Samen beslissen bij ouderen met een gynaecologische tumor

Dr. Mandy Kiderlen
Radiotherapeut-Oncoloog
Haaglanden MC, loc. Antoniushove

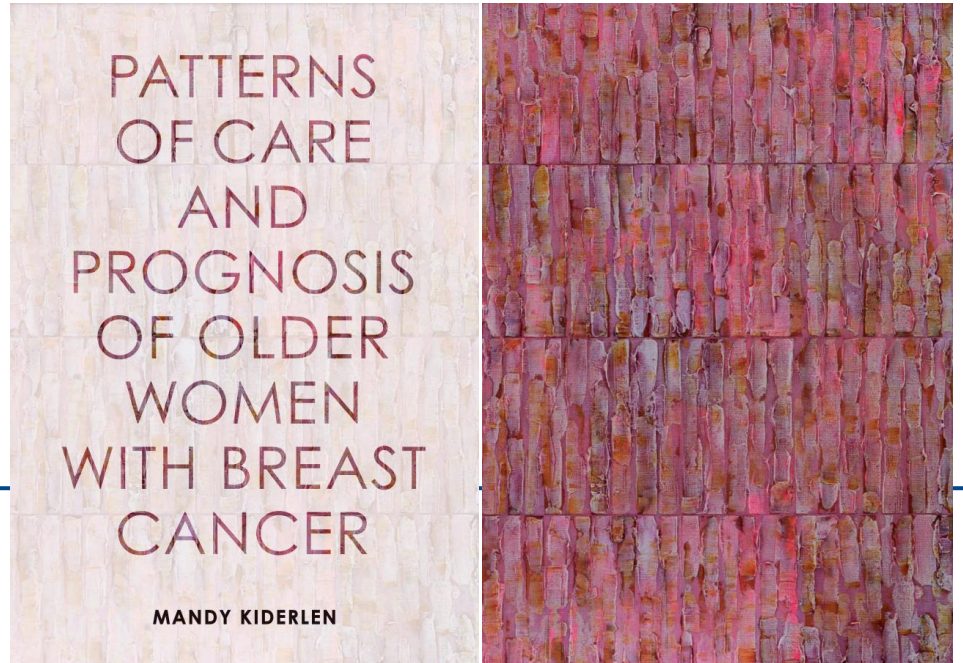
Disclosures - *Mandy Kiderlen*

(potentiële) belangenverstrengeling	- Geen
Voor bijeenkomst mogelijk relevante relaties met bedrijven	- Geen
• Sponsoring of onderzoeksgeld • Honorarium of andere (financiële) vergoeding • Aandeelhouder • Andere relatie, namelijk …	- N.v.t. - N.v.t. - N.v.t. - N.v.t.

- HMC, Loc. Antoniushove
- Gyn
- Ook: neuro, mamma, huid

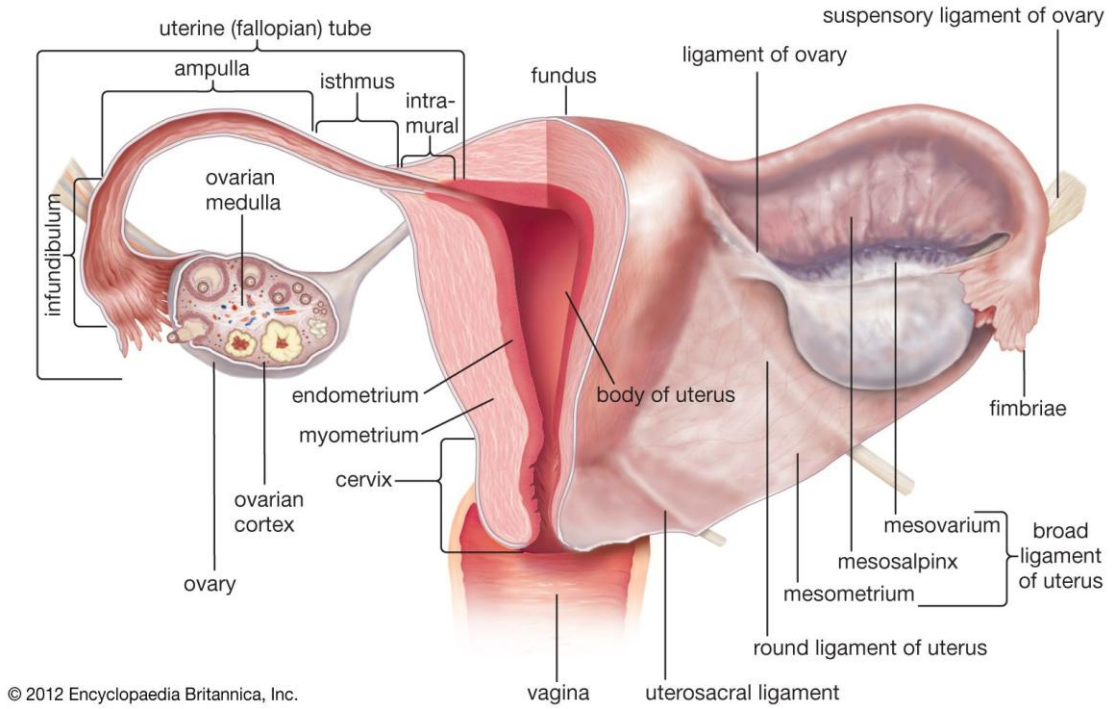
- Opleiding 2017-2022
  - Erasmus MC
  - HMC

- Promotie LUMC (2018)



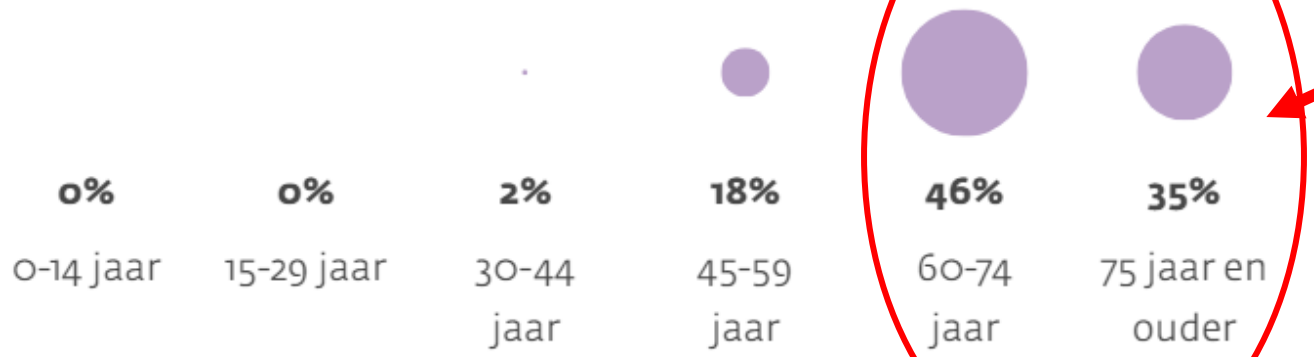
Radiotherapie bij gynaecologische kankers

- Cervixcarcinoom
  - Vroegstadium: operatie
  - Gevorderd stadium: Chemoradiotherapie
- Endometriumcarcinoom
  - Primair operatie “TLH+BSO”
  - Adjuvant:
    - Vaginale brachytherapie
    - Uitwendige radiotherapie
    - Chemoradiotherapie
- Palliatieve radiotherapie

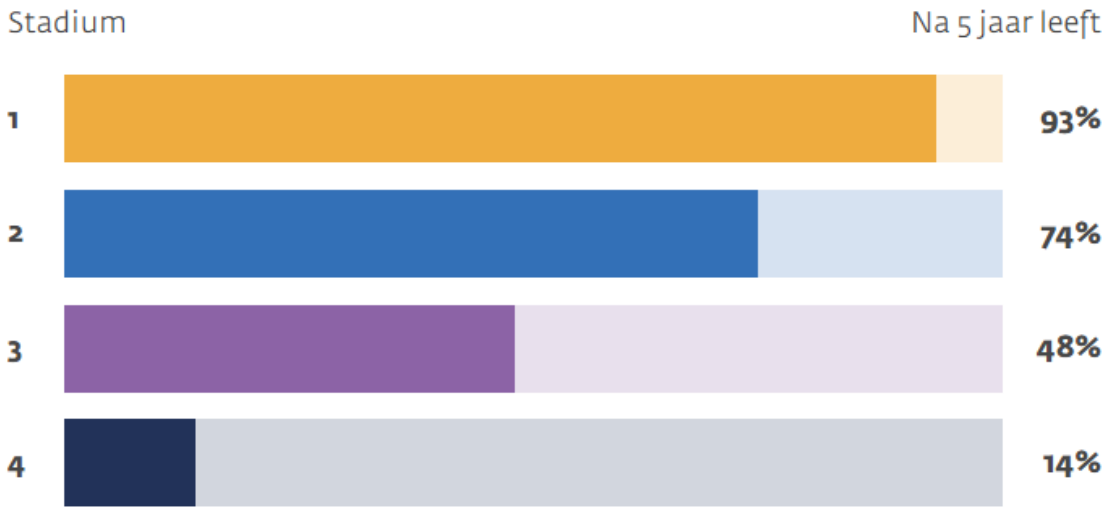


Endometriumcarcinoom: incidentie en prognose

- NL 2023: N = 2,199



De stadiumverdeling bij alle mensen die voor het eerst horen dat ze deze kankersoort hebben:



Behandeling endometriumcarcinoom

- Cornerstone van de behandeling = chirurgie
  - “TLH + BSO”
    - Totale laparoscopische hysterectomie + bilaterale salpingo-ovariëctomie

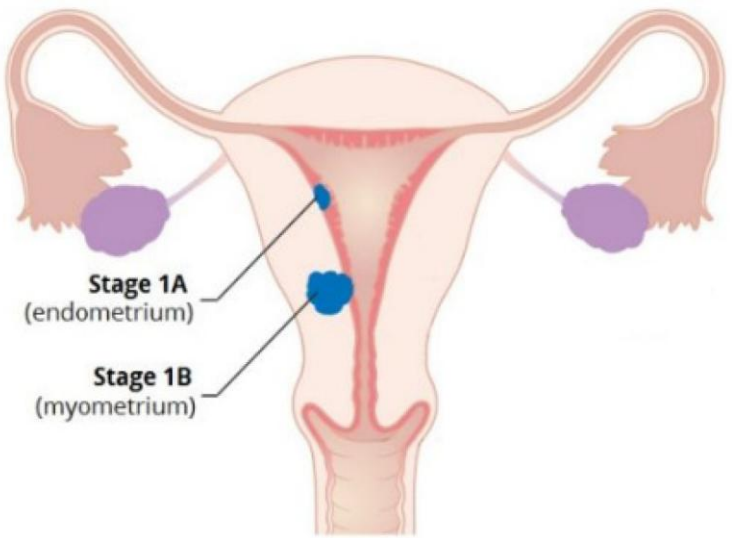
- <u>Adjuvante</u> behandeling
  - Radiotherapie
    - Vaginale brachytherapie, VBT
    - Uitwendige bekken radiotherapie, EBRT

  - Chemotherapie / immuuntherapie
    - →Afhankelijk van stadium (FIGO)
    - →…èn moleculaire classificatie (p53, POLE, NSMP, MMRd/p)

Radical hysterectomy with bilateral salpingo-oophorectomy

Endometriumcarcinoom vroegstadium

- Indien FIGO 1B: indicatie voor vaginale brachytherapie
- Doel: verlagen risico op recidief
- 3x7 Gy, 1x/week, middels vaginale cilinder
  - Bestraling vaginatop
  - Bijwerkingen: mild.
    - Vermoeidheid, kortdurend blaas- en darmklachten



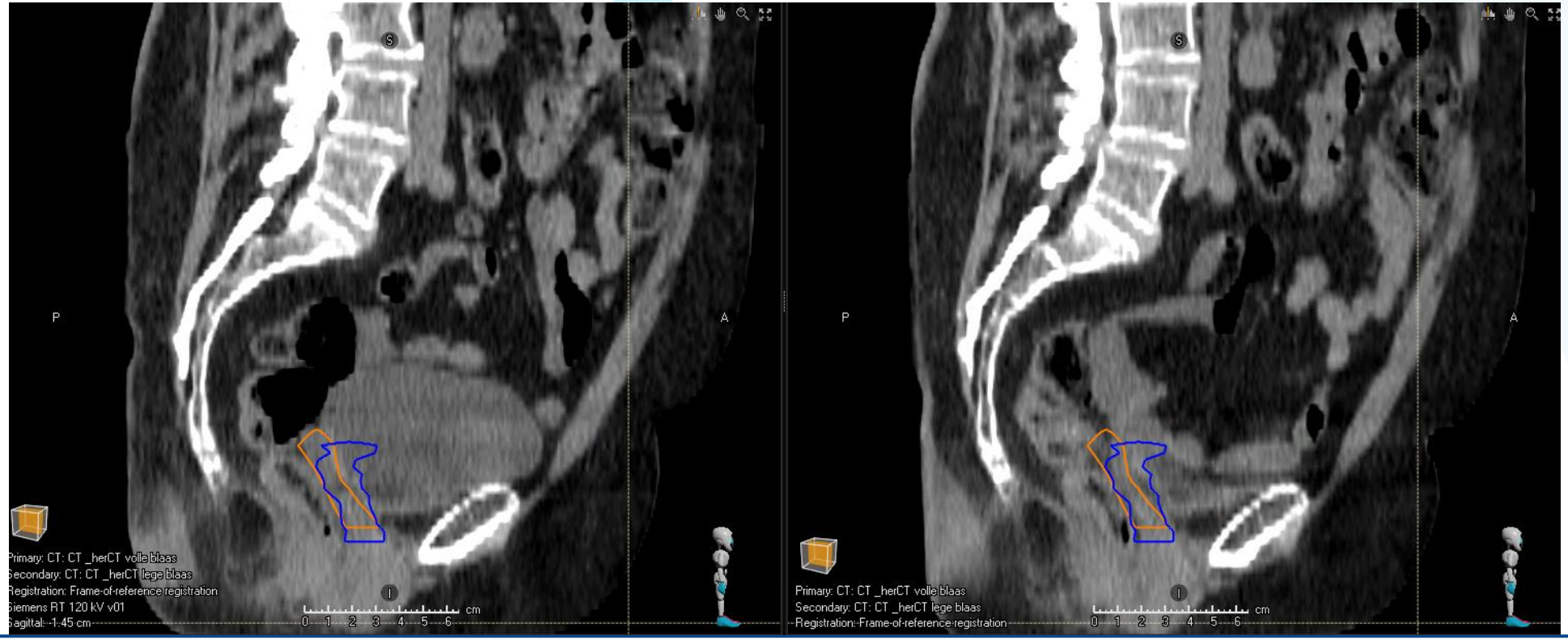
Endometriumcarcinoom, gevorderd stadium

- Uitwendige bestraling / EBRT
  - 23x2 Gy, 5x/week
  - Indien high risk: ook chemotherapie: tijdens en na bestraling

- Voorbereiding: 2x CT scan, volle en lege blaas

Intekenen: CTV - ITV

- Beweging van het doelgebied door blaasvulling
- (NB ook darmvulling)

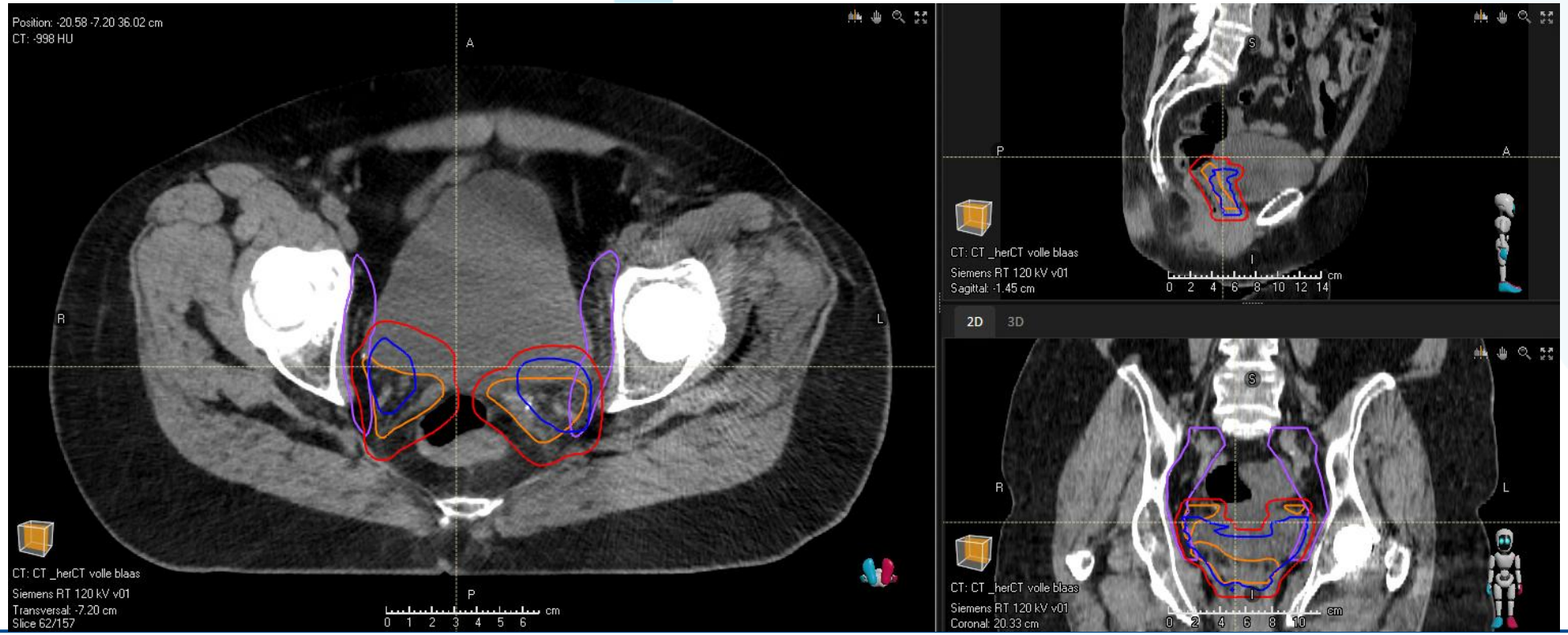


Intekenen: PTV

- Marge voor onzekerheden:
  - Beweging van het doelgebied
  - Beweging van de patiënt
  - Inteken onnauwkeurigheid
  - ….

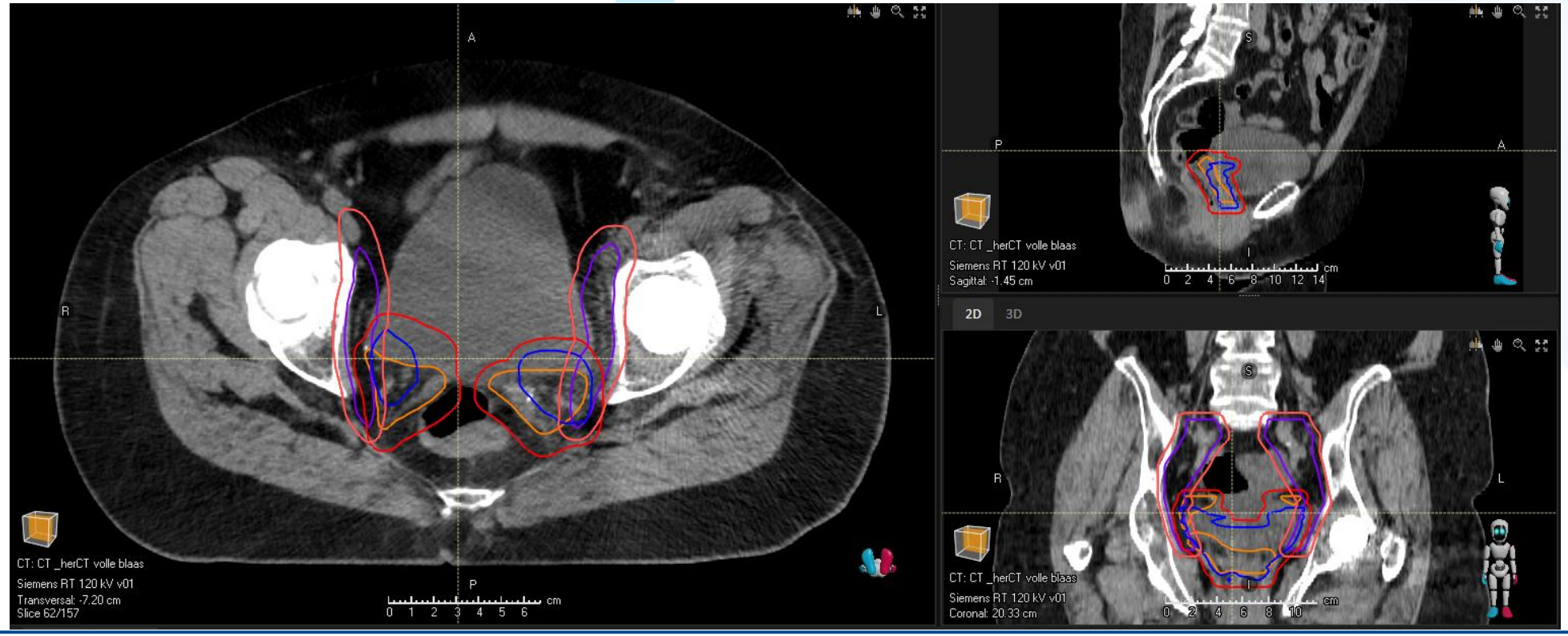
Intekenen: lymfkliergebieden

- Rondom darmen



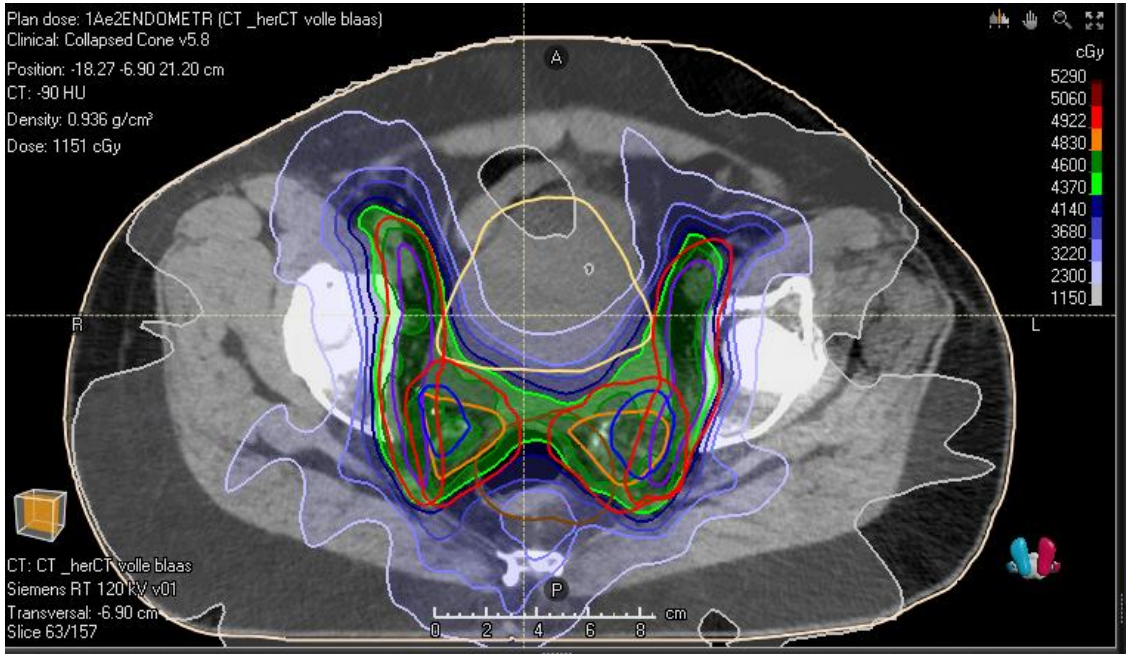
PTV

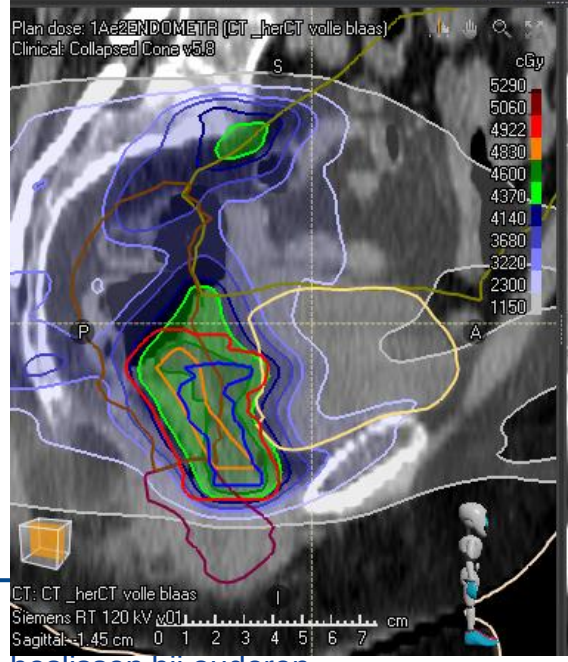
- Marge ook om de klieren

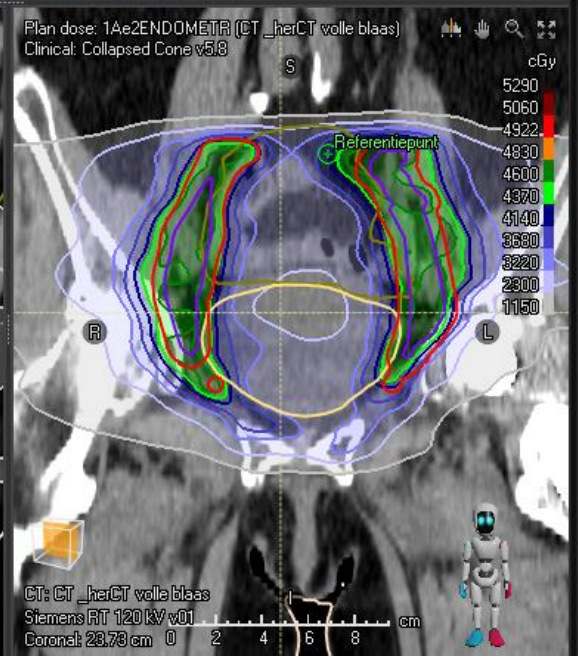


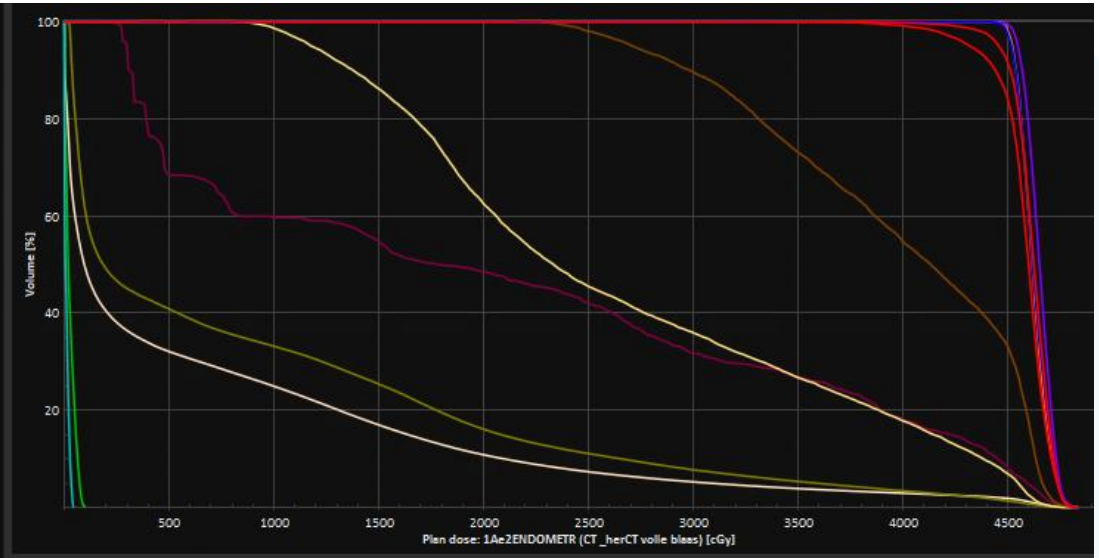
Bestralingsplan

- VMAT: Volumetric-Modulated Arc Therapy
  - 360 graden om de patiënt heen









Dose axis: Absolute cGy Volume axis: Relative max

Dose statistics | **Clinical goals** | Beams (Current) | Control points (Current) | BEV (Current)

Add... Edit... Copy Delete Load template... Save as template...

Priority	Dose	ROI/POI	Clinical goal	Value	Result
1	Plan dose: 1Ae2ENDO...	PTV_4600_nw	At most 50.00 % volume at 4692 cGy dose	18.04 %	✓
2	Plan dose: 1Ae2ENDO...	Anal_Canal	At most 2.00 % volume at 5200 cGy dose	0.00 %	✓
2	Plan dose: 1Ae2ENDO...	Anal_Canal	At most 4000 cGy average dose	2076 cGy	✓
2	Plan dose: 1Ae2ENDO...	Bladder	At most 2.00 % volume at 5200 cGy dose	0.00 %	✓
2	Plan dose: 1Ae2ENDO...	Bladder	At most 4600 cGy average dose	2647 cGy	✓
2	Plan dose: 1Ae2ENDO...	Bowel_Bag	At most 2.00 % volume at 5200 cGy dose	0.00 %	✓
2	Plan dose: 1Ae2ENDO...	Bowel_Bag	At most 3000 cGy average dose	883 cGy	✓
2	Plan dose: 1Ae2ENDO...	Kidney_L	At most 1500 cGy average dose	26 cGy	✓
2	Plan dose: 1Ae2ENDO...	Kidney_R	At most 1500 cGy average dose	10 cGy	✓
2	Plan dose: 1Ae2ENDO...	Rectum	At most 2.00 % volume at 5200 cGy dose	0.00 %	✓
2	Plan dose: 1Ae2ENDO...	Rectum	At most 4000 cGy average dose	3960 cGy	✓
3	Plan dose: 1Ae2ENDO...	Bladder	At most 75.00 % volume at 4000 cGy dose	17.82 %	✓
3	Plan dose: 1Ae2ENDO...	Bladder	At most 85.00 % volume at 3000 cGy dose	35.94 %	✓
3	Plan dose: 1Ae2ENDO...	Bowel_Bag	At most 100.00 cm³ volume at 4000 cGy dose	94.27 cm³	✓
3	Plan dose: 1Ae2ENDO...	Bowel_Bag	At most 350.00 cm³ volume at 3000 cGy dose	213.61 cm³	✓

Bijwerkingen

Acuut:

- Vermoeidheid
- Diarree
- Mictieklachten – radiatiecystitis

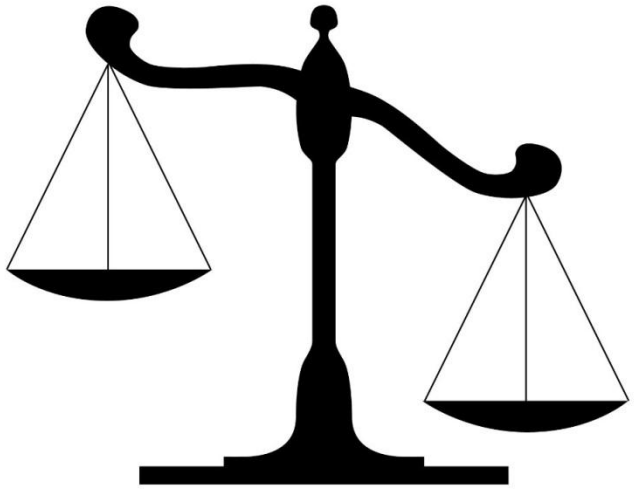
Laat:

- Veranderd ontlastingspatroon
- Blaasklachten – continentieproblematiek
- Afname conditie

IT'S DECISION TIME

Afwegingen bij behandelkeuzes bij ouderen met kanker

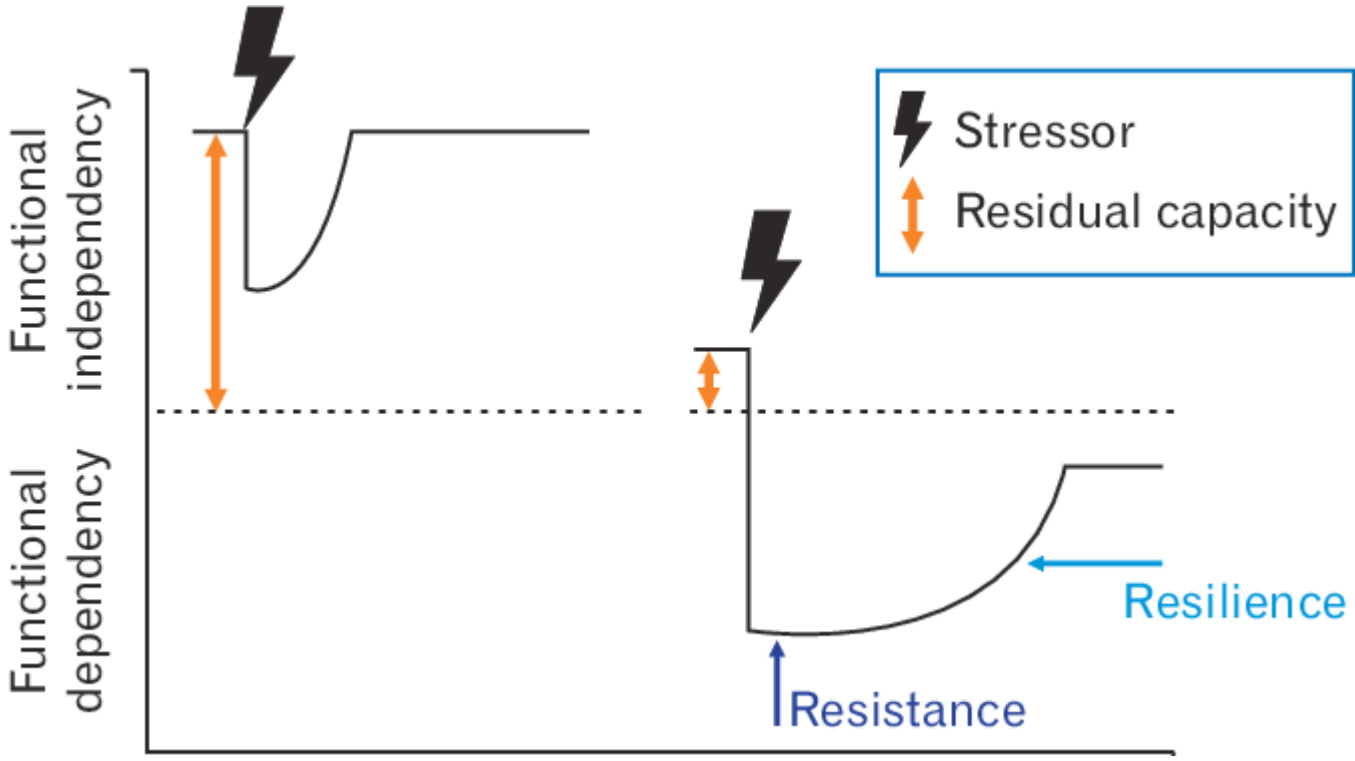
+ Overlevingswinst
+ Oncologische eindpunten



- Kwaliteit van leven
- Dagelijks functioneren
- Functionele (on)afhankelijkheid
- Voorkeuren

Andere overwegingen / risico's bij behandelkeuzes ouderen

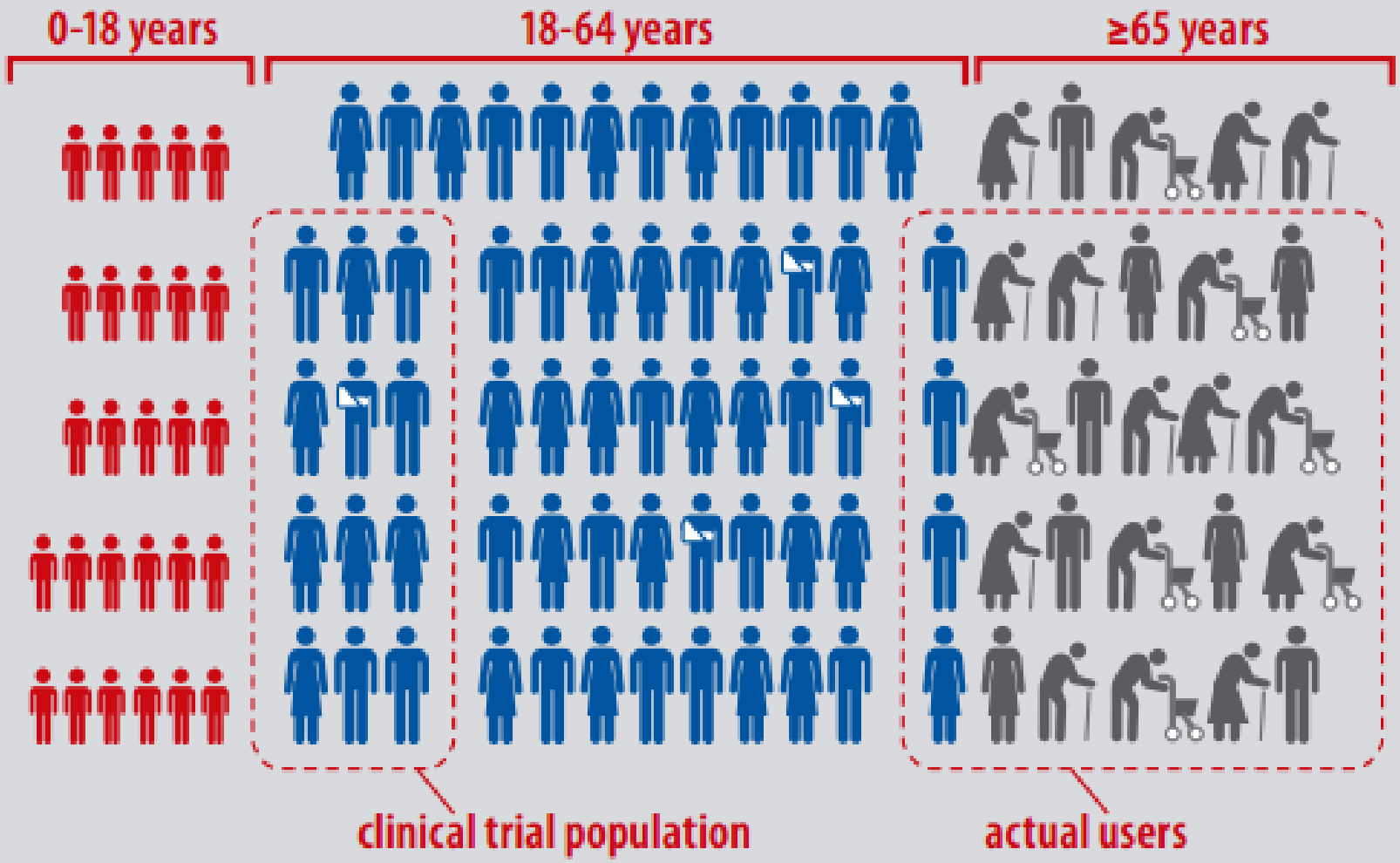
- Overbehandeling vs Onderbehandeling
- Draagkracht vs Draaglast
- (gebrek aan) veerkracht
- Weinig evidence (trials vs. real world)
- Voorkeuren / prioriteiten
  - Survival vs. QoL vs. functioneren



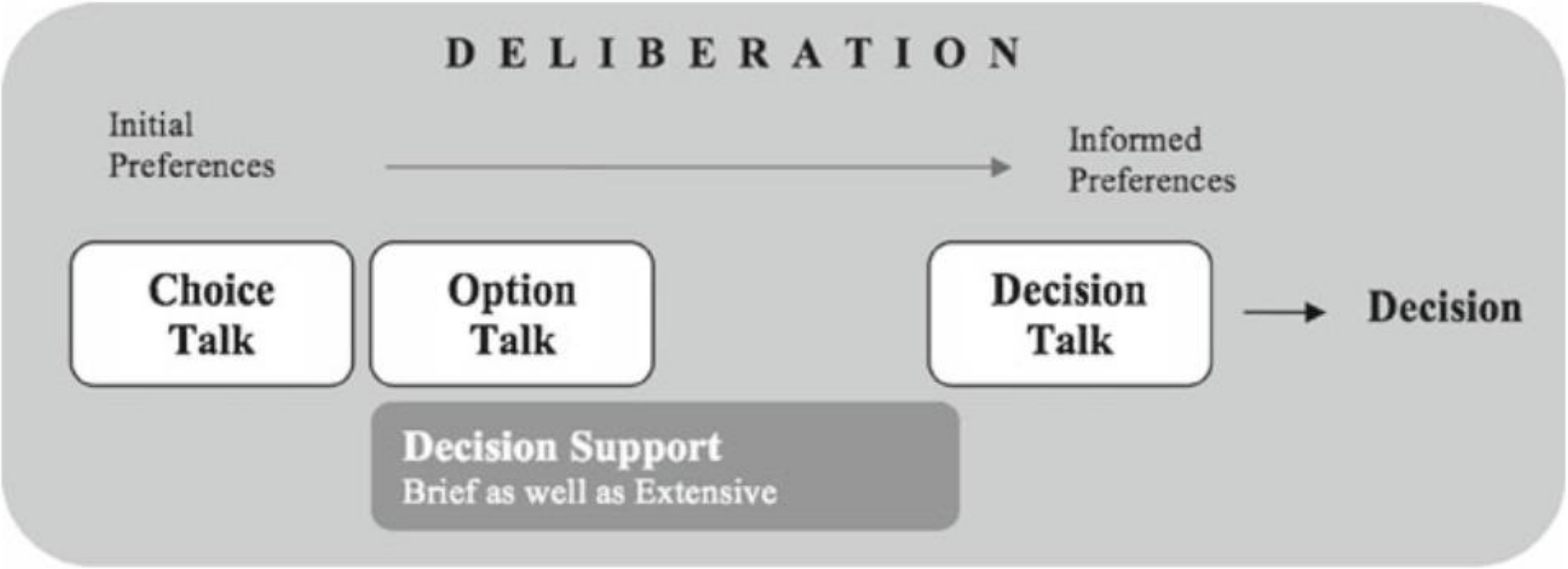
Modified from Clegg et al. Lancet 2013

Wong et al. JGO 2023

De ene oudere is de ander niet



Shared decision making – Elwyn's model



Elwyn et al J Gen Intern Med. 2012

SDM bij ouderen met kanker

+ **Best case/Worst case communication**

+ “Scenario planning” voor 2 opties:
  a. Best case
  b. Worst case
  c. Most likely

Journal of Geriatric Oncology 13 (2022) 606–613

Contents lists available at ScienceDirect

Journal of Geriatric Oncology

“You have to be sure that the patient has the full picture”: Adaptation of the Best Case/Worst Case communication tool for geriatric oncology

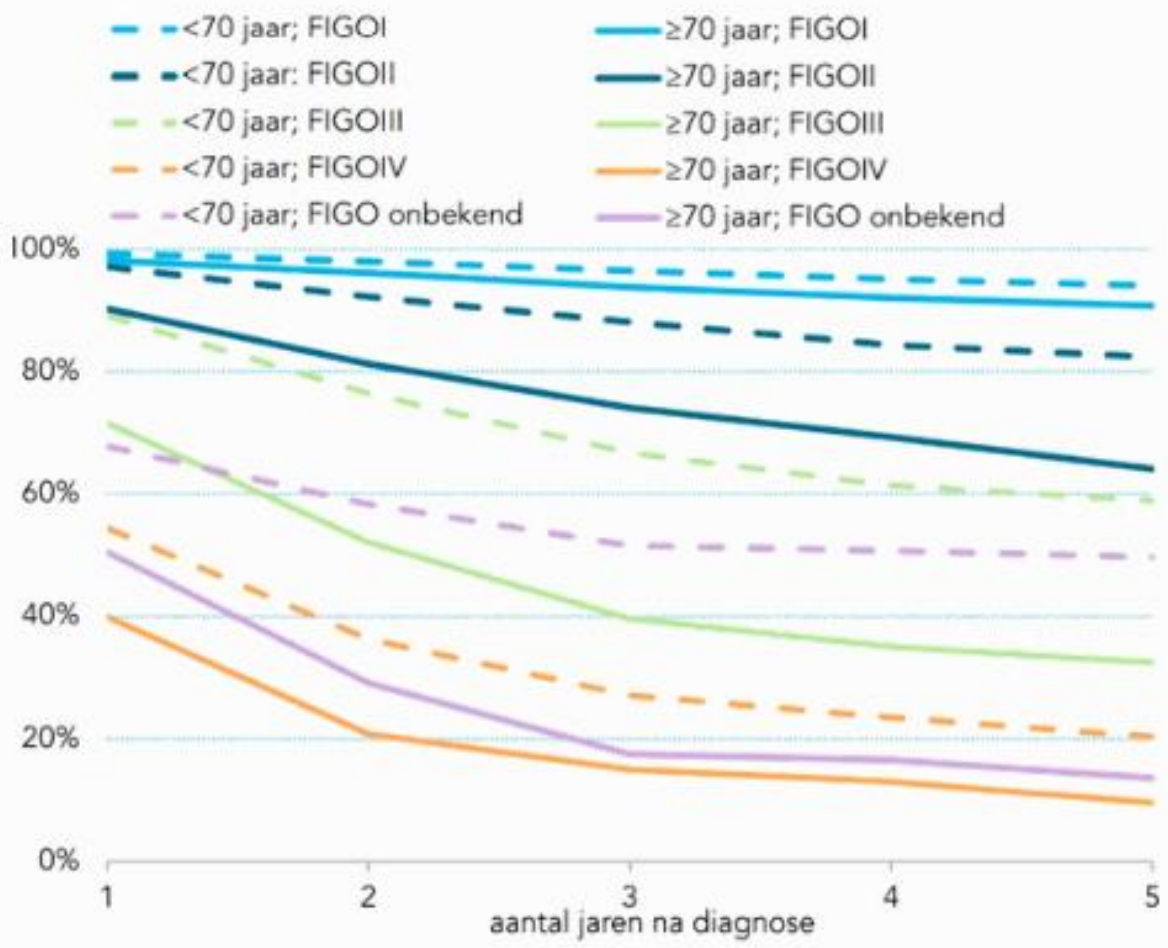
Melisa L. Wong [a,b,*], Francesca M. Nicosia [b,c], Alexander K. Smith [b], Louise C. Walter [b], Vivian Lam [a], Harvey Jay Cohen [d], Kah Poh Loh [e], Supriya G. Mohile [e], Carling J. Ursem [a,f], Margaret L. Schwarze [g,h]

[a] Division of Hematology/Oncology, Helen Diller Family Comprehensive Cancer Center, University of California, San Francisco, San Francisco, CA, USA
[b] Division of Geriatrics, University of California, San Francisco and San Francisco Veterans Affairs Health Care System, San Francisco, CA, USA

Elwyn model:	Choice Talk	Option Talk		Decision Talk	
Traditional cancer decision making	(Introduction of choice not routine)	Options presented using survival statistics and risks of traditional adverse events (e.g., neutropenia)	(Discussion of function and patient goals not routine)	Oncologist recommendation based on cancer characteristics	Cancer-centered decision
Patient-centered decision making with BC/WC tool	Introduction of choice and role of goals/values	Options presented using narrative descriptions of the treatment experience in best-, worst-, and most likely case scenarios	Elicit feedback about patient goals/values and concerns	Oncologist recommendation based on goals/values	Goal-concordant decision

BEST CASE / WORST CASE
BREAK BAD NEWS
STORYTELLING
INCLUDE OTHER MEDICAL PROBLEMS
MAKE A RECOMMENDATION
TREATMENT A
TREATMENT B
WHAT IS IMPORTANT TO YOU NOW?

Overleving endometriumcarcinoom (IKNL)



Grafiek: Relatieve overleving van vrouwen met endometriumcarcinoom in de periode 2002-2013

Bron: Rapport kankerzorg in beeld (IKNL): de oudere patiënt

Portec studies – de getallen

- PORTEC 1 (Creutzberg, Lancet, 2000)
  - FIGO 1: EBRT vs. geen behandeling
  - 5 jaar recidief kans 4% vs. 14%; **+10%**
    - Geen impact op overleving. EBRT meer toxiciteit.

- PORTEC 2 (Nout, Lancet, 2010)
  - FIGO I/IIA: EBRT vs. VBT
  - 5 jaar recidief kans 1,6% vs 1.8%
    - minder GE tox (gr. 1-2 12.6% vs 53.8%)

- PORTEC 3 (De Boer, Lancet Oncology, 2019)
  - FIGO I-III, EBRT vs. EBRT+chemotherapie
  - Overall survival 5 jaar 81,4% vs. 76,1% ***+4.8%***
    - Maar ook: negative impact on long term toxicity and HRQOL (Post, IJROBP 2021)

Patient preferences obv PORTEC-3 getallen (5% overlevingswinst)

- **PRETEC-2 studie “minimally desired survival benefit”**

- Post et al. Gyn Onc 2021, enquete onder 171 patienten en 63 artsen:
  - Voor 5 % overlevingswinst: 40% patienten en 65% artsen prefereert CRT boven RT only
  - MDSB Patienten vs. dokters: 10% vs. 5% overlevingswinst van CRT op RT only
  - Ouderen hebben hogere MDSB

- Wakkerman, *submitted*: age specific voorkeuren onder 171 patiënten
  - **21,9%** van 70+ers zou CRT accepteren boven RT voor 5% overlevingswinst
  - Patienten 70+: MDSB **15%** (vs 5% <60 jaar)

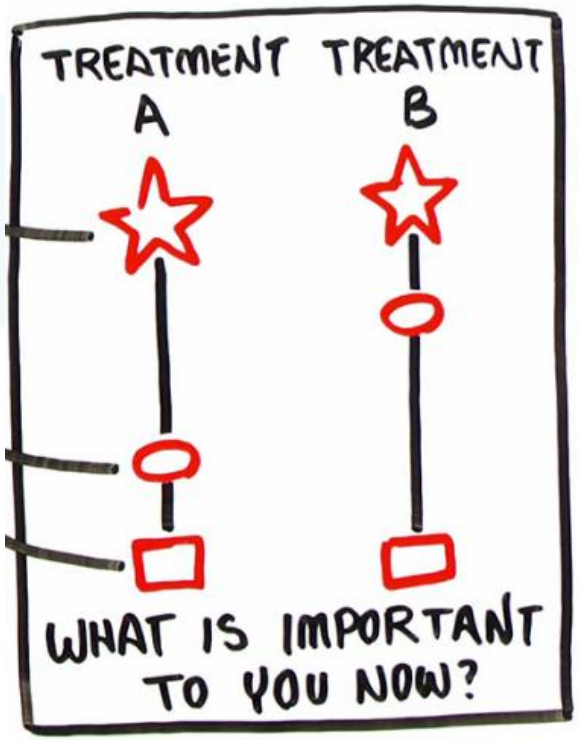
The research also found that older people are more risk-averse than their midlife counterparts when choosing between possible gains, but more risk-seeking when choosing between losses

Casus

- Patiënte 59 jaar.
- VG: o.a. obesitas (BMI 40), diabetes+retinopathie+polyneuropathie, hartfalen (waarvoor meerdere opnames), pulmonale hypertensie
- Huidig probleem: buikpijn en vaginaal bloedverlies
- Diagnose: ongedifferentieerd carcinoom onduidelijke origine, p53 gemuteerd
  - PA verkregen via hysteroscopie, moeizame procedure
- Behandeling: AUE+BSO
- Postoperatief beloop: 3 dagen IC, moeizaam herstel conditioneel
- PA: p53 gemuteerd ongedifferentieerd carcinoom van minimaal 10x8 cm, graad 3, LVSI+, doorgroei tot >50% myometrium. FIGO IB
- MDO: chemoradiatie volgens portec-3, als patiënte dit aankan en wil.

Vervolg casus

- Gesprek met radiotherapeut en oncoloog en patiënte 6 weken postop. Patiente in rolstoel, dyspnoisch, “sterke behandelwens”, maar wil niet lijden t.g.v. behandeling



- Uitleg over te verwachten beloop **Best case / worst case**
  a. Geen adjuvante behandeling
     a. Worst case: snel recidief en/of metastasen waardoor snel achteruitgang en mogelijk overlijden
     b. Best case: geen recidief, tumor blijft weg (die kans bestaat ook)
     c. Most likely: recidief waarvoor symptomatische behandeling
  b. Chemoradiatie
     a. Best case: 23% overlevingswinst (pm Portec 3 p53 abn: 5y OS 36 vs. 59%)
     b. Worst case: conditionele achteruitgang door behandeling
     c. Most likely: door comorbiditeit grotere kans op toxiciteit, achteruitgang algehele conditie en vroegtijdig staken behandeling

Casus vervolg

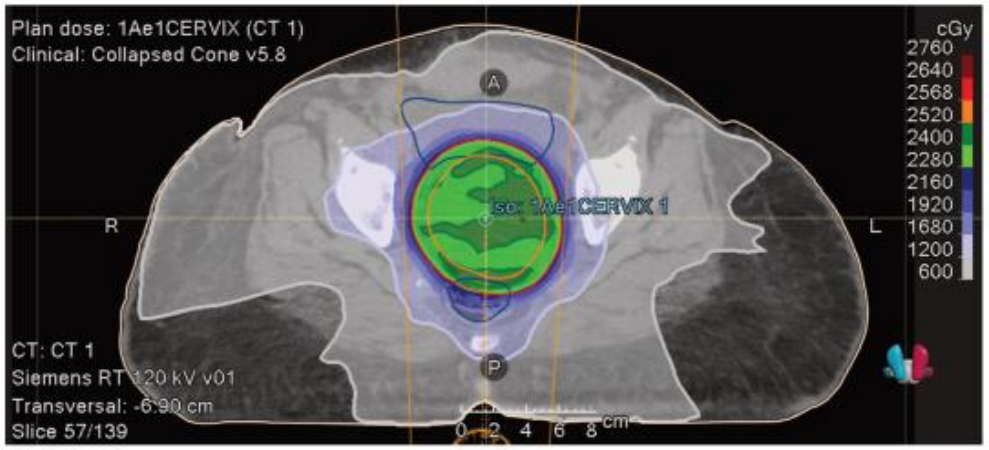
- Patiënte kiest voor afwachten

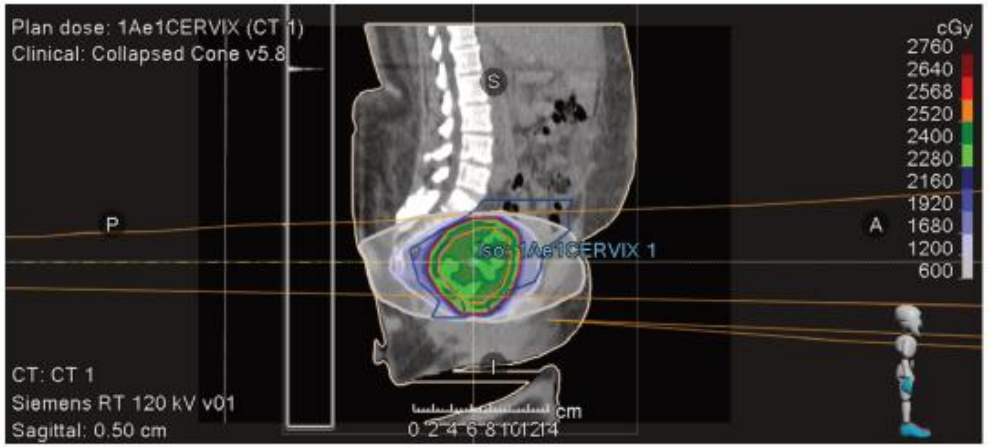
- 6 maanden later: vaginaal vocht- en bloedverlies
- CT: grillige massa 7 cm in bekken tpv vaginatop, verdenking recidief. Geen metastasen.

- A/ conditie beter, loopt in huis, redelijk zelfstandig met hulp van familie,

  nu ivm bloedverlies de deur niet uit

- B/ palliatieve radiotherapie 3x8 Gy volgens Toronto schema (dag 1-8-22)
  - Na 2e fractie geen bloedverlies meer, voelt zich fitter en zekerder.
  - Geen diarree of misselijkheid





m.kiderlen@haaglandenmc.nl

Vrijdag 30 januari 2026 in Leiden:
Boerhaave Nascholing
Geriatrische Oncologie