

Sköra äldre med kolorektal cancer - Kan vi förbättra utfallet? ”Frailty-studien”



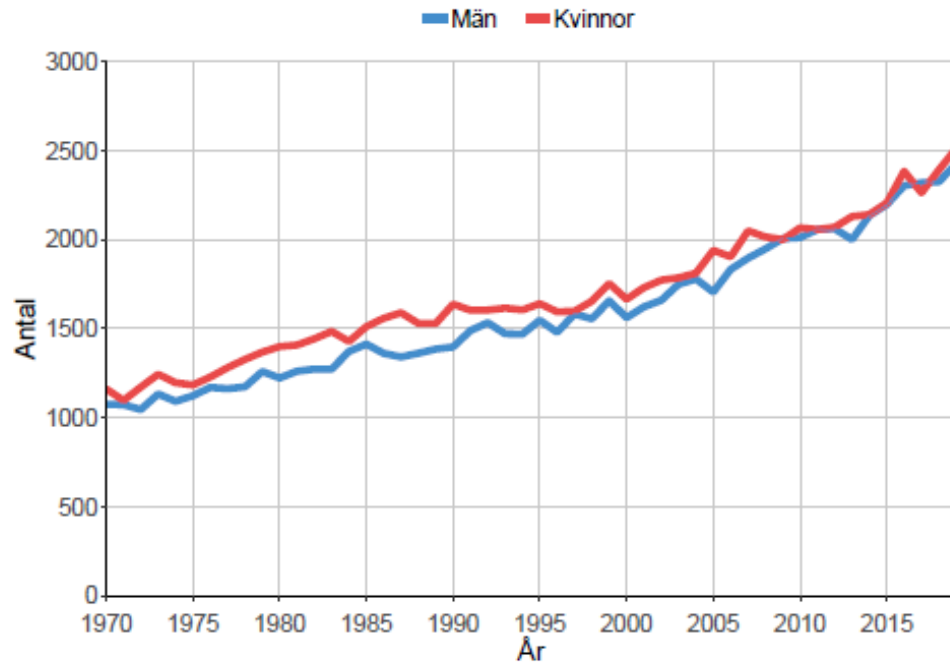
Mattias Prytz, Docent, Överläkare i kirurgi
Kirurgkliniken & FoU-enheten i NU-sjukvården
Institutionen för Kliniska Vetenskaper, Sahlgrenska Akademin
Göteborgs Universitet

Kristina Åhlund, Med Dr, specialistfysioterapeut
FoU-enheten i NU-sjukvården
Institutionen för Hälsovetenskap
Högskolan Väst

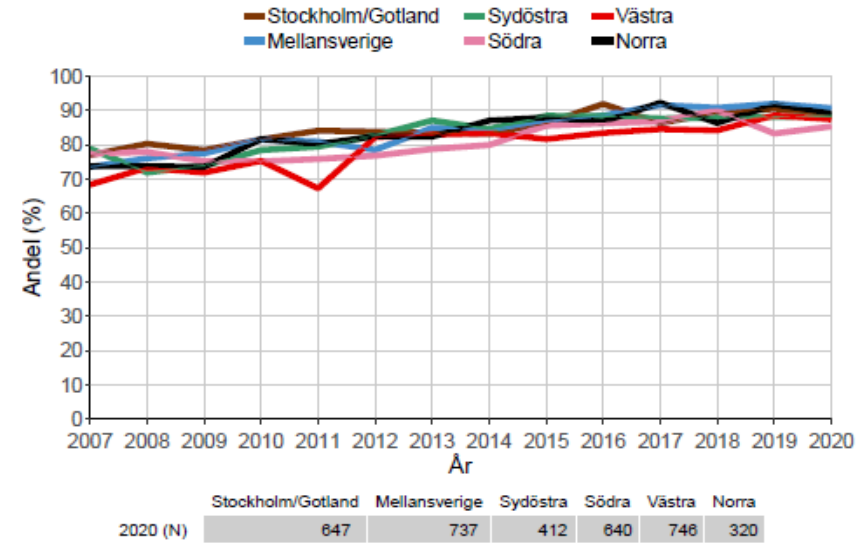
Bakgrund – kolorektal cancer:

- ~6000 fall/år i Sverige - 2/3 kolon, 1/3 rektum
- **65-75% över 65 år**
- Medianålder: **~73 år** (samma för könen)
- Totalt sett: ~65% kureras

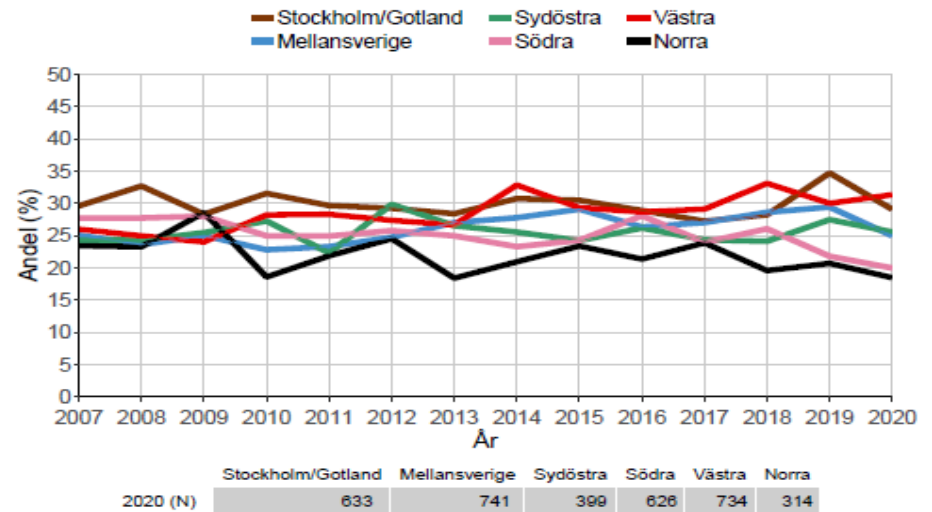
Status presens:



Figur 4.1. Antal fall av koloncancer i Sverige, 1970-2019

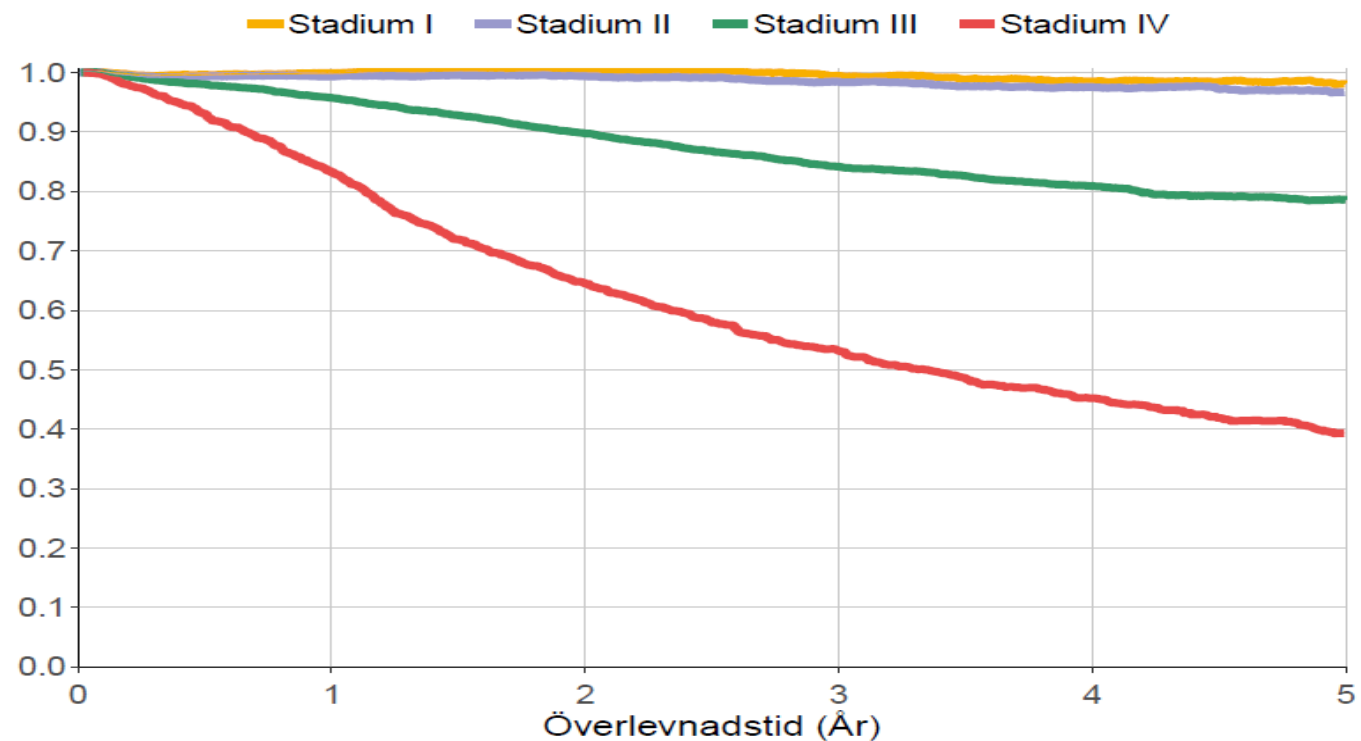


Figur 7.13. Kurativ syftande operation, resecerade tumörer, 2007-2020



Figur 9.3. Postoperativa komplikationer, opererade patienter, 2007-2020

Resultat – prognos koloncancer:



Figur 11.11. Relativ överlevnad, elektivt opererade patienter med diagnos 2014-2020

Hälsomässig skörhet - frailty

”ett kliniskt tillstånd där äldre människors förmåga att hantera vardagliga eller akuta stressorer äventyras av en ökad sårbarhet, orsakad av en åldersrelaterad minskning av fysiologisk reserv och funktion i flera organsystem samtidigt ”

WHO, 2017

Betydelse av skörhet:

Multivariate logistic regression analysis for severe postoperative complication.

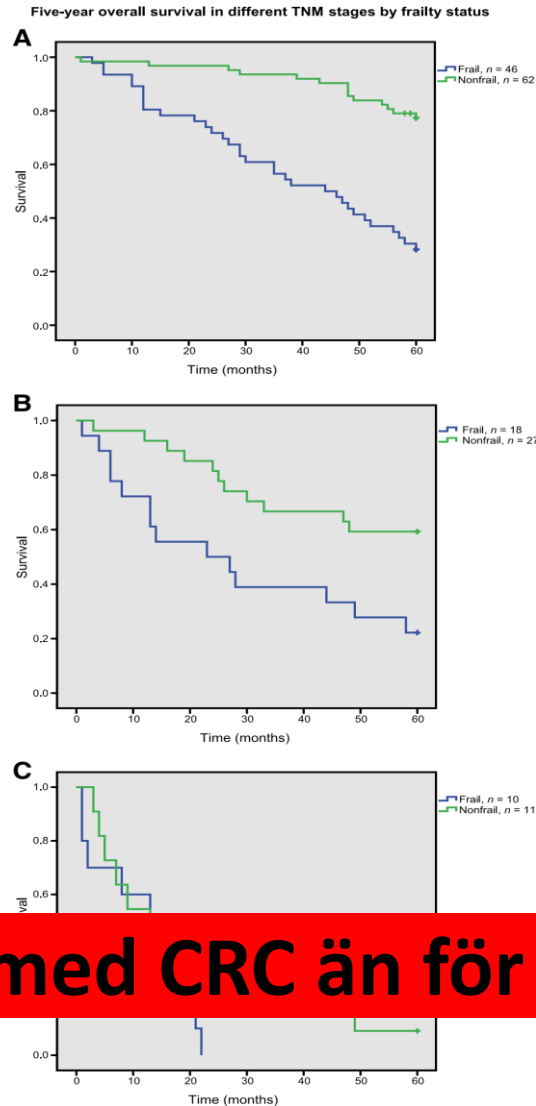
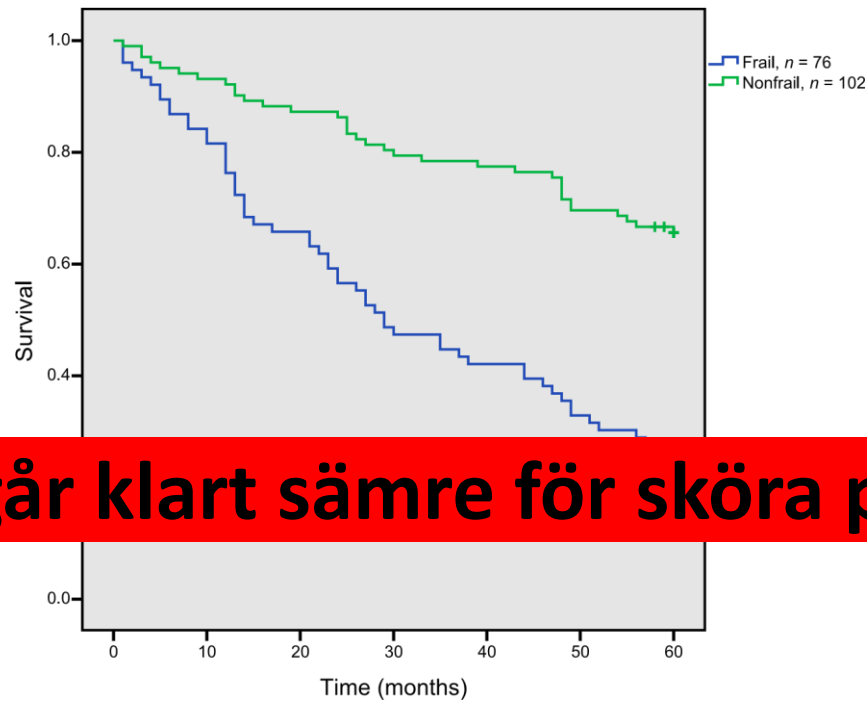
Variable	Univariate P-value	Multivariate Odds ratio [95% CI]	P-value
Male	0.0643		
Age ^a 74 (years)	0.2583		
BMI ^a 22 (kg/m ²)	0.6200 0.0322		
Surgical procedure LAR Laparotomy	0.3440	2.80 [1.06e6.92]	0.0383
Stage III/IV	0.9952		
Experienced operator	0.7534		
Operation time ^a 263 (min)	0.5023		
Bleeding ^a 50 (g)	0.1824 0.7569		
Sarcopenia			
Frailty	0.0010	3.42 [1.62e7.29]	0.0013

^aMedian values are used for the cut-off value.

Okabe, H., et al. (2019). "Frailty predicts severe postoperative complications after elective colorectal surgery." Am J Surg 217(4): 677-681.

Betydelse av skörhet:

Figure 1. Five-year overall survival by frailty status. Kaplan-Meier plot of 5-year survival in frail (n=576) versus non frail (n=5102) patients.



Det går klart sämre för sköra pat med CRC än för de icke-sköra!

Figure 2. Five-year survival in different tumor stages by frailty status. Kaplan-Meier plots of 5-year survival in frail versus nonfrail patients are stratified according to TNM classification of malignant tumors (TNM) stage. (A): TNM stages 0-II (localized disease; n= 108; log rank p, .001). (B): TNM stage III (regional disease; n=545; log rank p5 .007). (C): TNM stage IV (distant metastases; n=521; log rank p5 .2).

Ommundsen, N., et al. (2014). "Frailty is an independent predictor of survival in older patients with colorectal cancer." *Oncologist* 19(12): 1268-1275.

Frailty-studien - design och inklusion:

- Prospektiv randomiserad kontrollerad multicenter-studie
- Studiepopulation:
 - **≥70 år med kolorektal cancer**
 - **Sköra – definierade som Clinical Frailty Scale 4-8**
 - **Potentiellt kurabel situation – utifrån aktuell radiologi**

Frailty-studien - design och inklusion:

■ Vetenskapliga frågeställning:

- Kan **identifiering av äldre sköra patienter** och efterföljande **preoperativ geriatrisk värdering och behandling** ("CGA and care") utförd av läkare, sjuksköterska, dietist och fysioterapeut **förbättra utfallet** för gruppen sköra äldre, efter **kurativt syftande kolorektalcancer-kirurgi** ?

Studien: Intervention och kontroll

- **Kontrollgruppen:** Standard-vård enligt bästa tillgängliga evidens –
=> **ERAS-konceptet**

- **Interventionsgruppen:**
Standardvård enligt bästa tillgängliga evidens + ***Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) and Care***

– Clinical Trials.gov: "*Effect of CGA for Frail Elderly Patients Operated for Colorectal Cancer - The CRC Frailty-study*"

Utförande:

■ Efter randomisering - **interventionsgruppen:**

- **”Comprehensive Geriatric Assessment and Care”**
- **Multimodal bedömning** av medicinare/geriatriker, SSK, Fysio-/arbetsterapeut och Dietist – **1 extra besök:**
 - Medicinöversyn, BT-kontroll, kompletterande kardiopulmonell utredning? mm
 - Värdering av social situation, ADL-status – behov av justeringar, hjälp?
 - Fysisk funktionsbedömning med rek om åtgärder – övningar/”träning”
 - Noggrann nutritionsbedömning – rek om åtgärder

=> Individuellt ”åtgärdspaket”

Utförande:

- Efter randomisering - **interventionsgruppen:**
 - 2-8v för interventionen (godkännande fr EPN) – avsteg fr SVF
 - **Veckovis avstämning av pat ingående i interventionen**
 - Utnyttja tiden väl – tfn-uppföljning via kontakt-ssk, dietist el arbets/fysio
 - Extra besök vid behov
 - Sedvanlig narkos-bedömning, inskrivning, stomi-SSK-kontakt etc.
 - Noggrant planeringsbehov – op-koordinator
- => Inte längre interventionstid än nödvändigt**

Utfallsmått:

- **Primary endpoint: 90-dagars mortalitet**
- **Secondary endpoints:**
 - Sjukhusvårdtid
 - Hälsoekonomiska beräkningar inkl. kostnadseffektivitet
 - Utskrivningsdestination (hem el boende) och behov av hemhjälp
 - ADL vid uppföljning (jämfört med baseline)
 - CFS-9 score vid uppföljning (jämfört med baseline)
 - 30-d återinläggning
 - Postoperativa komplikationer enligt Clavien-Dindo-skalan
 - Hälsorelaterad QoL
 - Patientsäker läkemedelsbehandling

Innehåll i interventionen

Comprehensive Geriatric Assessment and Care (CGA)

- ❑ Personcentrerad vård
- ❑ Koordinerad interdisciplinär bedömning
- ❑ Interprofessionellt arbete med regelbundna team-träffar
- ❑ Identifiering av fysiska/psykiska/sociala faktorer av betydelse
- ❑ Utforma en vårdplan som också innefattar rehab-plan

“multidimensional interdisciplinary diagnostic and treatment process that identifies medical, psychosocial and functional capabilities of older adults to develop a coordinated plan to maximize overall health with ageing”

Pilotto, et al. 2017

Interprofessionell samverkan

Läkare, sjuksköterska, fysioterapeut, apotekare och dietist

- God evidens för CGA i sjukhusmiljö, vilket ffa gäller om teamet har ett direkt patientansvar. Bedömningar och insatser som gös via ”mobila team” eller på konsultbasis har inte samma effekt

SBU, 2013

- Vårdpersonal som arbetar med äldre patienter behöver ha kunskap och förståelse för skörhet. Först då tydliggörs behovet av olika kompetens, vilket är en förutsättning för en välfungerande interprofessionell samverkan

Roller-Wirnsberger et al, 2020

Styrkor med CGA inför CRC-kirurgi?

- Identifierar personer med särskild risk - skörhetskattning
- Personcentrerat förhållningssätt – compliance?
- Medicinsk optimering (v.b ytterligare undersökningar, läkm-genomgång)
- Dietist – bedömning och nutritionsbehandling
- Fysioterapeut (information, träning, andningsträning, hjälpmedel)
- Undersökningar/behandlingar följs upp av respektive profession
- Teamsamverkan – aktuellt status diskuteras veckovis - avvägning

Föreställningar om vad som är möjligt – påverkar förmågan att vara följsam

- Traditionellt är patienten mottagare av vård
- Uppfattning om att vara *för gammal, för sjuk, för ont*
- Fysisk aktivitet och träning kan upplevas som en balansgång mellan nytta och risk för skada
- KASAM - Behov av kunskap (begriplighet), få hjälp med strategier hur göra (hanterbarhet) och hitta personliga mål (meningsfullhet)

Viktigt att ha med sig i en intervention där patienten är utförare!

Hur upplever äldre sköra patienter med CRC deltagande i en CGA-intervention?

Intervjustudie med mål att genomföra ca 20 intervjuer. Inga färdiga resultat

Några citat

”Mycket är ju logiskt. Man kommer in i det och då fattar man ju vad det är som gäller... Jag är ju bra mycket lugnare nu än vad jag var när jag åkte hit inför första gången... Ja, det har varit psykiskt eller mentalt bra att vara med i studien. Jag har blivit mer förberedd” (man 93 år)

Forts. citat

”Jag tänkte att klarar jag operationen så har jag ju chansen till efteråt. Då kan jag ju leva en fem, sex år till. Fast jag är ju inte så gammal då förstås (blinkar med ögat). Jag är ju bara 93år. Ja, snart 94”
(man 93 år)

”Redan från början så blev jag bemött bra. Inte bara det att man är gammal och klen, utan jag har blivit tilltalad på ett sätt som jag vill bli tilltalad på... Hon informerade mig så bra. På något sätt så kändes det så väldigt omhändertagande...jag tänker att det är fantastiskt att hon tar sig tid till detta”
(kvinna 85 år)

Frailty-studien så här långt:

- Hittills Tre inkluderande enheter: NÄL, Skövde och SU/Östra
 - Tillgång till geriatriker/medicinare med intresse/kunskap centralt och utmanande
- Många äldre patienter är INTE sköra
- *Känns bra* att samlas multiprofessionellt runt pat för att optimera
- Patientens *egna engagemang* upplevs väldigt avgörande
- Som alltid utmanande med patient-info när pat randomiseras till interventionen

Tack!

Frågor?