20 minuts.**

-Tractament oncoespecífic sistèmic. Dra Juana Saldaña. Oncologia mèdica. Institut Català d'Oncologia. **20 minuts.**

-Tractament radioteràpic . Dr J. Giralt. Oncologia radioteràpica. Hospital Vall d'Hebron. **20 minuts.**

Atenció integral multidisciplinària del malalt onco geriàtric en la seva trajectòria.
Necessitats emergents i capacitat de resposta

Tractament oncoespecífic sistèmic

Individualitzar

Malalt

Gràcies

Juana Saldaña

jsaldana@iconcologia.net