

## Miten ikääntyneen syöpää tulisi hoitaa?

Ikääntyneiden syöpäsairaudet yleistyvät. Monet vanhuksista ovat hyväkuntoisia, ja he haluavat aktiivista hoitoa syövän paranemisen varmistamiseksi, eliniän pidentämiseksi tai syövän oireiden lievittämiseksi. Vaikka vanhusten on osoitettu hyötyvän onkologisista hoidoista nuorempien tavoin, he ovat kuitenkin alttiimpia hoidon haittavaikutuksille. Kokonaisvaltaista geriatrasta arviota on käytetty ennakoitaessa vanhuspotilaan kykyä sietää hoitoa. Kirjallisuudessa on esitetty paljon erilaisia arviointimenetelmiä, mutta mikään niistä ei ole saavuttanut vallitsevaa asemaa kliinisessä työssä. Syksystä 2011 alkaen HUS:n syöpätautien klinikassa vanhuksen syöpälääkehoitoarvion tukena on käytetty potilaan itsensä täyttämää toimintakykyarviolomaketta. Lisäksi onkologin vastaanotot on keskitetty ja potilaalla on ollut mahdollisuus geriatrin tapaamiseen. Näiden toimien avulla vanhuspotilaalle on pyritty toteuttamaan yksilöllinen syövän lääkehoito mahdollisimman vähin haittavaikutuksin.

**Ikääntyneiden määrä** Suomessa ja muissa länsimaissa kasvaa. Eliniän ennuste pitenee, ja ihmiset ovat aiempaa parempikuntoisia vanhoinakin. Toisaalta iän myötä monien sairauksien, kuten syöpien, esiintyvyys kasvaa. Suomessa todetaan vuosittain noin 14 100 syöpää miehillä ja noin 13 700 naisilla. Sairastuneista miehistä 63 % on yli 65-vuotiaita ja 18 % yli 80-vuotiaita. Naisista 65 vuotta täyttäneitä on 56 % ja yli 80-vuotiaita 23 % (Suomen Syöpärekisteri 2012).

Vielä joitain vuosia sitten korkea ikä yksinään saattoi olla esteenä syöpähoitojen aloittamiselle. Nykyään tilanne on muuttunut. Monet aktiivista elämää viettävät vanhuksset

haluavat hoitoa syöpäänsä. Myös omaiset suhtautuvat yleensä myönteisesti yritykseen hoitaa syöpää. Hormonaalisten hoitovaihtoehtojen lisääntyessä ja biologisten täsmälääkkeiden kehittyessä syövän hoitomahdollisuuksia on myös tarjolla aiempaa enemmän.

Nykypäivänä syövän hoito koostuu kirurgiasta, hormonitoimintaan vaikuttavista lääkkeistä, solunsalpaajista, biologisista täsmälääkkeistä, sädehoidosta ja isotooppihoidoista. Onkologisista hoitomuodoista raskain on solunsalpaajahoito, jolla voidaan estää syövän uusiutuminen ja pidentää elinaikaa sekä lievittää levinneen syöpäsairauden oireita ja siten parantaa jäljellä olevan elämän laatua (TAULUKKO 1). Toisaalta syöpähoitojen haittavaikutukset voivat heikentää merkittävästi toimintakykyä. Pahimmassa tapauksessa ne johtavat jopa kuolemaan. Iän mukanaan tuomat perussairaudet ja ikääntymiseen liittyvä yleinen hauraus heikentävät onkologisen hoidon sietoa. Tämän vuoksi solunsalpaajahoidon aloitus ikääntyneelle vaatii huolellista pohdintaa. Vanhuksen syöpähoitoa aloitettaessa keskeistä onkin arvioida, ylittääkö hoidosta odotettavissa oleva hyöty sen mukanaan tuomat haitat ja riskit, kun huomioidaan odotettavissa oleva elinaika ja heikentynyt haittavaikutusten sieto.

Suurin osa nykyisistä syöpien hoitosuosituksista perustuu alle 65-vuotiaista kerättyyn näyttöön (Talarico ym. 2004). Yleisimmistä syövästä on koostettu myös vanhuksia koske-

### TAULUKKO 1. Syövän hoitolinjat.

Syövän parantava hoitolinja (kuratiivinen)  
 Syövän etenemistä hidastava hoitolinja (ei-kuratiivinen onkologinen)  
 Oireenmukainen hoitolinja (palliativinen)  
 Saattohoito

## YDINASIAT

- ▶ Ikääntyneiden syöpää hoidetaan entistä aktiivisemmin.
- ▶ Vanhukset hyötyvät solunsalpaajista nuorempien tavoin, mutta haittavaikutukset voivat olla vakavampia ja erilaisia kuin nuoremmilla.
- ▶ Syöpähoitoa hyvin sietävät ja siitä vakavia haittavaikutuksia saavat ikääntyneet on vaikea erottaa toisistaan.
- ▶ Kokonaisvaltainen geriatrinen arvio on keino arvioida vanhuksen terveydentilaa, toimintakykyä ja solunsalpaajahoidon sietoa.

vat hoitosuositukset (Papamichael ym. 2009, Biganzoli ym. 2012). Niiden heikkoutena on se, että hoitotutkimuksiin osallistuneet vanhukset ovat yleensä olleet 60–75-vuotiaita. Yli 80-vuotiaita joukossa on vähän tai ei lainkaan. Iäkkäiden on osoitettu hyötyvän esimerkiksi syövän liitännäissolunsalpaajahoidosta nuorempien tavoin, mutta he ovat merkittävästi alttiimpia hoidon haittavaikutuksille (Muss ym. 2005). Ihmisen ikääntyessä elimistössä tapahtuu toiminnallisia muutoksia, jotka selittävät solunsalpaajahoidon iän myötä lisääntyvää toksisuutta. Muutoksista merkittävimpiä ovat munuaisten suodatusnopeuden hidastuminen ja vesiliukoisten lääkeaineiden jakautumistilavuuden pienentyminen. Myös maksametabolia hidastuu ja imeytyminen suolistosta heikkenee (Lichtman 2004).

Ensimmäisenä Suomessa HUS:n syöpätautien klinikassa alkoi syksyllä 2011 geriatris-onkologinen projekti (GO-projekti), johon on ohjattu yli 80-vuotiaat solunsalpaajahoittoarvioon tulevat potilaat. Tämä artikkeli perustuu osittain GO-projektista kertyneeseen kokemukseen.

### Syöpähoidon valinta ikääntyneelle potilaalle

Vanhuksen syöpähoidon valintaan vaikuttavat syövän lähtökohdan ja levinneisyyden lisäksi

potilaan muut sairaudet sekä psykososiaaliset tekijät. Vanhukset ovat perussairauksiltaan ja toimintakyvyltään hyvin heterogeeninen ryhmä. Joka toinen yli 70-vuotias syöpää sairastava on hyväkuntoinen, jolloin hoito solunsalpaajilla muun aikuisväestön tavoin on mahdollista. Joka toisella on kuitenkin merkittäviä perussairauksia, jotka aiheuttavat haurautta ja altistavat potilaan solunsalpaajahoidon haittavaikutuksille (Extermann 2010). Käytännön työssä vaikeutena on erottaa nämä kaksi ryhmää toisistaan.

### Kokonaisvaltaisen geriatrisen arvion merkitys

Kokonaisvaltainen geriatrinen arvio on useamman vuosikymmenen ajan ollut tärkeä osa geriatrista terveydentila- ja toimintakykyarviota (Rubenstein ym. 1989). Se pohjautuu yleensä potilaan yksin tai yhdessä tukijoukkojensa kanssa täyttämään kyselylomakkeeseen, jota voidaan täydentää vastaanotolla tehdyillä tutkimuksilla. Kokonaisvaltaisessa geriatrisessa arvioissa kartoitetaan laaja-alaisesti vanhuksen yleinen terveys, perussairaudet, ravitsemustila, ADL-toiminnot (activities of daily living) ja IADL-toiminnot (instrumental activities of daily living), kognitiivinen suoriutuminen, lääkitykset sekä psykologiset ja sosiaaliset tekijät. ADL-toiminnot viittaavat potilaan kykyyn selviytyä itsenäisesti arjen perustoiminnoista, kuten pukeutumisesta, syömisestä ja liikkumisesta. IADL-toimintojen avulla puolestaan arvioidaan kykyä hoitaa omia asioita (esim. laskujen maksu tai kännykän käyttö).

Syöpään sairastuvien vanhusten määrän kasvu on tuonut kokonaisvaltaisen geriatrisen arvion osaksi solunsalpaajahoitopäätöksen tekoa. Tavoitteena on ollut löytää arviointimenetelmä, jonka avulla pystyttäisiin ennustamaan potilaan mahdollisuudet jaksaa suunniteltu solunsalpaajahoido läpi ilman merkittävää haittaa. Yhtään tutkimusta ei kuitenkaan ole julkaistu geriatrisen arvioinnin merkityksestä vanhuksen sädehoidon suunnittelussa (Hamaker ym. 2012).

Syöpäpotilaiden geriatrisia arviointimenetelmiä on julkaistu useita (Slaets 2006, Hur-

ria ym. 2007, Mohile ym. 2007, Bellera ym. 2008). Käytännön työn kannalta ongelmaksi on osoittautunut arvioiden laaja-alaisuus: niiden tekeminen vie runsaasti aikaa sekä hoitavalta lääkäriltä että potilaalta, eikä kiistatonta hyötyä ei ole silti pystytty osoittamaan (Puts ym. 2012). Lukuisissa tutkimuksissa onkin yritetty selvittää, mitkä kartoituksen osat alueet ennustaisivat parhaiten solunsalpaajahoidon hankalia haittavaikutuksia, hoitoon liittyvää kuolleisuutta ja solunsalpaajajaksosta suoriutumista. On osoitettu, että vanhuksen hauraus, huono ravitsemus ja yleinen sairastavuus ennakoivat kuolleisuuden lisääntymistä (Hamaker ym. 2012). Toisaalta hauraus yksinäänkin lisää solunsalpaajien haittavaikutusten riskiä. Solunsalpaajajakson läpivientiä haittaavat puolestaan kognitiivinen heikentyminen ja ongelmat ADL-toiminnoissa (Hamaker ym. 2012). Julkaistujen tutkimusten laatu on kuitenkin ollut heikko ja mitattavat muuttajat eri tutkimusten välillä vaihtelevia. Tulokset ovat jääneet epä johdonmukaisiksi, eikä yhtenäistä ohjeistoa hoitopäätösten tueksi ole ollut mahdollista muodostaa (Hamaker ym. 2012).

CRASH-tutkimus (The Chemotherapy risk assessment scale in high-risk patients) on ensimmäinen julkaistu solunsalpaajahoidon haittavaikutukset geriatriseen arvioon yhdistävä menetelmä (Extermann ym. 2012). Siinä tutkitaan 24 muuttujaa, joita ovat muun muassa päivittäinen toimintakyky, verenpaine, muisti, ravitsemus ja masennus. Lisäksi otetaan tavalliset solunsalpaajahoidon aloitusta edeltävät verikokeet. Yleisimmät solunsalpaajahoidot on pisteytetty odotettavissa olevan haitallisuutensa mukaan eri luokkiin. Tutkijat ovat myös kehittäneet tähän liittyvän laskurin (CRASH score calculator [www.moffittcancercenter.org](http://www.moffittcancercenter.org)), joka laskee tutkimustulosten perusteella potilaan riskin saada haittoja solunsalpaajahoidosta. Laskurin käyttöä varten täytyy arvioida potilaan yleinen suorituskyky sekä mitata verenpaine ja seerumin laktaattidehydrogenasipitoisuus. Lisäksi tehdään ravitsemuskysely, IADL-toimintojen kartoitus ja MMSE-testi.

CRASH-tutkimuksella onnistuttiin tunnistamaan solunsalpaajahoidon haittavaikutusten riskitekijöitä, mutta menetelmän monimutkai-

suus ja työläys ovat esteenä sen hyödyntämiseen käytännössä. Vaikka laskuria varten mitattavia suureita on vähemmän, suuri osa niistä on hitaita tutkia eikä laskuri arjen kiireessä tarjoa tukea hoitopäätöksen tekoon.

Kokonaisvaltaisen geriatrisen arvion asema syöpähoitoarvion osana on vakiintumaton, mutta tästä huolimatta kansainvälinen geriatrisen onkologian järjestö SIOG (The International Society of Geriatric Oncology) (Extermann ym. 2005) ja NCCN (National Comprehensive Cancer Network) (Balducci ym. 2007) suosittavat arviointia vanhuspotilaan solunsalpaajahoitopäätöksen tueksi.

### GO-projektista saadut kokemukset ikääntyneiden solunsalpaajahoidosta

HUS:n syöpätautien klinikka lähettää yli 75-vuotiaille syövän lääkehoitoarvioon tuleville potilaille Senioripotilaan toimintakykykyselyn, jonka avulla hoitava lääkäri voi arvioida potilaan yleistä terveyttä ja toimintakykyä. Yli 80-vuotiaiden solunsalpaajahoidoarviot on keskitetty kahdelle onkologille, ja potilaille on lisäksi tarjottu mahdollisuus geriatrin vastaanottoon. Myös alle 80-vuotiaat voidaan ohjata geriatrille, mikäli kyselylomake tuo esiin ongelmia toimintakyvyssä tai terveydentilassa.

HUS:n GO-projektissa käytetty Senioripotilaan toimintakykykysely on muokattu Floridassa Moffitt-keskuksessa kehitetyn SAOP2 (Senior Adult Oncology Program 2) -arviointilomakkeen pohjalta (Extermann ym. 2009) (KUVA). Kysely kartoittaa fyysisistä toimintakykyä (esim. pukeutumista, peseytymistä, liikkumista ja syömistä), henkistä toimintakykyä (esim. puhelimen käyttöä ja laskujen maksamista) sekä yleistä ravitsemusta, mielialaa ja lääkitystä. Muistia lomakkeen avulla ei selvitetä. Jos vastaanotolla herää epäily muistiongelmasta, potilas ohjataan geriatrin arvioon.

Lähes kaikki hoitoarvioon tulleet potilaat tai heidän omaisensa ovat täyttäneet toimintakykykyselyn (KUVA). Kyselylomakkeen tulee olla ulkoasultaan selkeä ja kysymyksiltään yksiselitteinen, ja toisaalta lääkärille vastausten tulkinnan pitää olla yksinkertaista ja nopeaa. 1581

## SENIORIPOTILAAN TOIMINTAKYKYKYSELY

Olkaa ystävällinen ja täyttäkää tämä kyselylomake ja ottakaa se mukaanne saapuessanne ensimmäistä kertaa Syöpätautien klinikalle lääkärin vastaanotolle.

Seuraavien kysymysten avulla kartoitamme kokonaisvointianne ennen hoitojen aloittamista. Ympyröikää sopiva vaihtoehto tai täyttäkää numeroin.

1. Jos tarpeen, onko Teillä joku henkilö, joka voi auttaa teitä? kyllä / ei
2. Mikä Teidän nykyinen elämisen laatu on, asteikolla 1–10? (1 huonoin ja 10 paras) \_\_\_
3. Mikä Teidän nykyinen kokonaisterveytenne on, asteikolla 1–10? \_\_\_
4. Nukutteko hyvin? kyllä / ei
5. Kuinka monta eri lääke-, tai vitamiini- tai luontaistuotevalmistetta teillä on yhteensä käytössänne? \_\_\_
6. Onko Teillä taloudellisia vaikeuksia hankkia kaikkia Teille määrättyjä reseptilääkkeitä? kyllä / ei
7. Päivittäiset toiminnot
  - a) tarvitsetteko apua pukeutumisessa? kyllä / vähän / en
  - b) kykenettekö itse valmistamaan ruokanne? kyllä / osittain / en
  - c) kykenettekö ruokailemaan itsenäisesti? kyllä / osittain / en
  - d) käytättekö liikunnan apuvälineitä? kyllä / joskus / en
  - e) tarvitsetteko apua vuoteesta ylösnousussa? kyllä / hieman / en
  - f) onko teillä virtsankarkailua? kyllä / joskus / ei
  - g) tarvitsetteko apua pesuissa / kuivaamisessa? kyllä / joskus / en
  - h) oletteko kaatuneet kuluneen vuoden aikana? kyllä / en
  - i) ajatteko autoa? kyllä / en / en ole koskaan
  - j) kykenettekö käymään kaupassa? kyllä / osittain / en
  - k) hoidatteko itse raha-asianne? kyllä / osittain / en
  - l) osaatteko käyttää kännykkää? kyllä / en / en ole koskaan
  - m) muistatteko lääkityksenne ulkoa? kyllä / osittain / en
8. Oletteko hiljattain menettänyt kiinnostuksen asioihin, joista ennen nautitte? (harrastukset, ruokailu, seksi, ystävien / perheen kanssa oleminen) kyllä / en
9. Tunnetteko itsenne usein surumieliseksi? kyllä / en
10. Onko ruokahalunne heikentynyt viimeisten 3 kuukauden aikana? kyllä / ei
11. Onko painonne pudonnut 5 kg tai enemmän viimeisten 6 kuukauden aikana ilman, että olisitte laihduttanut? kyllä / ei
12. Onko tapahtunut muutosta ruoissa, joita voitte syödä? kyllä / ei
13. Tavallinen painonne? \_\_\_\_\_ Nykyinen painonne? \_\_\_\_\_
14. Pelottaako Teitä tulla Syöpätautien klinikkaan hoitoihin? kyllä / en osaa sanoa / ei

Kirjoittakaa alla olevaan tilaan lista käytössänne olevista lääkkeistä (vahvuuksineen), vitamiineista ja luontais-tuotteista!

Kiitokset vastauksistanne!

**TAULUKKO 2.** HUS:n syöpätautien klinikan GO-projektin ensimmäisen vuoden ensikäyntipotilaat.

Potilaat (n = 111)	
Miehiä	62 (56 %)
Naisia	49 (44 %)
Keski-ikä	84,5 v (78–94 v)
Potilaiden sairastamat syövät	
Kolorektaalisyöpä	38 (34 %)
Ruoansulatuskanavan yläosan syövät	22 (20 %)
Imusolmukeisyövät	15 (14 %)
Eturauhassyöpä	18 (16 %)
Muut	18 (16 %)
Hoidon tavoite	
Kuratiivinen	30 (27 %)
Syövän etenemistä hidastava	39 (35 %)
Oireenmukainen	39 (35 %)
Saattohoito	3 (3 %)

Senioripotilaan toimintakykykyselyssä jo potilaan oma arvio elämänlaadusta numeroasteikolla mitattuna ja käytettyjen kotilääkkeiden määrä muodostavat yleiskuvan voinnista ja perussairauksista.

GO-projekti käynnistyi syyskuussa 2011. Ensimmäisen toimintavuoden aikana onkologin ensitapaamisella kävi 111 potilasta (TAULUKKO 2), joista 39 (35 %) aloitti solunsalpaajahoidon. Hoidoista 13 (33 %) on aloitettu liitännäishoitona ja 26 (67 %) levinneeseen tautiin. Ensikäynnin pohjalta oireenmukaiselle hoitolinjalle päätyi 39 (35 %) potilasta. Saattohoitovaiheessa olevia potilaita kävi kolme.

Syitä solunsalpaajahoidosta luopumiseen olivat heikko yleistila tai perussairaudet, kuten vaikea muistisairaus, aivoverenkierron häiriöiden jälkitilat ja voimakasoireinen sydän- tai keuhkosairaus.

## Hoidon tavoite, valinta ja toteutus

Vanhuksen solunsalpaajahoidon suunnittelukäyntiin on varattava riittävästi aikaa. Olenaista on päästä yhteisymmärrykseen hoidon tavoitteesta eli siitä, tähdätäänkö hoidolla paranemiseen vai onko hoito oireita lievittävää ja mahdollisesti elinikää pidentävää. Joissakin syövässä, esimerkiksi imusolmukeisyövis-

sä, nämä molemmat hoitovaihtoehdot ovat mahdollisia. Solunsalpaajahoidon toteutus ja haittavaikutukset pitää käydä selkeästi läpi. Potilaan kanssa tulee pohtia, tavoitellaanko monisolunsalpaajahoidolla paranemista hyväksyen vakavienkin haittavaikutusten riski vai tyydytäänkö jarruttamaan tautia kevyemmällä hoidolla hankalia haittavaikutuksia vältellen ja elämänlaatua vaalien. Mitä iäkkäämpi potilas on, sitä herkemmin hän kallistuu kevyempään hoitoon, varsinkin jos hoito voidaan toteuttaa pääosin kotona. Useimpia hyödyttäisi kaksivaiheinen suunnittelukäynti, jolloin ensimmäisellä käynnillä keskusteltaisiin hoitovaihtoehdoista ja toisella vastaanotolla, potilaan käytyä geriatrin arvioissa ja mietittyä asiaa, tehtäisiin lopullinen päätös.

Solunsalpaajahoidon aloittavat yli 80-vuotiaat potilaat tarvitsevat hyvät tukijoukot, joihin kuuluvat lähiomaiset ja tarvittaessa kotisairaanhoido. Tukijoukkojen merkitys korostuu muistiongelmallisilla ja toimintakyvyltään heikkokuntoisilla potilailla. Läheisiä tarvitaan tukemaan potilasta henkisesti, valvomaan tablettimuotoisten syöpälääkkeiden asianmukaista käyttöä ja havaitsemaan solunsalpaajahoidosta mahdollisesti koituvat haitat ajoissa. Joskus hyvin yksinkertaiset keinot, kuten lääkeannostelijan käyttöönotto ja tablettimuotoisen solunsalpaajan annostuksen merkitseminen kalenteriin, voivat turvata sen, että potilas saa ohjeenmukaisen lääkeannoksen oikealla taajuudella (Hartigan 2003).

Lähiomaiselle kannattaa kertoa vanhuksen hoitosuunnitelmasta yksityiskohtaisesti. Jos lähiomaista ei ole, on tärkeää järjestää yhteys kotisairaanhoidon ongelmatilanteiden varalle. Kotisairaanhoidon tuki solunsalpaajahoidoa saavalle syöpäpotilaalle järjestyy yleensä helposti. Haasteita ovat kotisairaanhoidon tason alueellinen vaihtelu sekä hoitohenkilökunnan vaihtuvuus. Jos vanhuksen luona käy jatkuvasti eri hoitaja, voinnin heikentyminen voi jäädä huomaamatta.

## Hoidon haittavaikutukset

Ikääntynyt on työikäisiä alttiimpi solunsalpaajahoidon haittavaikutuksille. Kokemusten

perusteella vanhusten solunsalpaajahoidosta saamat haitat eroavat osittain nuorempien potilaiden haitoista. Vanhuksilla tyypillinen haitta on sairaalahoitoa vaativa yleistilan heikkeneminen ilman todettavissa olevaa syytä, kuten ripulia, pahoinvointia, luuydintoksisuutta, infektiota tai hoidettavan syöpäsairauden etenemistä.

Vanhukset myös sietävät haittavaikutuksia huonommin. Esimerkiksi jo lievä solunsalpaajahoidon aiheuttama anemia tuo herkästi esiin sepelvaltimotaudin oireet, mikä altistaa rytmihäiriöille ja sydämen vajaatoiminnalle sekä heikentää yleistä toimintakykyä. Pahoinvoinnin ja ripulin seurauksena kuivuminen alkaa nopeasti, jos potilaan muihin perussairauksiinsa käyttämää nesteenoistolaäkitystä ei huomata tauotta ajoissa. Lyhytaikainenkin kuivuminen yhdistettynä verenpainelääkitykseen voi aiheuttaa hypoperfuusion seurauksena pysyvän munuaisten toimintahäiriön.

Ongelmia liittyy myös solunsalpaajahoidon tukilääkityksiin. Pahoinvointiin käytettävä suuriannoksinen kortikosteroidi suurentaa veren glukoosipitoisuutta ja vaatii herkästi diabetislääkityksen aloittamista tai tehostamista. Lisäksi kortikosteroidi pitkään käytettynä heikentää lihasvoimia erityisesti suurista lihaksista. Tästä seuraa hankaluuksia nousta portaita tai päästä kyykystä ylös.

Jos vanhus on perussairauksiensa ja yleistilansa vuoksi eri solunsalpaajahoidojen suhteen rajatapaus, aiemmin toteutettiin vaihtoehtoja tehokkaampi ja todennäköisesti raskaampi. Perusteena oli ajatus, että hoitoa voidaan keventää, jos potilas ei siedä sitä. Toisaalta vanhusten imusolmukesyövän monisolunsalpaajahoidoista on osoitettu, että haittavaikutusten ja hoitoon liittyvän kuoleman vaara on suurin juuri ensimmäisen hoitajakson yhteydessä (Pfreundschuh 2010). Vanhuspotilaiden osalta vakavat haittavaikutukset johtavat pahimmillaan toimintakyvyn heikentymisen myötä laitoshoitoon ja elämänlaadun huonontumiseen. Samalla menetetään kevennetyn syöpähoidon mahdollisuus, joka lähtötilanteessa olisi voinut tuoda toivottua vaikutusta kohtuullisin haitoin. Vakavien haittavaikutusten välttämiseksi GO-projektissa ikääntyneen

hoito on aloitettu kevennettynä eli noin 30–50 % tavanomaista pienemmällä annoksella tai ensimmäisellä hoitotaksalla on annettu vain toista solunsalpaajaa kahden lääkeaineen yhdistelmästä. Jos ensimmäinen hoitotakso sujuu riittävän hyvin, hoitoa tehostetaan.

### Muu lääkitys

Vanhuksen syöpähoitoa suunniteltaessa otetaan huomioon hänen perussairautensa sekä niihin käytettävä lääkitys. Mitä enemmän lääkkeitä on käytössä, sitä todennäköisempiä ovat lääkeaineinteraktiot. Yhteisvaikutusriski alkaa kasvaa lineaarisesti, kun peruslääkkeitä on käytössä enemmän kuin viisi, ja interaktio on lähes varma, jos lääkkeitä on käytössä kahdeksan tai enemmän (Balducci 2010). Huolellinen kotilääkelistan läpikäyminen ja lääkkeiden karsiminen mahdollisuuksien mukaan on välttämätöntä aloitettaessa solunsalpaajahoido.

GO-poliklinikassa arvioitujen potilaiden kotilääkityksen ongelmallisina yksittäinen lääkeaine on varfariini. Se on myös yleisin lääkeaine, joka aiheuttaa potilaalle päivystyshoitoa vaativan haitan (Budnitz ym. 2011). Tyypillinen varfariinin käyttöaihe on eteisvärinä tai keinoläppä. Koska varfariini on altis lääkeaineinteraktioille ja sen terapeuttinen leveys on kapea, yleinen menettely on solunsalpaajahoidon alkaessa lopettaa varfariinin käyttö ja korvata se pienimolekyylisellä hepariinilla. Pistoshoidon opettelu on osoittautunut ylivoimaiseksi monelle vanhukselle muun muassa puutteellisen hienomotoriikan, heikkonäköisyyden ja pistämiseen liittyvän epävarmuuden vuoksi. Lisäksi pienimolekyylinen hepariini on varfariinia huomattavasti kalliimpaa. Varsinkin liitännäishoitoa harkittaessa tämä voi olla merkittävä solunsalpaajahoidosta luopumiseen vaikuttava tekijä. Jos pohditaan solunsalpaajahoidoita levinneeseen tautiin, motivaatio pistoshoidon opettelemiseen tai kotisairaanhoidon tukeen turvautumiseen on suurempi. Toisaalta laajalle levinneessä taudissa voidaan myös hyväksyä antikoagulaation lopetuksen aiheuttama tukosriski tavoiteltaessa solunsalpaajahoidon sairautta jarruttavaa tehoa.



## Lopuksi

lääkään syöpäpotilaan hoito on vaativaa tasapainottelua. Toisessa vaakakupissa ovat aktiiviset syöpähoidot ja niiden syövän uusiutumista estävä, elämää pidentävä ja oireita lievittävä vaikutus. Toisessa kupissa taas painavat hoitojen haittavaikutukset, niiden myötä heikentynyt elämänlaatu sekä potilaan perussairaudet. Vaa'an äärellä lääkäri, potilas ja omaiset pohtivat, kummalle puolelle vaaka

kallistuu. Omien GO-projektista saamiemme kokemusten mukaan kokonaisvaltainen geriatrinen arvio kannattaa tehdä iäkkäille potilaille, joilla on syövän lisäksi muita merkittäviä perussairauksia tai toimintakyvyn heikkoutta. ■

**SIRU MÄKELÄ, LT, erikoislääkäri**  
**RIIKKA NEVALA, LT, erikoislääkäri**  
HUS, syöpätautien klinikka

### SIDONNAISUUDET

Siru Mäkelä: Luentopalkkio (Bayer)  
Riikka Nevala: Ei sidonnaisuuksia\*

### KIRJALLISUUTTA

- Balducci L. The role of the multidisciplinary team. Handbook of the cancer in the senior patient. 1. painos. Lontoo: Informa Healthcare 2010, s. 172–80.
- Balducci L, Baskin R, Cohen HJ, ym. Senior adult oncology: NCCN Clinical practice guidelines in oncology, version 2, 2007. <http://www.nccn.org>
- Bellera C, Rainfray M, Mathoulin-Pelissier S, ym. Validation of a screening tool in geriatric oncology: the ONCODAGE project. Crit Rev Oncol Hematol 2008;68:2.
- Biganzoli L, Wildiers H, Oakman C, ym. Management on elderly patients with breast cancer: updated recommendations of the International Society of Geriatric Oncology (SIOG) and European Society of Breast Cancer Specialists (EUSOMA). The Lancet Oncol 2012;13:e148–60.
- Budnitz DS, Lovegrove MC, Shehab N, ym. Emergency hospitalizations for adverse drug events in older Americans. N Engl J Med 2011;365:2002–12.
- Extermann M. Evaluation of senior cancer patient: Comprehensive geriatric assessment and screening tools for the elderly. Handbook of the cancer in the senior patient. 1. painos. Lontoo: Informa Healthcare 2010, s. 13–21.
- Extermann M, Aapro M, Bernabei

- R, ym. Use of comprehensive geriatric assessment in older cancer patients: Recommendations from the task force on CGA of the International Society of Geriatric Oncology (SIOG). Crit Rev Oncol Hematol 2005;55:241–52.
- Extermann M, Boler I, Reich R, ym. Predicting the risk of chemotherapy toxicity in older patients: the Chemotherapy Risk Assessment Scale for High-Age Patients (CRASH) score. Cancer 2012;118:3377–86.
- Extermann M, Green T, Tiffenberg G, ym. Validation of the Senior Adult Oncology Program (SAOP) 2 screening questionnaire. Crit Rev Oncol Hematol 2009;69:185.
- Hamaker M, Vos A, Smorenburg C, ym. The value of geriatric assessments in predicting treatment tolerance and all-cause mortality in older patients with cancer. Oncologist 2012;17:1439–49.
- Hartigan K. Patient education: the cornerstone of successful oral chemotherapy treatment Clin J Oncol Nurs 2003;7:21–4.
- Mohile SG, Bylow K, Dale W, ym. A pilot study of the vulnerable elders survey-13 compared with the comprehensive geriatric assessment for identifying disability in older patients with prostate cancer who receive androgen ablation. Cancer 2007;109:802–10.
- Muss HB, Woolf S, Berry D, ym. Adju-

- vant chemotherapy in older and younger women with lymph node-positive breast cancer. JAMA 2005;293:1073–81.
- Papamichael D, Audisio R, Horiot J-C, ym. Treatment of the elderly colorectal cancer patient: SIOG expert recommendations. Annals of Oncol 2009;20:5–16.
- Pfreundschuh M. How I treat elderly patients with diffuse large B-cell lymphoma. Blood 2010;24:5103–10.
- Puts MTE, Hardt J, Monette J, ym. Use of geriatric assessment for older adults in the oncology setting: A systematic review. J Natl Cancer Inst 2012;104:1133–63.
- Rubenstein L, Siu A, Wieland D. Comprehensive geriatric assessment: Toward understanding its efficacy. Aging 1989;1:87–98.
- Slaets JP. Vulnerability in the elderly: frailty. Med Clin North Am 2006;90:593–601.
- Suomen Syöpärekisteri. Ajankohtaiset perustaulukot (2006–2010). Insidenssi ikäryhmittäin. [Päivitetty 13.11.2012]. [www.cancer.fi/syoparekisteri](http://www.cancer.fi/syoparekisteri)
- Talarico L, Chen G, Pazdur R. Enrollment of elderly patients in clinical trials for cancer drug registration: a 7-year experience by the US Food and Drug Administration. J Clin Oncol 2004;22:4626–31.

## Summary

### How to treat an elderly person's cancer?

Among the elderly having cancer, many are in good condition and wish for active treatment. Although elderly people have been shown to benefit from oncological treatments, they are more susceptible than the young to the adverse effects of treatment. Comprehensive geriatric assessment has been utilized in predicting the capability of an elderly patient to tolerate treatment. A functional status questionnaire completed by the patient her/himself has been used in the oncological unit of Helsinki University Hospital in support of a cancer drug therapy assessment. The consultations with an oncologist have been centralized and the patients have had a possibility to meet a geriatrist.