



kankerzorg
in beeld

de oudere patiënt

kankerzorg in beeld
de oudere patiënt

colofon

In 'Kankerzorg in beeld: de oudere patiënt' geeft IKNL, als kennis- en kwaliteitsinstituut voor de oncologische en palliatieve zorg, een beeld van de variatie en trends in incidentie, diagnostiek, behandeling en uitkomst van de zorg voor oudere patiënten met kanker. Voor deze rapportage is gebruik gemaakt van gegevens uit de Nederlandse Kankerregistratie (NKR). Kankerzorg in beeld richt zich op professionals, kwaliteits- en beleidsmedewerkers, bestuurders en vertegenwoordigers van patiëntenorganisaties.

met dank aan

Bij elk tumorspecifiek hoofdstuk in deze rapportage zijn experts betrokken die samen met de onderzoekers van IKNL hebben bepaald welke onderdelen van de zorg te beschrijven. Daarnaast hebben de experts, van wie de namen bij de hoofdstukken staan vermeld, de resultaten beoordeeld en geïnterpreteerd. Veel dank gaat bovendien uit naar alle registratiemedewerkers zonder wie deze rapportage niet tot stand had kunnen komen.

redactie

Valery Lemmens
Sabine Siesling

coördinatie en voorbereiding

Corina van den Hurk, Rina Schilders en Arlène Speelman

eindredactie

Ellen van Rooij

vormgeving

Marja van Vliet-van Beek

ISBN 978-90-72175-45-8

© IKNL december 2016

inhoud

Samenvatting	4
Voorwoord	6
Inleiding	7
Zorg voor de oudere patiënt	9
Conclusies	15
Kankerzorg voor de oudere patiënt: tumorspecifieke resultaten	19
huidkanker (BCC, PCC en melanoom)	21
non-hodgkinlymfoom	33
hoofd-halskanker (hoofdhalscarcinoom)	41
borstkanker (mammacarcinoom)	49
longkanker (longcarcinoom)	69
slokdarm- en maagkanker (oesofagus en maagcarcinoom)	77
alveesklierkanker (pancreascarcinoom)	89
darmkanker (colorectaal carcinoom)	101
nierkanker (niercelcarcinoom)	117
blaaskanker (blaascarcinoom)	129
prostaatkanker (prostaatcarcinoom)	139
eierstokkanker (ovariumcarcinoom)	151
baarmoederkanker (endometriumcarcinoom)	161
primair onbekende maligniteiten (C80)	171
Bijlage	181
methode en herkomst gegevens	

samenvatting

Een van de tien trends in 'Kankerzorg in beeld' (IKNL, 2014) leidde tot het signaal dat de zorg voor de oudere patiënt met kanker op een aantal gebieden wezenlijk anders is. Nader onderzoek naar de incidentie, diagnostiek, behandeling en uitkomsten is beschreven in deze rapportage 'Kankerzorg in beeld: de oudere patiënt'.

Kanker treft vooral oudere mensen. De diagnose kanker wordt het vaakst gesteld tussen het 65e en 70e levensjaar, vaker bij mannen dan bij vrouwen. Het soort kanker dat het meest voorkomt op een bepaalde leeftijd, verschilt per leeftijdsgroep.

Door de dubbele vergrijzing neemt niet alleen het aandeel oudere patiënten met kanker toe, maar ook de gemiddelde leeftijd waarop de ziekte wordt vastgesteld. Binnen deze groep oudere patiënten is veel heterogeniteit: in vitaliteit, comorbiditeit en sociale context. Dit leidt tot complexiteit die invloed heeft op de behandeling en resulteert in veel verschillen in behandeling tussen oudere en jongere patiënten en grote variatie tussen ziekenhuizen.

Met behulp van data uit de Nederlandse Kankerregistratie (NKR) geeft IKNL in 'Kankerzorg in beeld: de oudere patiënt' aanknopingspunten voor beleid en verdere verbeteringen in de zorg weer voor de 14 meest voorkomende vormen van kanker op hogere leeftijd.

Diagnostiek

Dit rapport toont aan dat de oudere patiënt andere diagnostiek krijgt. Bij diagnose blijft het stadium van de ziekte vaker onbekend, maar bij een aantal soorten kanker is wel verbetering te zien in stagering. Voor de meeste soorten kanker hebben oudere patiënten bij diagnose een minder gunstig stadium van de ziekte.

Behandeling

De behandeling van de oudere patiënt met kanker varieert sterk per ziekenhuis. Dit komt mede doordat in de praktijk keuzes voor behandeling of doorverwijzing naar een ander ziekenhuis vooral gebaseerd worden op praktijkervaring en minder op aanbevelingen in richtlijnen. Deze aanbevelingen zijn vaak opgesteld op basis van evidentie verkregen in trials waarin jongere patiënten oververtegenwoordigd zijn. Daarnaast is er bij meerdere kankersoorten veel variatie in het aandeel oudere patiënten dat een andere, minder of geen behandeling krijgt. Toch is er in de loop der jaren bij diverse soorten kanker meer overeenstemming gekomen in de behandeling van jongere en oudere patiënten.

Overleving

De vele ontwikkelingen in de behandeling van patiënten met kanker leiden tot verbetering van de zorg en overleving. Deze verbetering is minder zichtbaar in de zorg voor ouderen met kanker, al is er wel vooruitgang geboekt. Zo laat dit rapport bij nagenoeg alle soorten kanker een betere overleving zien, maar deze is nog altijd minder toegenomen voor oudere patiënten. Hetzelfde verschil geldt voor postoperatieve sterfte.

De heterogeniteit van oudere patiënten en complexiteit van diagnose en behandeling van deze groeiende populatie vergt steeds meer aandacht van de oncologische zorg in Nederland. Het is niet eenvoudig om best practices vast te stellen voor de zorg voor deze groep patiënten. Het blijft een wankel balans tussen de klinische bevindingen, de vitaliteit en de wensen van de patiënt. Daarom is het wenselijk aanvullende gegevens te verzamelen die kunnen bijdragen in het inzichtelijk maken van keuzes in diagnostiek en behandeling van de oudere patiënt. Inzicht in bijvoorbeeld complicaties na chirurgie kan een onderbouwing geven voor eventuele verdere concentratie. Het vastleggen van patiëntvoorkeuren en -kenmerken (sociale context) en trials voor oudere patiënten om sneller evidentie te vinden kunnen eveneens een bijdrage leveren om de oncologische zorg voor deze grote, groeiende groep patiënten op een hoog niveau te houden en verder te verbeteren de komende jaren.

voorwoord

Opnieuw heeft IKNL met behulp van de Nederlandse Kankerregistratie een schat aan informatie verwerkt tot een prachtig boekje in de reeks 'Kankerzorg in beeld'.

Ditmaal een rapportage over de diagnose, behandeling en uitkomsten van de zorg voor oudere patiënten met kanker met onder andere zeer gedetailleerde en leeftijdspecifieke informatie over stadiumverdeling, behandelingen, overleving en comorbiditeit bij vele soorten kanker.

Omdat gangbaar wetenschappelijk onderzoek nog steeds maar beperkt betrekking heeft op oudere patiënten voorziet dit uitzonderlijke werk vanuit onze landelijke kankerregistratie in een grote behoefte. Deze uitgave toont dat ouderen een zeer heterogene groep vormen waarbij bijvoorbeeld comorbiditeit een grote impact kan hebben op oncologische uitkomsten. En ook dat de oncologische vooruitgang met het stijgen van de leeftijd helaas nog steeds achter blijft.

Maar vooral bieden de cijfers vele sleutels om de behandeling van kanker bij ouderen te verbeteren.

15 september 2016

Johanneke Portielje,

voorzitter Stichting Geriatrische Oncologie Nederland

inleiding

Kanker heeft steeds meer impact op de Nederlandse bevolking. Sinds 2008 is kanker doodsoorzaak nummer één. In 2015 overleden ruim 45.000 mensen aan kanker (CBS). Daarnaast groeit nog steeds ieder jaar het aantal mensen dat de diagnose kanker krijgt (incidentie) en neemt het aantal mensen dat nog in leven is en kanker heeft of heeft gehad (prevalentie) ook gestaag toe. Vooral door de zogenaamde dubbele vergrijzing (het aantal ouderen neemt toe en ouderen leven langer) wordt de impact van kanker de komende decennia alleen maar groter. Kanker treft namelijk vooral oudere mensen. Binnen deze grote groep patiënten is er veel verscheidenheid: verschillen in algemeen functioneren, de aanwezigheid van bijkomende ziektes (comorbiditeit), verschillen in de biologische leeftijd, het gebruik van veel verschillende medicijnen (polyfarmacie), wisselende reservecapaciteit van orgaanfuncties, verscheidenheid in de sociale context.

In het rapport 'Kankerzorg in beeld' uit 2014 concludeert IKNL, op basis van gegevens uit de Nederlandse Kankerregistratie (NKR), dat de zorg voor oudere patiënten op veel gebieden afwijkt van de zorg voor jongere patiënten met dezelfde vorm van kanker. Oudere patiënten krijgen veel minder vaak een standaardbehandeling en er zijn grote verschillen in behandeling tussen ziekenhuizen en regio's. Ondanks het feit dat er de laatste jaren steeds meer aandacht is gekomen voor onderzoek naar de behandeling van de oudere patiënt met kanker, is het aandeel oudere patiënten in klinische trials relatief laag. Nog steeds bevatten de tumorspecifieke richtlijnen maar mondjesmaat specifieke aanbevelingen voor ouderen.

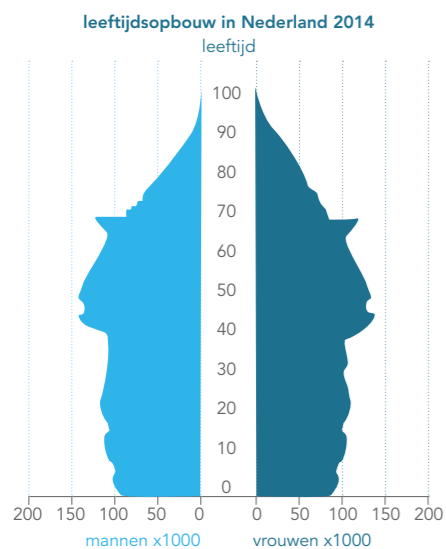
De oncologische zorg boekt successen op vele gebieden: zo is de afgelopen 25 jaar de winst in de relatieve 5-jaars-overleving voor alle vormen van kanker gecombineerd maar liefst 15%. De vooruitgang bij de oudere patiënt blijft echter achter: de winst in overleving is 17% voor patiënten jonger dan 75 jaar en 13% voor patiënten ouder dan 75 jaar. Op basis van deze bevinding heeft IKNL in 2014 aanbevolen het onderzoek naar ouderen met kanker te intensiveren: het nu voorliggende rapport 'Kankerzorg in beeld: de oudere patiënt' is een impuls hiervoor.

Samen met medisch specialisten werpt IKNL een blik op de ontwikkelingen in de incidentie van kanker bij ouderen, de frequentie van comorbiditeit en de invloed van leeftijd op de stadiumverdeling. Voor de 14 meest voorkomende vormen van kanker op hogere leeftijd geven de onderzoekers op basis van gegevens uit de NKR inzicht in op de voor de desbetreffende vorm van kanker meest in het oog springende leeftijdspecifieke variatie in incidentie, diagnostiek, behandeling, uitkomst en trends in de tijd. Dit inzicht geeft richting in waar de oncologische zorg de komende jaren aandacht aan moet besteden willen we de zorg voor de grote, groeiende groep oudere patiënten met kanker op een hoog niveau houden en verder verbeteren.

zorg voor de oudere patiënt

De Nederlandse bevolking

Het aandeel ouderen in de Nederlandse bevolking blijft de komende decennia toenemen. In figuur 1 is te zien dat de babyboomgeneratie de komende jaren massaal de pensioengerechtigde leeftijd bereikt. Deze babyboomgeneratie omvat mensen geboren tot en met 1975, pas daarna is er een duidelijke afname van het aantal inwoners per geboortjaar. De bevolkingspiek ligt qua zwaartepunt bij de groep mensen die op dit moment het 65e en 70e levensjaar bereikt hebben, maar vooral ook bij de groep mensen die nu tussen 45 en 50 jaar zijn.



figuur 1 aantal inwoners van Nederland in 2014, per geslacht en per leeftijd (bron: CBS)

Dat betekent dat de vergrijzingspiek zijn hoogtepunt nog lang niet heeft bereikt.

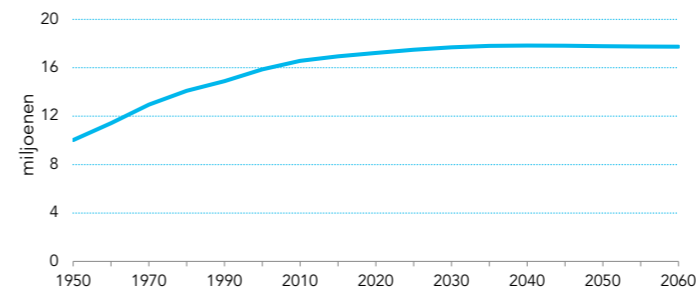
De Nederlandse bevolking blijft naar verwachting nog toenemen tot 2040 (figuur 2). Deze groei is echter relatief beperkt, waarschijnlijk wordt het aantal van 18 miljoen inwoners niet gehaald voor 2060.

De groei van het aandeel inwoners van 65 en van 80 jaar en ouder is daarentegen fors: het aantal 65-plussers verdubbelt bijna in een periode van 25 jaar (figuur 3). Van ruim 2,5 miljoen 65-plussers nu tot bijna 5 miljoen in 2040. Bij het aantal 80-plussers is er uiteindelijk zelfs sprake van meer dan een verdubbeling: van ongeveer 800.000 inwoners van 80 jaar of ouder nu, tot meer dan 2 miljoen in 2050.

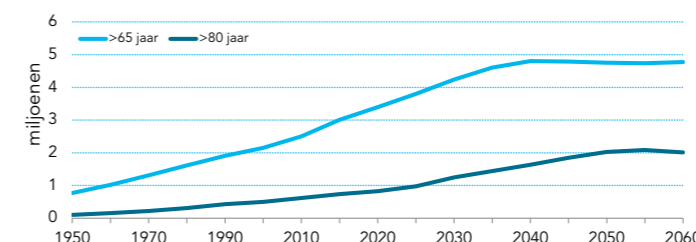
Het aandeel ouderen in onze samenleving verschilt per regio (figuur 4). Concentraties van gemeenten met een hoog percentage ouderen bevinden zich vooral in een aantal kustgemeenten en in Limburg.

In figuur 5 is te zien dat Nederland niet tot de meest vergrijsde landen in Europa behoort: het aandeel 65-plussers is zelfs lager dan het gemiddelde in Europa. De stijging in Nederland zal de komende jaren echter fors zijn dan in veel andere landen.

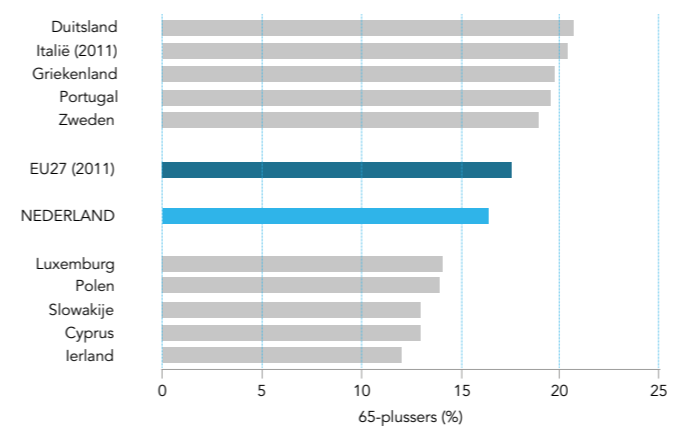
In figuur 6 is bijvoorbeeld te zien dat het aandeel 80-plussers in Nederland nu weliswaar onder het Europese gemiddelde ligt maar daar in de komende 15 jaar licht boven zal groeien.



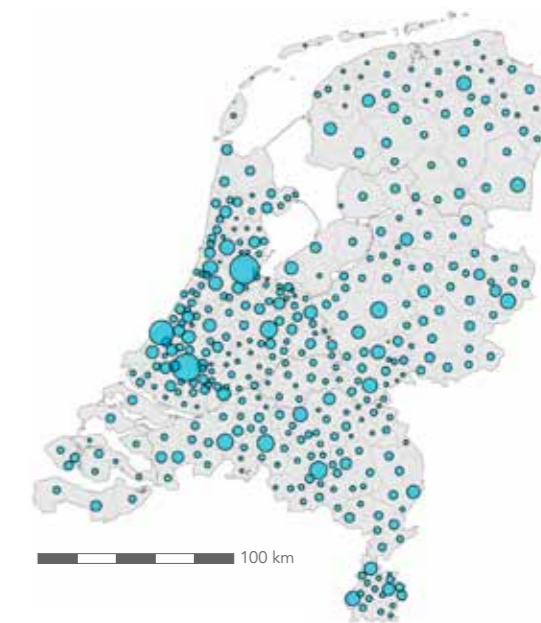
figuur 2 aantal inwoners in Nederland in 1950-2060 (bron: CBS)



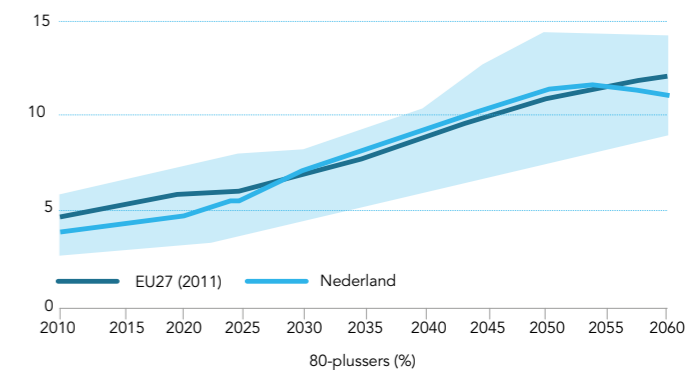
figuur 3 aantal 65- en 80-plussers in Nederland in 1950-2060 (bron: CBS)



figuur 5 aandeel 65-plussers in een aantal Europese landen, 2012 (bron: Eurostat)



figuur 4 aandeel inwoners van 65 jaar of ouder per gemeente in 2014 (bron: CBS)



figuur 6 aandeel 80-plussers in Nederland versus Europa in 2010-2060 (bron: Eurostat)

Leeftijd en kanker

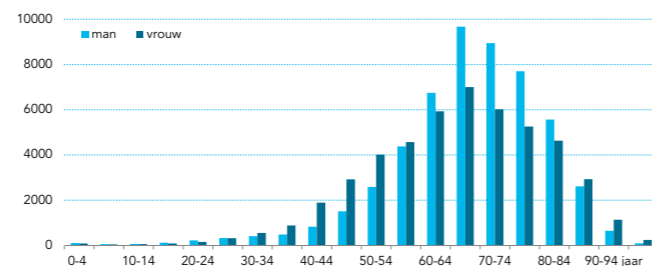
In 2014 werden in Nederland 104.000 patiënten met kanker gediagnosticeerd. In figuur 7 is het absolute aantal nieuwe diagnoses te zien, uitgesplitst naar geslacht en 5-jaarsleeftijdsgroep. Er zijn meer vrouwen dan mannen met kanker op middelbare leeftijd en op zeer hoge leeftijd. Bij zowel mannen als vrouwen is 65 tot 70 jaar de vaakst voorkomende leeftijd waarop een kankerdiagnose wordt gesteld.

Het absolute aantal kankerdiagnoses zegt echter niet zoveel over de leeftijd waarop het risico om met kanker gediagnosticeerd te worden het grootst is. Om een indruk daarvan te krijgen kan het aantal kankerdiagnoses per 100.000 inwoners van dezelfde leeftijdsgroep worden berekend (figuur 8). Dan is te zien dat de piek niet meer ligt tussen het 65e en 70e levensjaar, maar tussen het 80e en 85e levensjaar, waarbij het risico vanaf het 60e levensjaar duidelijk hoger is bij mannen dan bij vrouwen.

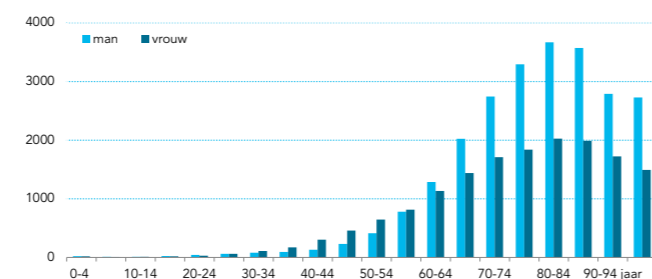
De groei van het aandeel 65- en 80-plussers in de Nederlandse samenleving gecombineerd met de toename van het risico op kanker met het stijgen van de leeftijd, betekent dat het aantal nieuwe patiënten de komende jaren fors zal groeien. In 2014 zijn in Nederland 46.000 personen tussen 60 tot 75 jaar met kanker gediagnosticeerd en 33.000 75-plussers. Dit aandeel en de gemiddelde leeftijd waarop de ziekte zich openbaart, nemen de komende jaren verder toe.

In de top-14 meest voorkomende vormen (locaties) van kanker bij mensen van 70 jaar of ouder (tabel 1) is te zien dat huidkanker (melanoom en plaveiselcelcarcinoom) het vaakst voorkomt.

In figuur 9 is te zien hoe de incidentie van kanker verschilt per 15-jaarsleeftijdsgroep. Bij mannen hebben met het stijgen van de leeftijd vooral prostaatkanker en huidkanker een steeds groter aandeel in de kankerincidentie. Bij vrouwen is dat tot het 75e levensjaar vooral borstkanker, op latere leeftijd dikkedarmkanker en huidkanker.



figuur 7 aantal nieuwe patiënten met kanker in 2013, per geslacht en leeftijdsgroep (bron: NKR/IKNL)

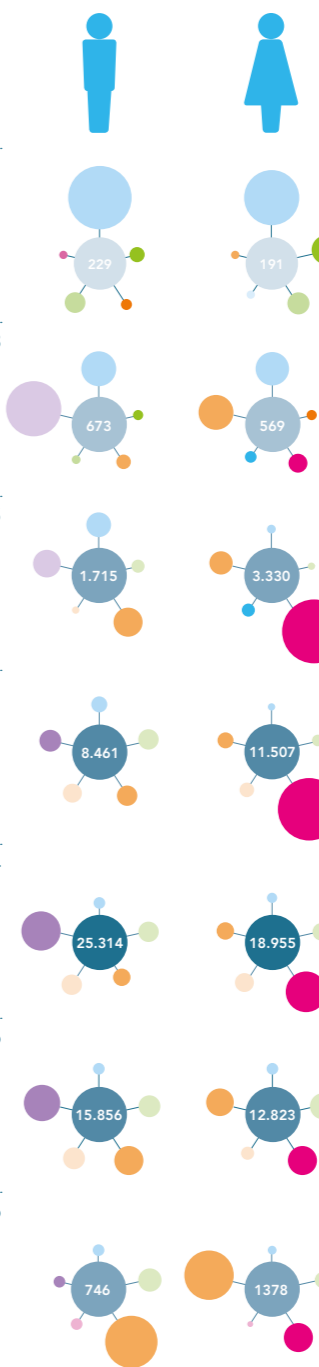


figuur 8 aantal nieuwe patiënten met kanker per 100.000 inwoners in 2013, per geslacht en leeftijdsgroep (bron: NKR/IKNL)

tabel 1 top 14 meest voorkomende kankersoorten onder ouderen (≥70 jaar) in 2014 (bron: NKR/IKNL)

Kankersoort	N in 2014
huidkanker (excl. basaalcelcarcinoom)	8.601
dikkedarm- en endeldarmkanker	8.077
longkanker	5.349
prostaatkanker	4.733
borstkanker	4.118
bloed-, beenmerg- en lymfeklierkanker	3.596
slokdarm- en maagkanker	1.918
blaaskanker	1.792
alvleesklierkanker	1.158
hoofd- en halstumoren	1.095
baarmoederlichaam en -halskanker	948
nierkanker	846
onbekende primaire tumoren	800
eierstok- en eileiderkanker	550

leeftijd	%	N
0 - 14 jaar		229
bloed, beenmerg, lymfeklieren	46%	106
bot en wekedelen	11%	26
endocriene klieren	15%	34
centraal zenuwstelsel	8%	19
oog en orbita	6%	13
15-29 jaar		673
bloed, beenmerg, lymfeklieren	24%	159
bot en wekedelen	7%	47
huid	6%	40
centraal zenuwstelsel	10%	68
zaadbal	38%	257
30-44 jaar		1.715
bloed, beenmerg, lymfeklieren	17%	298
dikke darm, endeldarm	9%	162
huid	20%	338
long	5%	162
prostaat	19%	321
45-59 jaar		8.461
bloed, beenmerg, lymfeklieren	11%	947
dikke darm, endeldarm	14%	1194
huid	14%	1145
long	13%	1121
prostaat	15%	1245
60-74 jaar		25.314
bloed, beenmerg, lymfeklieren	8%	1948
dikke darm, endeldarm	14%	3601
huid	12%	2953
long	14%	3472
prostaat	27%	6830
75-89 jaar		15.856
bloed, beenmerg, lymfeklieren	8%	1263
dikke darm, endeldarm	15%	2366
huid	20%	3102
long	15%	2313
prostaat	25%	2744
90 jaar en ouder		746
bloed, beenmerg, lymfeklieren	8%	58
dikke darm, endeldarm	16%	118
huid	36%	265
blaas	8%	60
prostaat	8%	61



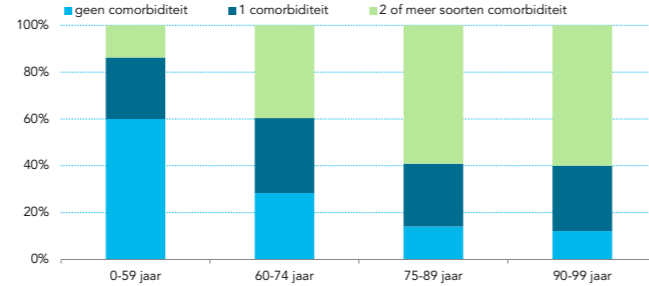
leeftijd	%	N
0-14 jaar		191
bloed, beenmerg, lymfeklieren	40%	76
bot en wekedelen	21%	40
centraal zenuwstelsel	16%	30
nier	6%	11
huid	6%	9
15-29 jaar		569
bloed, beenmerg, lymfeklieren	23%	128
endocriene klieren	7%	47
borst	6%	76
baarmoederlichaam, -hals	8%	46
huid	24%	136
30-44 jaar		3.330
bloed, beenmerg, lymfeklieren	6%	298
dikke darm, endeldarm	5%	203
borst	44%	1478
baarmoederlichaam, -hals	9%	300
huid	16%	536
45-59 jaar		11.507
bloed, beenmerg, lymfeklieren	6%	637
dikke darm, endeldarm	8%	936
borst	43%	4951
long	10%	936
huid	11%	1299
60-74 jaar		18.955
bloed, beenmerg, lymfeklieren	7%	1279
dikke darm, endeldarm	12%	2323
borst	23%	5454
long	13%	2515
huid	12%	2276
75-89 jaar		12.823
bloed, beenmerg, lymfeklieren	8%	1018
dikke darm, endeldarm	18%	2271
borst	17%	2169
long	9%	1195
huid	19%	2407
90 jaar en ouder		1378
bloed, beenmerg, lymfeklieren	6%	76
dikke darm, endeldarm	11%	158
borst	20%	274
onbekende primaire tumoren	4%	55
huid	34%	474

figuur 9 top 5 meest voorkomende kankersoorten in 2013, per 15-jaarsleeftijdsgroep (bron: NKR/IKNL)

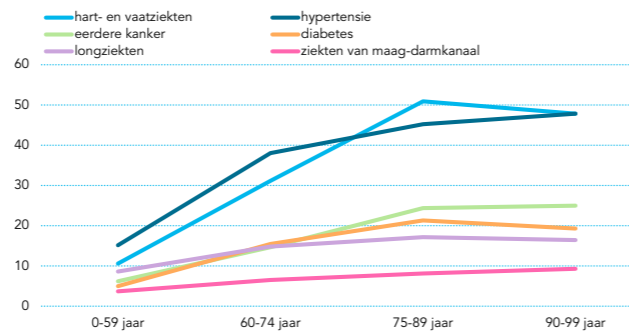
De toename in de gemiddelde leeftijd bij diagnose leidt tot een stijgende complexiteit van de behandeling van de kankerpatiënt. Een van de factoren die deze complexiteit bepaalt, zijn de ziekten die bij de patiënt aanwezig zijn naast de kanker: comorbiditeit. In figuur 10 is te zien dat met het stijgen van de leeftijd, het aandeel patiënten met comorbiditeit toeneemt; van 40% bij patiënten tot 60 jaar, oplopend tot 87% bij patiënten van 90 jaar of ouder. Ook het aandeel patiënten met meer dan één soort comorbiditeit neemt toe met de leeftijd. 14% van de patiënten tot 60 jaar heeft 2 of meer bijkomende ziekten bij de diagnose kanker, terwijl dit bij de 90-plussers oploopt tot 60%.

In figuur 11 is te zien welke soorten comorbiditeit het meest frequent voorkomen. Iets minder dan de helft van de patiënten boven het 75e levensjaar heeft naast kanker ook hart- en vaatziekten en hypertensie. Maar liefst een kwart van die patiënten heeft ook een eerdere vorm van kanker in de voorgeschiedenis. Daarnaast komen diabetes en longziekten frequent voor bij de oudere patiënten.

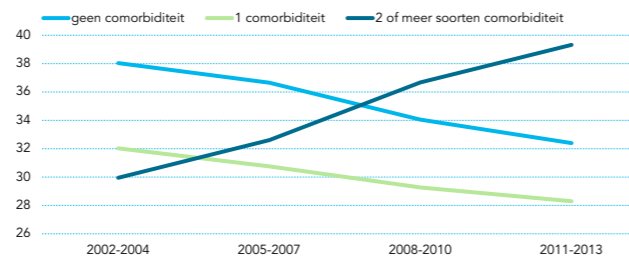
Naast de stijgende incidentie van kanker is er ook een stijgende comorbiditeit in de Nederlandse bevolking. In figuur 12 is te zien dat het aantal patiënten dat naast de kanker meer dan één bijkomende ziekte had bij de kankerdiagnose, zogenaamde multimorbiditeit, sterk is toegenomen in de afgelopen jaren, waarschijnlijk als gevolg van veranderingen in leefstijl. Dit betekent dat de complexiteit van de behandeling van de gemiddelde kankerpatiënt de afgelopen jaren niet alleen vanwege het grotere aantal oudere patiënten complexer is geworden, maar ook vanwege het feit dat er steeds vaker sprake is van multimorbiditeit. Hierbij moet worden opgemerkt dat een deel van de stijging van het aandeel patiënten met multimorbiditeit waarschijnlijk deels te verklaren is door adequatere diagnostiek en vastlegging van comorbiditeit.



figuur 10 comorbiditeit bij diagnose, gediagnosticeerd in Zuidoost-Nederland in 2013, per leeftijdsgroep (bron: NKR/IKNL)



figuur 11 specifieke soorten comorbiditeit, gediagnosticeerd in Zuidoost-Nederland in 2013, per leeftijdsgroep (bron: NKR/IKNL)



figuur 12 multimorbiditeit, gediagnosticeerd in Zuidoost-Nederland in 2002-2013, per leeftijdsgroep (bron: NKR/IKNL)

Natuurlijk is de complexiteit van de kankerbehandeling voor oudere patiënten van nog veel meer factoren afhankelijk. Dit is ondermeer de kwetsbaarheid van de patiënt die niet per se tot uitdrukking komt in comorbiditeit, maar ook het dagelijks functioneren, de mobiliteit, de thuissituatie en de wens van de patiënt. In belangrijke mate is de complexiteit ook afhankelijk van de kankerspecifieke problematiek en de specifieke behandelingsopties daarbij. In deze rapportage staat de top 14 van de meest voorkomende kankersoorten bij ouderen beschreven. Daarbij gaan de onderzoekers in op de voor de desbetreffende kankersoort meest in het oog springende leeftijdspecifieke variatie in incidentie, diagnostiek, behandeling, uitkomst en trends in de tijd.

conclusies

De grote, groeiende, heterogene groep oudere patiënten

Het aandeel ouderen in de oncologische zorg is groot en stijgt. Heterogeniteit en complexiteit kenmerken deze groep. De heterogeniteit komt tot uiting in grote verschillen tussen patiënten in onder meer de biologische leeftijd ten opzichte van de kalenderleeftijd, comorbiditeit, dagelijks functioneren, de levensverwachting en preferenties in het behandelbeleid. De complexiteit hangt nauw samen met de heterogeniteit en blijkt in de praktijk vooral uit de keuzes in diagnostiek en behandeling, waarbij arts en patiënt steeds de effecten op korte en lange termijn en de kwantiteit versus de kwaliteit van leven moeten afwegen. Hoewel er de laatste jaren een toename is van trials die zich ook of exclusief richten op de oudere patiënt met kanker, is het merendeel van het bewijs van effectiviteit van behandeling verkregen in een geselecteerde, jongere en relatief fitte patiëntpopulatie. Dit maakt een een-op-eenvertaling van grote delen van de richtlijnen naar de oudere patiënt ingewikkeld. In de dagelijkse praktijk valt het team van behandelaars daarom vaak terug op de eigen ervaring. De toenemende levensverwachting, het groeiend aantal gezonde levensjaren en dus grotere aantallen vitale oudere patiënten betekent meer mogelijkheden voor inclusie van deze patiënten in trials.

Maatwerk en aandacht gevraagd

Voor de 14 meest voorkomende vormen van kanker op hogere leeftijd zijn op basis van gegevens uit de Nederlandse Kankerregistratie (NKR) de meest recente behandel trends

en de uitkomsten van behandeling op de korte en lange termijn in kaart gebracht. De resultaten in dit rapport weerspiegelen de heterogeniteit en complexiteit. Naast verschillen in diagnostiek, behandeling en overleving tussen jongere en oudere patiënten bij praktisch alle oncologische ziektebeelden zijn er ook grote verschillen tussen ziekenhuizen (zie kader).

Vanwege de heterogeniteit en complexiteit is maatwerk gevraagd. Afwijken van de richtlijn kan daarbij juist een teken zijn van goede kwaliteit van zorg. De variatie in behandelbeleid is echter in veel gevallen dusdanig groot dat de diversiteit in patiënt- en tumorkenmerken of patiëntvoorkeuren deze niet volledig kunnen verklaren.

Dat wijst erop dat er in Nederland nog ruimte is voor verbetering van de zorg voor de oudere patiënt met kanker. Ook zullen steeds meer ouderen hun ziekte overleven. Een flink deel van deze groep wordt geconfronteerd met meerdere vormen van kanker en meer comorbiditeit. Dit legt een groot beslag op onze gezondheidszorg.

Verschillen in diagnostiek, behandeling en overleving

Andere diagnostiek

De diagnostiek bij oudere patiënten blijkt minder uitgebreid, mede omdat er bij diagnose al wordt ingeschat welke behandeling de patiënt nog aan zou kunnen. Het is goed om geen onnodige diagnostiek in te zetten als vervolgens de patiënt de eventuele behandeling door een slechte conditie niet kan krijgen. Dit is geheel passend bij het principe van 'zorg op maat'. Echter het moet geen kip-ei principe worden: als de diagnostiek minder adequaat wordt uitgevoerd, leidt dat tot minder behandelopties. Daarnaast wordt bij oudere patiënten de diagnose vaak pas in een hoger stadium gesteld, wat de behandelopties negatief beïnvloedt. De redenen hiervan zijn divers. Zo wordt bijvoorbeeld voor mammacarcinoom minder vaak lymfeklieronderzoek verricht en worden niertumoren minder vaak histologisch bevestigd. In het algemeen blijft bij diagnose het stadium van de ziekte vaker onbekend. Er is echter in verloop van tijd wel verbetering te zien in staging bij patiënten met blaas-, colorectal- en endometriumcarcinoom en melanoom. Bij het mammacarcinoom is het stadium zelfs nagenoeg altijd bekend. Voor de meeste tumoren hebben oudere patiënten een minder gunstig stadium van de ziekte bij diagnose, al is het stadium vergelijkbaar bij long- en niercarcinomen en juist gunstiger bij ouderen met een pancreascarcinoom.

Over- en onderbehandeling

Oudere patiënten met kanker worden minder agressief behandeld dan jongere patiënten. Een van de redenen hiervoor is de aanwezigheid van comorbiditeit. Oudere patiën-

ten hebben vaak twee of meer soorten comorbiditeit, wat een groot effect heeft op het al dan niet ondergaan van bijvoorbeeld een prostatectomie in geval van een prostaatcarcinoom of een cystectomie bij een blaascarcinoom. Bij deze laatste groep krijgen echter ook ouderen zonder comorbiditeit een minder zware behandeling dan jongeren. De minder agressieve behandeling kan ook duiden op te rechte terughoudendheid of op de wens van de patiënt, die bij de oudere patiënt anders kan liggen dan bij de jongere patiënt. Ook kunnen de tumoreigenschappen verschillen, wat de behandelopties beïnvloedt. Wanneer de patiënt vitaal genoeg is en conform de richtlijn wordt behandeld (net als de jongere patiënt) dan is er vaak eenzelfde resultaat te behalen. Dat betekent dat de kalenderleeftijd als grens voor het al dan niet geven van een behandeling geen goede maat is en dat gekeken moet worden naar de biologische leeftijd.

Naast minder agressieve behandelingen is er bij meerdere kankersoorten veel variatie in het aandeel oudere patiënten dat geen behandeling krijgt. Dit is het geval bij primair onbekende tumoren, mondholte- of strottenhoofdtumoren, oropharynx, pancreas-, oesofagus-, nieren maagcarcinoom en non-hodgkinlymfoom. Ook krijgen ouderen bijvoorbeeld minder vaak chemotherapie bij een colorectal-, mamma-, pancreas-, maag-, long- en endometriumcarcinoom dan jongere patiënten. Ouderen met een colorectal carcinoom of lymfoom krijgen een ander type chemotherapie.

Toch is er in de loop der jaren bij diverse soorten kanker ook meer overeenstemming gekomen in de behandeling van jongere en oudere patiënten. Zo worden bij endome-

trium- en ovariumcarcinoom vaker lymfeklieren onderzocht, meer schildwachtklieprocedures uitgevoerd bij melanoom en ook meer lumpectomiën bij mammacarcinoom en meer cystectomiën bij blaascarcinoom. Ook worden bij pancreascarcinoom meer resecties en adjuvante chemotherapie toegepast en krijgen oudere patiënten met oesofaguscarcinoom meer chemoradiatie.

Verschillen tussen ziekenhuizen

De behandeling van de oudere patiënt met kanker varieert sterk per ziekenhuis, in ieder geval bij patiënten met een blaas-, colorectal, endometrium-, oesofagus- of maagcarcinoom of melanoom. Deze verschillen kunnen worden beïnvloed door casemixfactoren maar vooral ook door het gebrek aan evidentie en dus aan eenduidige aanbevelingen in de richtlijn. In de klinische praktijk worden keuzes voor behandeling of doorverwijzing naar een ander ziekenhuis vooral gebaseerd op praktijkervaring.

Aanvullende informatie op grotere schaal

Best practice voor de zorg voor oudere patiënten met kanker blijft een wankel balans tussen klinische bevindingen, vitaliteit en wensen van de patiënt. Klinische, gerandomiseerde trials blijven de basis voor een zo adequaat mogelijke behandeling van patiënten met kanker. Aangezien de overgrote meerderheid van ouderen niet in studies of een universitaire setting wordt behandeld en gezien het feit dat gerandomiseerde studies niet altijd mogelijk zijn, moeten de uitkomsten van gerandomiseerd onderzoek aangevuld worden met gegevens uit de dagelijkse klinische praktijk. De invloed van voorkeuren van oudere patiënten, hun fysieke conditie, algemeen functioneren en sociale context

Minder verbeteringen in overlevingskansen en postoperatieve sterfte

Naast variatie in behandelbeleid blijft de stijging in overleving van de oudere patiënt achter bij de jongere patiënt. Innovatieve behandelingen worden minder snel geïmplementeerd bij de oudere patiënt dan bij de jongere patiënt. Ouderen profiteren minder van de winst in uitkomst door deze innovaties en de stijging in overleving is dan ook minder groot dan de stijging in overleving bij de jongere patiënt. Maar er is wel vooruitgang geboekt: bij nagenoeg alle tumorsoorten neemt de overleving toe. Hetzelfde verschil geldt voor postoperatieve mortaliteit. Er is een afname voor ouderen met colon-, endometrium-, ovarium-, plaveiselcel- en oesofaguscarcinoom en melanoom, maar deze afname is minder dan bij jongere patiënten.

op bijwerkingen en complicaties en terugkeer of progressie van ziekte in een 'real-world' setting moet geëvalueerd worden. Evenals de invloed van het gekozen behandelbeleid en de (neven)effecten daarvan op de kwaliteit van leven.

In dit rapport staan enkele resultaten waar onderdelen van deze informatie wél beschikbaar waren, dankzij bijvoorbeeld aanvullende subsidies van KWF Kankerbestrijding of ZonMw. Een sprekend voorbeeld is de behandeling van oudere patiënten met naar de lymfeklieren uitgezaaide dikkedarmkanker. Dankzij de praktijkvariatie was het mogelijk om op basis van patiëntvoorkeuren, informatie over bijwerkingen en terugkeer van ziekte, overleving én

kwaliteit van leven, de conclusie te trekken dat chemotherapie na de operatie zinvol is, maar dat juist bij de 75-plussers minder toxische monotherapie (capecitabine) volstaat.

Onderzoek naar concentratie van zorg en samenwerking om evidentie te verzamelen

De oudere patiënt wordt nu vooral behandeld in de algemene ziekenhuizen. De vraag is of de oudere patiënt beter af is met een behandeling in een ziekenhuis met grotere aantallen vergelijkbare patiënten. De oncologische uitkomsten voor bijvoorbeeld alveeskliekkanker lijken daarop te wijzen. Door de multimorbiditeit bij de oudere kankerpatiënt dreigt echter ook fragmentering van de zorg: oudere patiënten hebben naast oncologische zorg immers mogelijk dichtbij huis ook zorg nodig voor andere ziekten. Of concentratie voor ouderen een gunstig effect heeft op de uitkomst van zorg en aansluit bij de voorkeuren van de patiënt zelf, vraagt om nader onderzoek. De resultaten in dit rapport zijn daarvoor een uitstekend vertrekpunt.

Daarnaast is nauwe samenwerking tussen alle ziekenhuizen noodzakelijk om meer en sneller evidentie voor de oudere patiënt te vinden. Het aandeel oudere patiënten in algemene en opleidingsziekenhuizen is immers nu hoger dan in de universitaire centra of gespecialiseerde kankercentra, waar vaak trials en onderzoek worden uitgevoerd. De in gang gezette vorming van Comprehensive Cancer Networks (CCN's) in de oncologie, die ook bijdragen aan klinische studies en de ontwikkeling van een landelijke onderzoeksagenda, sluit hier bij aan.

Aanbevelingen

- Vanwege de heterogeniteit en complexiteit van de oudere patiënt met kanker is maatwerk vereist. Niet ziektespecifiek maar patiëntspecifiek maatwerk. Multidisciplinair overleg waarbij vanwege de specifieke ouderenproblematiek ook de juiste niet-oncologische of geriatrische expertise vertegenwoordigd is, kan hierbij belangrijke ondersteuning bieden.
- Het effect van verdergaande concentratie van oncologische behandelingen op de zorg voor de oudere patiënt moet worden geëvalueerd, waarbij onder meer de wens van de patiënt wordt meegewogen. Verdergaande regionale samenwerking is cruciaal om de beste zorg dicht bij huis te garanderen.
- Investerings in een adequate infrastructuur van de Nederlandse zorg zijn noodzakelijk om de grote stijging in aantallen en complexiteit van patiënten met kanker op te vangen. Hierbij gaat het niet alleen om diagnostiek en behandeling, maar ook nazorg van de groeiende groep patiënten die kanker overleeft. Aandacht is vereist voor de inzet van huisarts en verpleeghuis, maar ook van mantelzorgers en thuiszorg.
- Door het in kaart brengen van diagnostiek, behandeling en uitkomst in de dagelijkse praktijk verkrijgen we juist voor de oudere patiënten, die meestal niet in studieverband behandeld worden, waardevolle informatie over de effectiviteit van de oncologische zorg. IKNL legt in nauwe samenwerking met de betrokken beroepsgroepen deze data in toenemende mate vast, zonder extra registratielast voor de ziekenhuizen. De gegevens dienen de komende jaren steeds vaker als vertrekpunt om in combinatie met meer gegevens over patiëntvoorkeuren, de sociale context, kwaliteit-van-leven-data en informatie uit biobanken de stap te zetten naar een adequate behandeling op maat voor iedere oudere patiënt met kanker.

kankorzorg voor de oudere patiënt tumorspecifieke resultaten



huidkanker

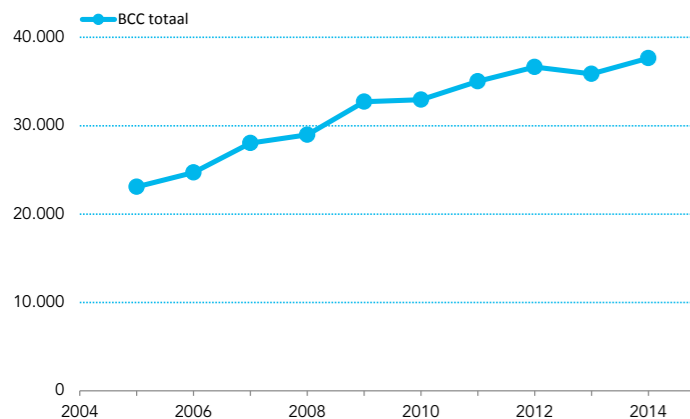
De drie belangrijkste vormen van huidkanker, in volgorde van frequentie zijn basaalcelcarcinoom (BCC), plaveiselcelcarcinoom (PCC) en melanoom.

huid kanker

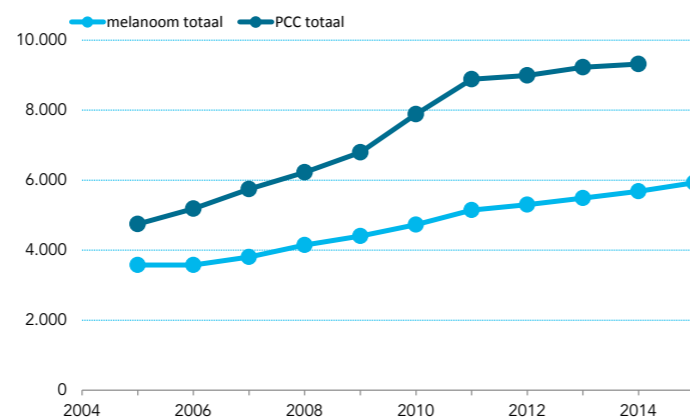
BCC, PCC en melanoom

dr. ir. W.J. Louwman, onderzoeker, IKNL
prof. dr. V.E.P.P. Lemmens, manager onderzoek, IKNL
dr. A.C.J. van Akkooi, melanoom- en sarcoomchirurg,
Antoni van Leeuwenhoek Amsterdam
prof. dr. T.E.C. Nijsten, dermatoloog, Erasmus MC Rotterdam

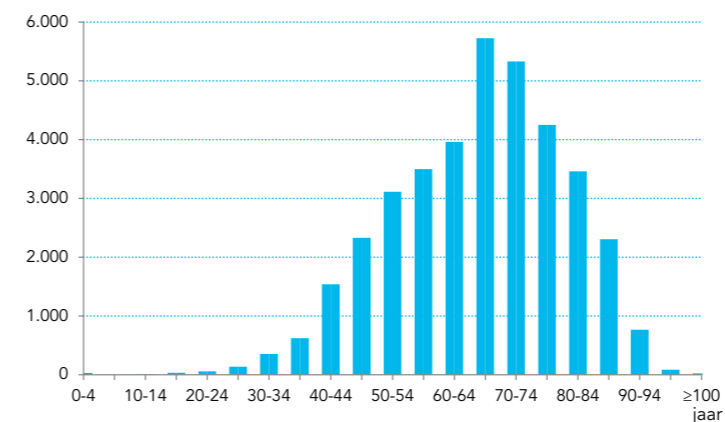
incidentie



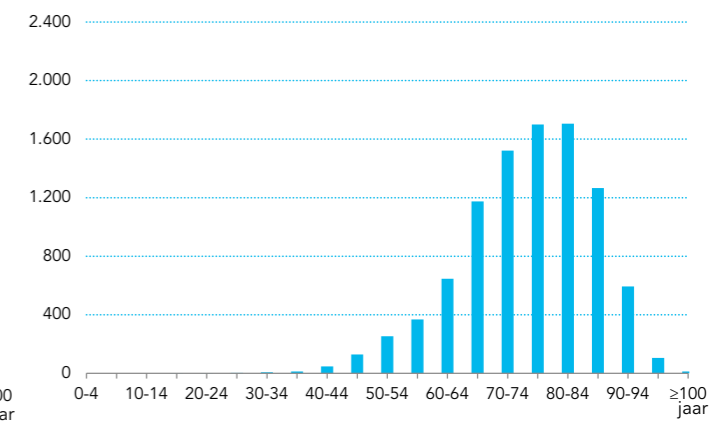
incidentie van basaalcelcarcinoom in de periode 2005-2014 (n=315.636)



incidentie van plaveiselcelcarcinoom en melanoom in de periode 2005-2014 (melanoom n=45.849, PCC n=72.992)



aantal nieuwe patiënten met een basaalcelcarcinoom in 2014 (gegevens uit Zuidoost-Nederland geëxtrapoleerd naar landelijke aantallen) (n=37.637)

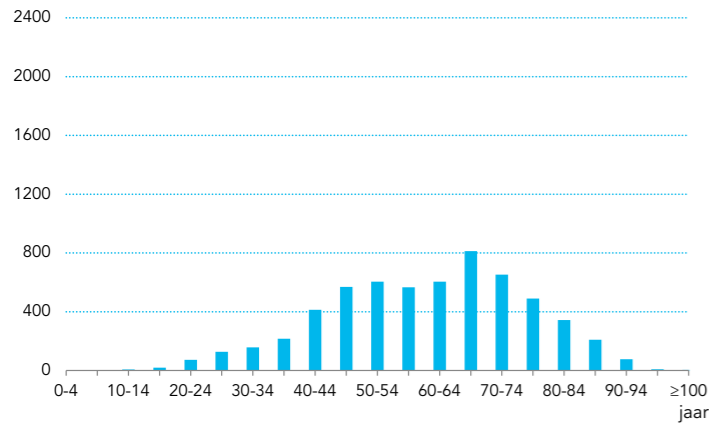


aantal nieuwe patiënten met een plaveiselcelcarcinoom in 2014, per leeftijdsgroep (n=9.553)

- BCC is met een geschat aantal van bijna 40.000 nieuwe diagnoses in 2014 verreweg de meest voorkomende vorm van kanker in Nederland.
- Ongeveer de helft van de BCC-patiënten is 70 jaar of ouder bij diagnose, bijna een vijfde is 80 jaar of ouder.

- PCC is de vorm van kanker die relatief het vaakst bij ouderen voorkomt: maar liefst 72% van de patiënten is 70 jaar of ouder bij diagnose en bijna 40% is ouder dan 80 jaar.

incidentie (vervolg)



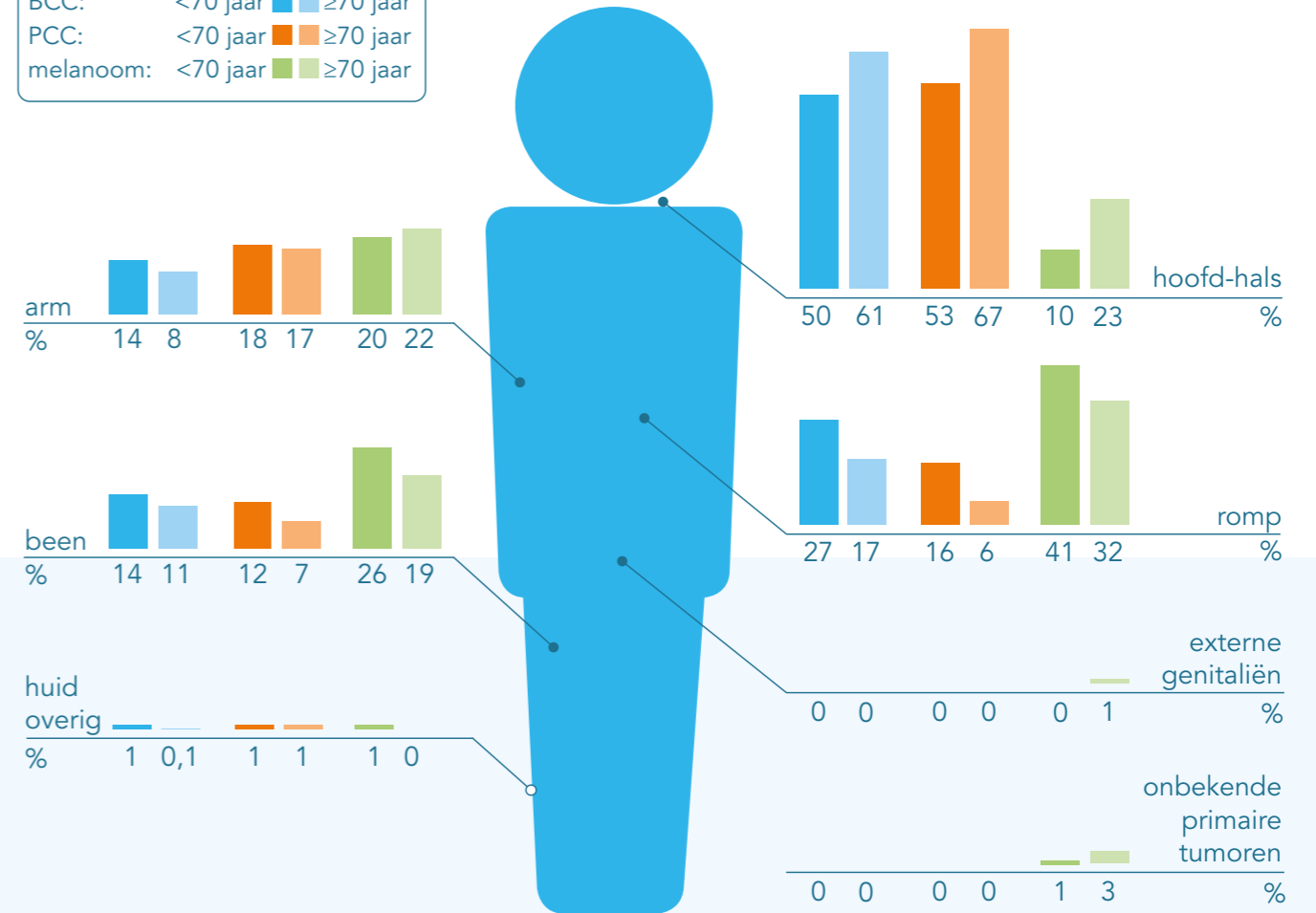
aantal nieuwe patiënten met een melanoom in 2014, per leeftijdsgroep (n=5.680)

- 30% van de patiënten met een melanoom is ouder dan 70 jaar bij diagnose.

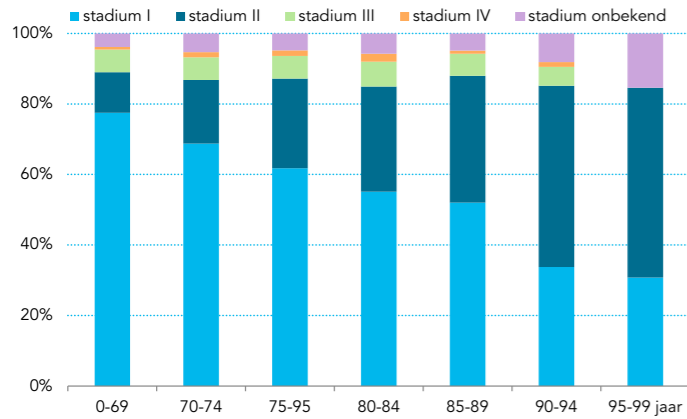
procentuele verdeling sublokalisatie BCC (n=8.734), PCC (n=9.553) en melanoom (n=5.955) bij patiënten <70 vs ≥70 jaar, gediagnosticeerd in Zuidoost-Nederland in 2014

- Bij patiënten ouder dan 70 jaar bevindt het BCC zich vaker in het hoofd-halsgebied en minder frequent op de romp.
- Bij patiënten ouder dan 70 jaar bevindt het PCC zich vaker in het hoofd-halsgebied en wat minder frequent op de romp.
- Bij patiënten ouder dan 70 jaar bevindt het melanoom zich vaker in het hoofd-halsgebied en wat minder frequent op de romp.

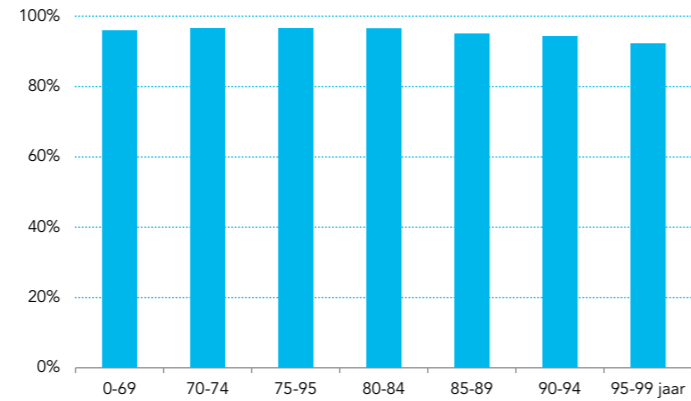
BCC: <70 jaar (donkerblauw) ≥70 jaar (lichtblauw)
 PCC: <70 jaar (oranje) ≥70 jaar (lichtoranje)
 melanoom: <70 jaar (donkergroen) ≥70 jaar (lichtgroen)



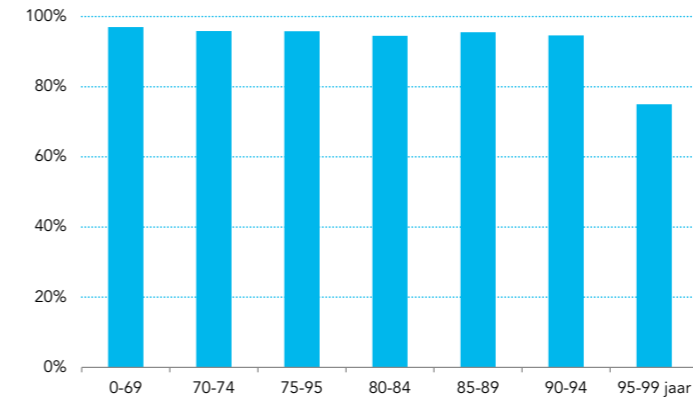
stadiumverdeling behandeling



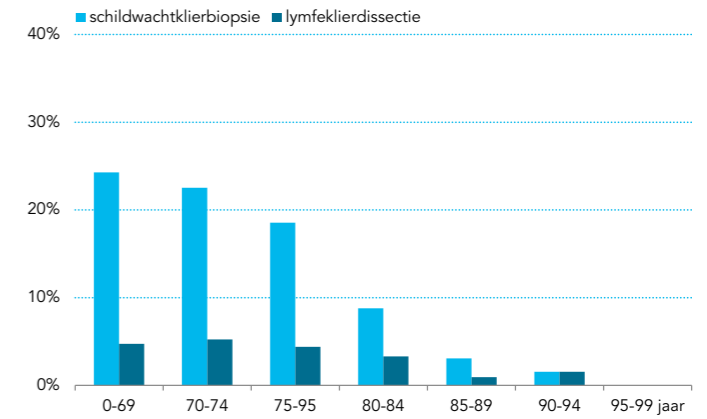
TNM-stadiumverdeling (pTNM aangevuld met cTNM) van patiënten met een melanoom in 2013, per leeftijdsgroep (n=5.925)



percentages tumorresectie bij patiënten met een plaveiselcelcarcinoom in 2012-2013, per leeftijdsgroep (n=18.631)



percentages tumorresectie bij patiënten met een melanoom in 2012-2013, per leeftijdsgroep (n=11.573)



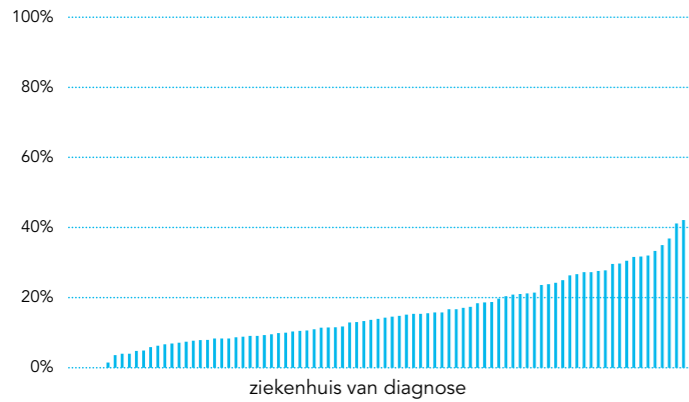
percentages schildwachtklierbiopsie en lymfeklierdissectie bij patiënten met een melanoom in 2012-2013, per leeftijdsgroep (n=11.573)

- Ouderen hebben een minder gunstige stadiumverdeling; minder vaak stadium I, en vaker stadium II.

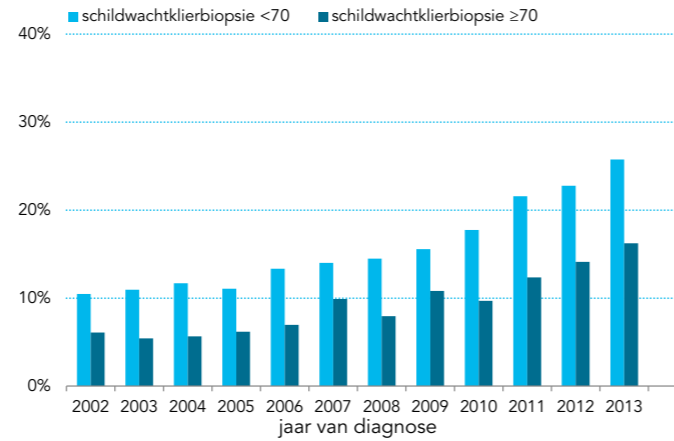
- Patiënten met primair melanoom worden vrijwel altijd behandeld met tumorresectie, alleen bij de alleroudsten (ouder dan 95) iets minder frequent.

- De toepassing van schildwachtklierbiopsie bij patiënten met een melanoom neemt sterk af met het stijgen van de leeftijd.

behandeling (vervolg)



percentages schildwachtklierbiopsie bij patiënten >70 jaar met een melanoom in 2012-2013, per ziekenhuis van diagnose (n=3.230)

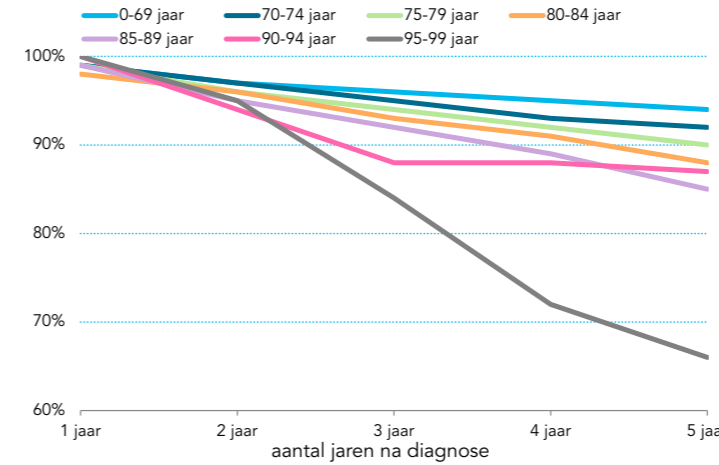


trend in schildwachtklierbiopsie bij patiënten <70 vs ≥70 jaar met een melanoom, per jaar van diagnose (n=53.306)

- Het percentage schildwachtklierbiopsies bij patiënten ouder dan 70 met een melanoom varieert sterk tussen de ziekenhuizen in Nederland: van 0 tot 50%.

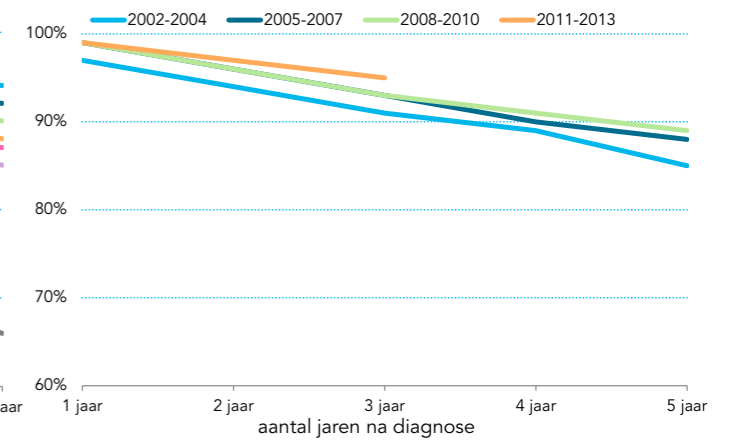
- Er is een stijgende trend in de tijd van schildwachtklier-procedures. De toename is minder groot bij oudere (ouder dan 70 jaar) dan jongere patiënten.

overleving



relatieve overleving van patiënten met een PCC in 2002-2013, per leeftijdsgroep (n=77.645)

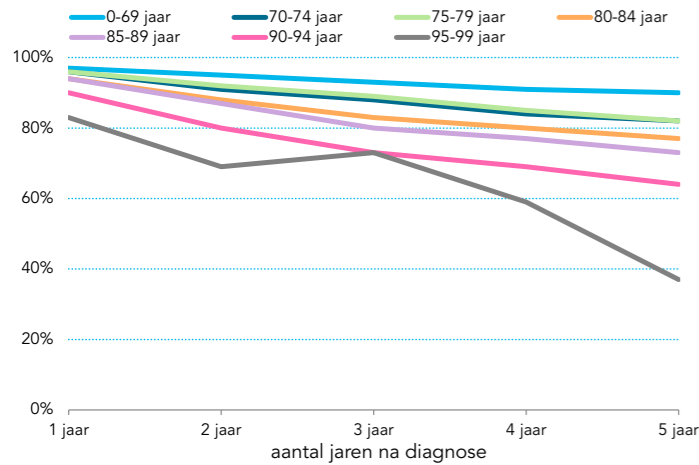
- De overleving van patiënten met een PCC is iets slechter bij de oudere patiënten in vergelijking met de jongere patiënten.



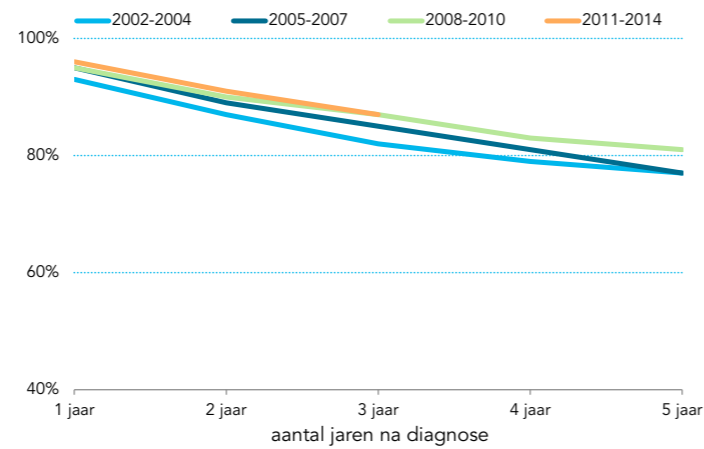
relatieve overleving van patiënten ≥70 jaar met een PCC, per periode van diagnose (n=53.983)

- In het afgelopen decennium is er een verbetering waar te nemen in de overleving van oudere patiënten met een PCC.

overleving (vervolg)



relatieve overleving van patiënten met een melanoom in 2002-2013, per leeftijdsgroep (n=52.603)



relatieve overleving van patiënten ≥70 jaar met een melanoom, per periode van diagnose (n=12.592)

- De overleving van patiënten met een melanoom is duidelijk slechter bij de oudere patiënten vergeleken met de jongere patiënten.

- In het afgelopen decennium is er een lichte verbetering waar te nemen in de overleving van oudere patiënten met een melanoom.

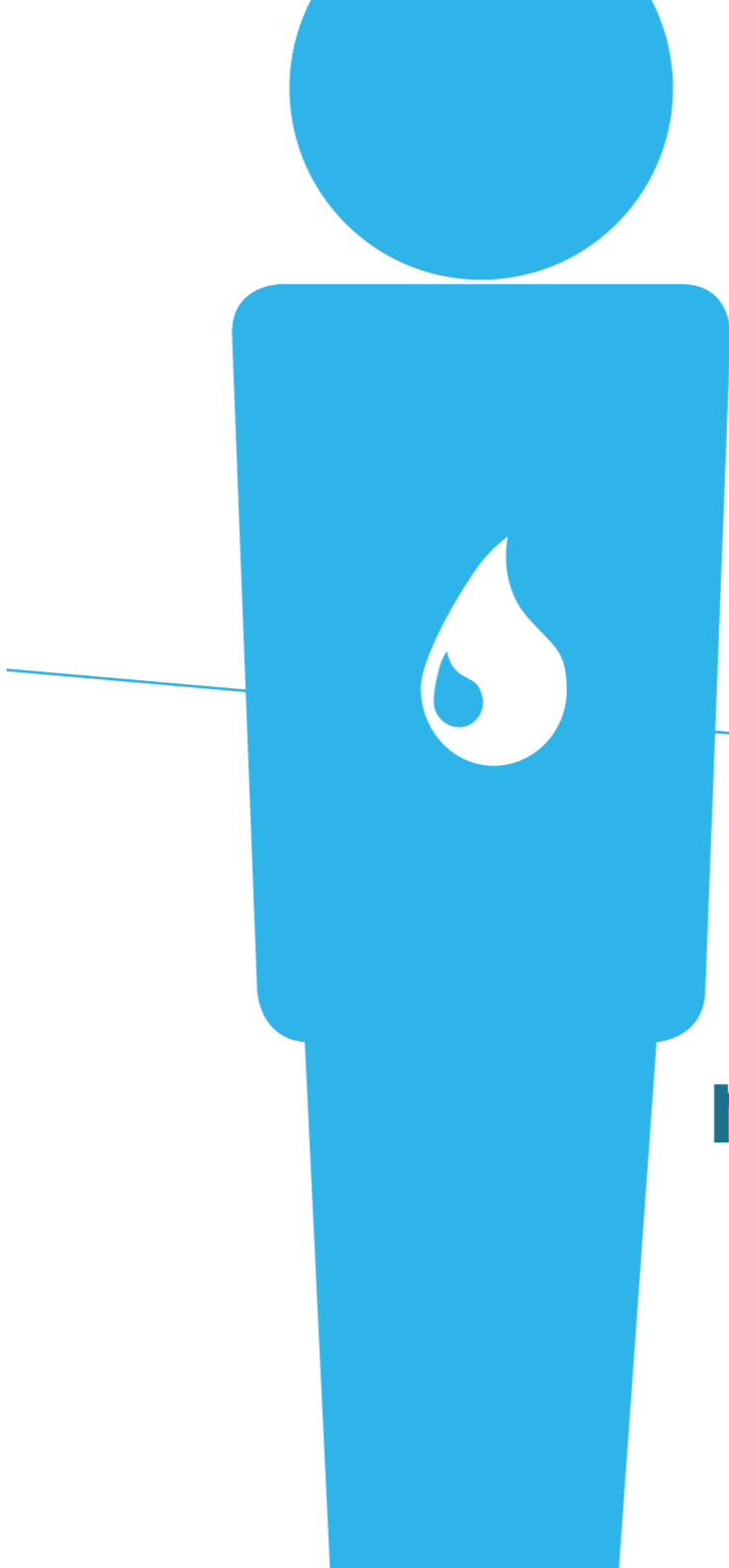
De drie vormen van huidkanker, BCC, PCC en melanoom komen zeer frequent voor bij oudere mensen. Waar BCC de meest frequente kankersoort in Nederland is in alle leeftijdsgroepen, is de gemiddelde leeftijd waarop PCC wordt gediagnosticeerd de hoogste van alle kankersoorten, meer dan twee derde van alle patiënten met een PCC is 70 jaar of ouder bij de diagnose.

Bij vooral BCC zijn de cijfers nog een onderschatting van het totaal aantal, aangezien een patiënt vaak meerdere BCC's op een lichaamsdeel heeft, en dezelfde patiënt later vaak ook elders op het lichaam een BCC of meerdere BCC's ontwikkelt. Deze worden niet allemaal opgenomen in de NKR. Daarnaast zijn de BCC-gegevens een extrapolatie van de patiënten, gediagnosticeerd in Zuidoost-Nederland. Bij melanoom zien we dat de oudere patiënten, en dan vooral oudere mannen, vaker in een verder gevorderd stadium gediagnosticeerd worden.

Vooraf bij een melanoom zijn de overlevingsverschillen naar leeftijd vrij fors. Gedetailleerde data over recidieven en behandeling daarvan, die ook binnen het Dutch Melanoma Treatment Register (DMTR) worden vastgelegd, kunnen in de gepresenteerde patiëntengroep nog niet aantonen of dit overlevingsverschil kan worden verklaard door een verschil in behandeling van de oudere patiënt met een melanoom.

conclusies

Tumorresecties vinden zowel bij PCC als bij melanoom tot op hoge leeftijd plaats. Echter, het aandeel patiënten met een melanoom dat een schildwachtklieprocedure en een lymfeklierdissectie ondergaat, neemt fors af met het stijgen van de leeftijd. Ook is er een grote ziekenhuisvariatie in het percentage patiënten dat een schildwachtklieprocedure krijgt. Wel is er een stijging over de tijd waar te nemen bij oudere patiënten die deze procedure ondergaan.



non-hodgkinlymfoom

Er bestaan tientallen subtypen van NHL die niet alleen zeer verschillend zijn in gedrag en voorkomen in het lichaam, maar ook in behandelbeleid. Subtypen die vooral bij de oudere patiënt veel voorkomen, zijn diffuus grootcellig B-cel lymfoom (diffuse large B-cell lymphoma, DLBCL), folliculair lymfoom (FL) en mantelcellymfoom (MCL).

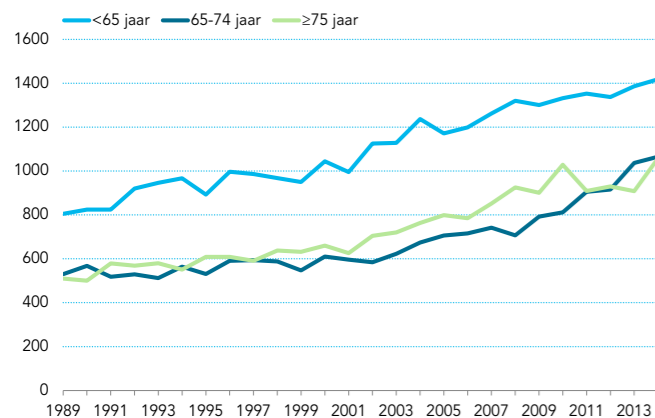
non-hodgkin lymfoom

dr. M. Brink, onderzoeker, IKNL

dr. O. Visser, manager registratie, IKNL

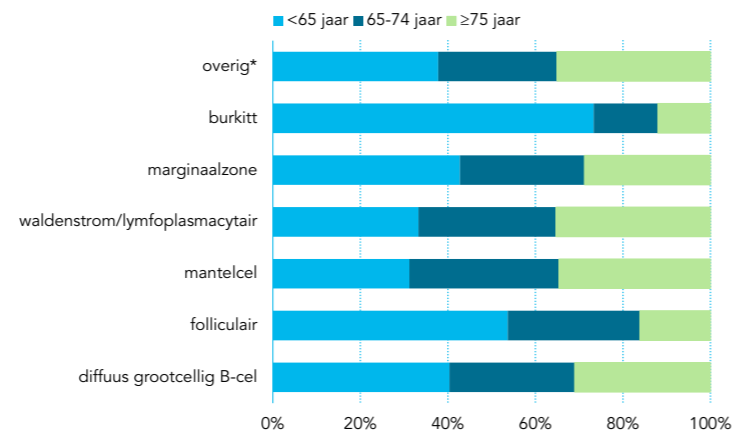
M. Chamuleau, internist-hematoloog, VU medisch centrum Amsterdam

incidentie



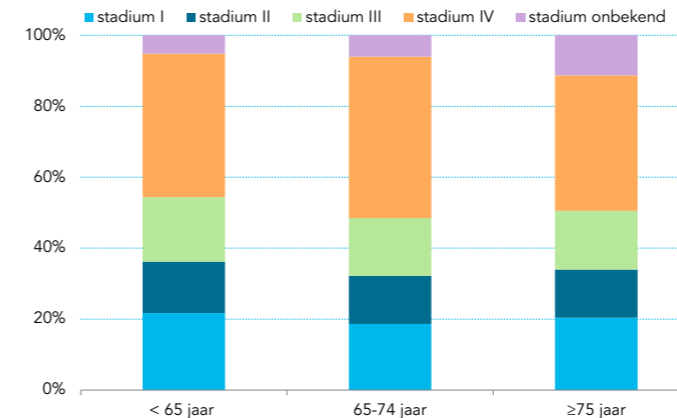
incidentie van non-hodgkinlymfoom in de periode 1989-2014, per leeftijdsgroep (n=65.183)

diagnostiek



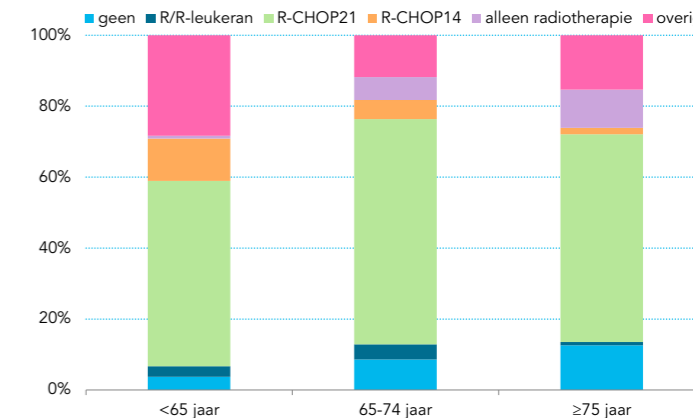
percentages patiënten met subtypes van non-hodgkinlymfoom in 2010-2014, per leeftijdsgroep (n=16.395)
(*overig = laaggradig NHL, prolymfocytenleukemie, NHL nno, perifeer T-NHL, cutaan B-NHL)

stadiumverdeling



Ann Arbor stadiumverdeling van patiënten met NHL in 2010-2014, per leeftijdsgroep (n=16.395)

behandeling



eerstelijnsbehandeling van patiënten met stadium I DLBCL in 2014, per leeftijdsgroep (n=338)

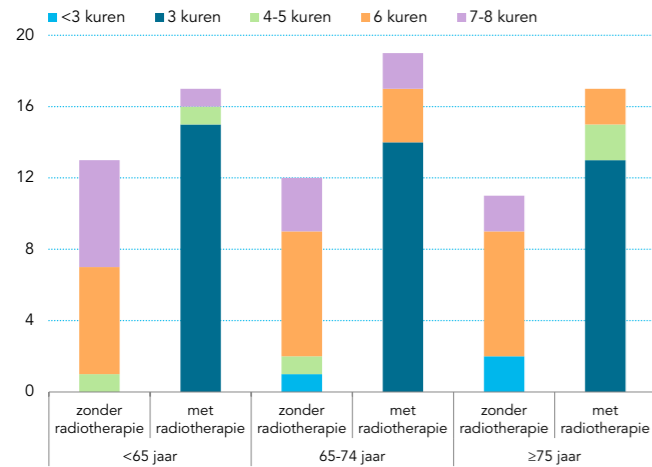
- De absolute incidentie van non-hodgkinlymfoom (NHL) neemt toe, ongeacht de leeftijd.

- Diffuus grootcellig B-cel lymfoom (DLBCL), folliculair lymfoom (FL) en mantelcellymfoom (MCL) zijn hemato-oncologische maligniteiten die vooral bij ouderen voorkomen. Ongeveer 60% van alle patiënten met DLBCL is ouder dan 65 jaar bij diagnose. Voor patiënten met FL of MCL is dit respectievelijk 43% en 67%.

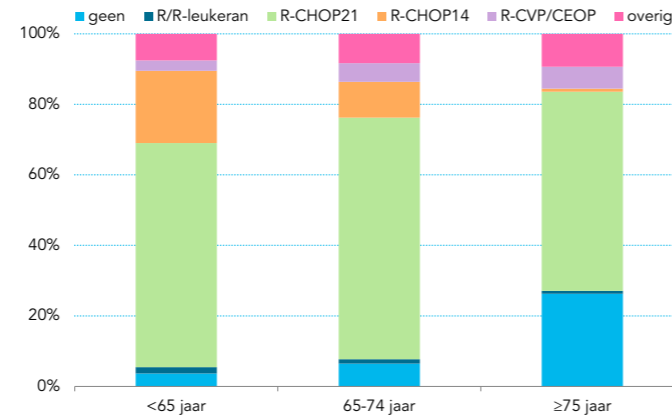
- Stadium IV wordt het meest frequent vastgesteld bij patiënten van 65-74 jaar.
- Bij oudere patiënten wordt minder uitgebreid stageringsonderzoek gedaan met als gevolg een groter percentage met een onbekend stadium.

- R-CHOP21 als eerstelijnsbehandeling voor stadium I DLBCL is voor alle leeftijdsgroepen de meest gegeven behandeling.
- Een eerstelijnsbehandeling met R-CHOP14 wordt minder vaak gegeven met een toenemende leeftijd. Oudere patiënten krijgen vaker radiotherapie of geen behandeling.

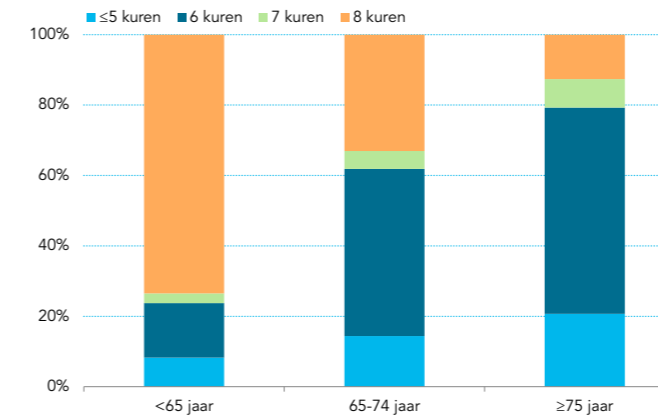
behandeling (vervolg)



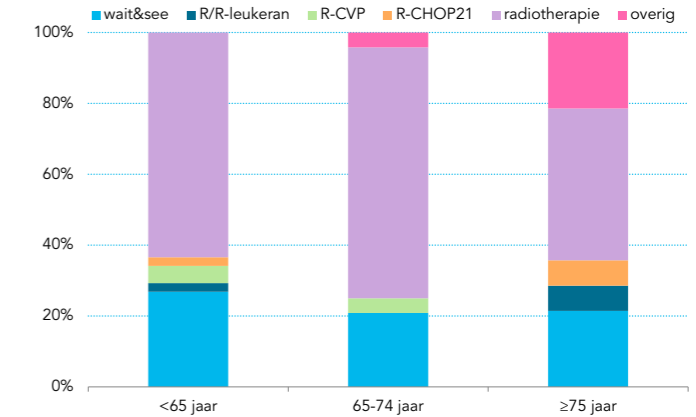
aantal kuren R-CHOP bij patiënten met stadium I DLBCL in 2014, per leeftijdsgroep (n=89)



eerstelijnsbehandeling van patiënten met stadium II-IV DLBCL in 2014, per leeftijdsgroep (n=1.117)



aantal kuren R-CHOP bij patiënten met stadium II-IV DLBCL in 2014, per leeftijdsgroep (n=386)



eerstelijnsbehandeling van patiënten met stadium I FL, graad 1-3A in 2014, per leeftijdsgroep (n=102)

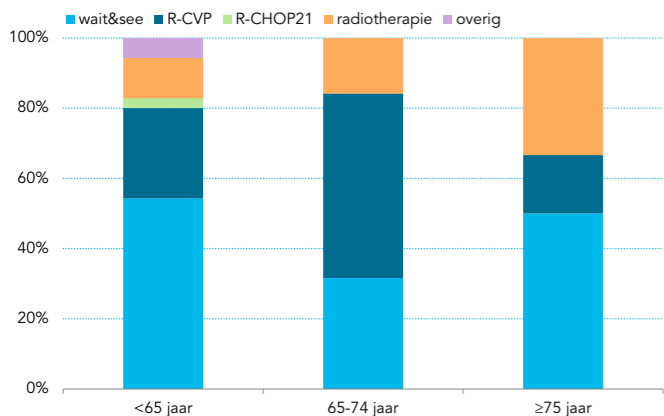
- In alle leeftijdsgroepen wordt een combinatie van 3 kuren R-CHOP met sequentiële radiotherapie het vaakst gegeven.
- Behandeling met 6 of 8 kuren R-CHOP zonder radiotherapie wordt in alle leeftijdsgroepen gegeven, maar een schema met 8 kuren wordt bij ouderen vrijwel niet gegeven.
- Afwijkende aantallen kuren (minder dan 3, 4-5, 7) ten opzichte van de standaard komen bij ouderen iets vaker voor dan bij jongeren.

- In alle leeftijdsgroepen krijgen de meeste patiënten R-CHOP21 als eerstelijnsbehandeling voor stadium II-IV DLBCL.
- Het percentage patiënten dat geen behandeling krijgt voor stadium II-IV DLBCL neemt toe met de leeftijd.
- Het percentage R-CHOP14 neemt af met een toenemende leeftijd.

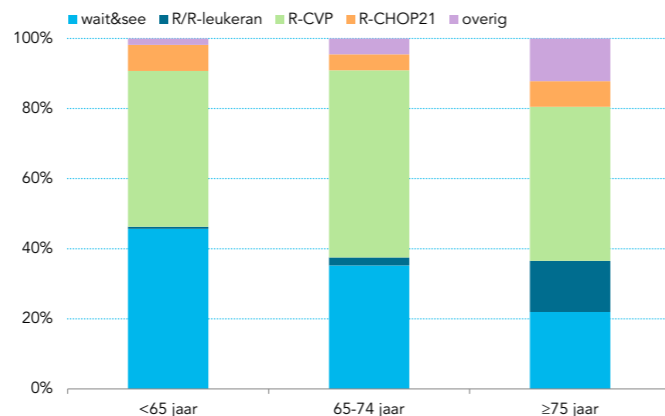
- Ouderen van 75 jaar en ouder (~30%) maken vaker 6 of 8 (standaard) niet af.
- Bij ouderen wordt vaker gekozen voor een minder intensieve behandeling (namelijk 6 in plaats van 8 kuren) waarbij een aanzienlijk deel het geplande aantal kuren niet haalt.

- Bij stadium I ziekte wordt meestal radiotherapie gegeven. Dit neemt af met een toenemende leeftijd.

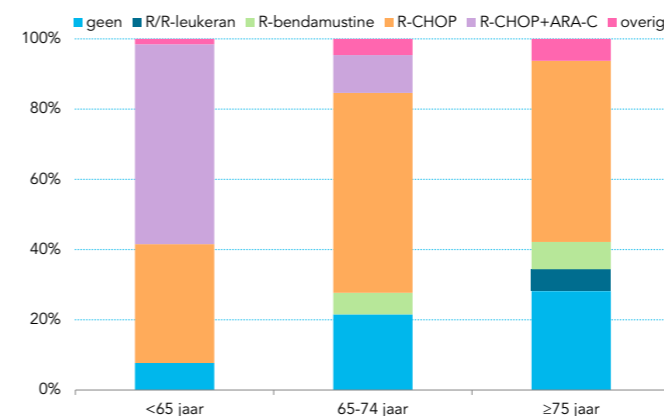
behandeling (vervolg)



eerstelijnsbehandeling van patiënten met stadium II FL, graad 1-3A in 2014, per leeftijdsgroep (n=85)

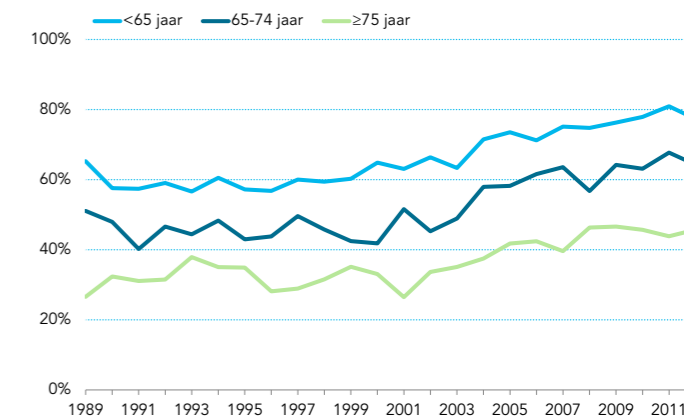


eerstelijnsbehandeling van patiënten met stadium III-IV FL, graad 1-3A in 2014, per leeftijdsgroep (n=378)



eerstelijnsbehandeling van patiënten met MCL in 2014, per leeftijdsgroep (n=194)

overleving



relatieve 3-jaarsoverleving voor agressieve B-cellymfoomen in de periode 1989-2011, per jaar van diagnose en per leeftijdsgroep (n=30.704)

- Bij ongeveer de helft van alle patiënten met een stadium II FL wordt een wait&see-beleid gevolgd.
- Oudere patiënten krijgen vaker radiotherapie dan chemotherapie, bij jongere patiënten is dat andersom.

- R-CVP als eerstelijnsbehandeling komt het vaakst voor bij patiënten van 65 jaar en ouder.
- Bij ongeveer 40% van alle patiënten met een stadium III-IV FL wordt een wait&see-beleid gevolgd.
- Hoe ouder de patiënt, hoe vaker R/R-leukeran wordt gegeven.

- Het percentage patiënten dat geen behandeling krijgt in de eerste lijn neemt toe met de leeftijd.
- Jongere patiënten krijgen in meerderheid na R-CHOP een hoge dosis ARA-C als voorbereiding op een stamceltransplantatie. Deze behandeling wordt bij ouderen weinig (65-74 jaar) of niet (75 jaar en ouder) toegepast.
- Bij ouderen wordt in plaats van R-CHOP regelmatig het minder toxische R-bendamustine gegeven.

- De 3-jaarsoverleving is bij alle leeftijdsgroepen sinds 1989 gestegen.
- De overleving is sterker gestegen bij jongere patiënten dan bij oudere patiënten.

Jaarlijks worden in Nederland 3.000 tot 4.000 patiënten met een non-hodgkinlymfoom (NHL) gediagnosticeerd.

De mediane leeftijd van NHL bij diagnose is 66 jaar. Deze is in de afgelopen 25 jaar, evenals het aandeel patiënten van 85 jaar en ouder (6-7%), nauwelijks veranderd. In absolute zin is het aantal oudere patiënten gestegen, maar die stijging is ook bij jongere patiënten waarneembaar. Bij patiënten van 85 jaar en ouder wordt minder vaak uitgebreid stageringsonderzoek gedaan, waardoor het percentage met een onbekend stadium in deze leeftijdsgroep het hoogst is.

Oudere patiënten met stadium I DLBCL krijgen drie kuren R-CHOP met sequentiële radiotherapie of zes of acht kuren R-CHOP zonder radiotherapie. De keuze wordt niet beïnvloed door de leeftijd. Patiënten met een stadium II-IV krijgen met name R-CHOP21. Een klein deel krijgt R-CHOP14. Echter, het aandeel patiënten dat R-CHOP14 krijgt, neemt af met een toenemende leeftijd, net als het aantal R-CHOP-kuren.

• .> conclusies

Bij FL zijn de verschillen in eerstelijnsbehandelbeleid tussen de leeftijdsgroepen gering. In alle leeftijdsgroepen wordt bij een aanzienlijk deel van de patiënten een expectatief beleid gevolgd. Als er voor een behandeling wordt gekozen, krijgen ouderen patiënten met een FL iets vaker radiotherapie en jongere patiënten iets vaker R-CVP of R-CHOP.

Een derde deel van de oudere patiënten van 75 jaar en ouder met een MCL krijgt geen eerstelijnsbehandeling. Het aandeel patiënten dat een stamceltransplantatie krijgt, neemt sterk af met toenemende leeftijd. R-CHOP is bij ouderen met MCL de meest toegepaste behandeling. R-bendamustine is een minder toxische eerstelijnsbehandeling dan R-CHOP en

wordt om die reden ook regelmatig toegepast bij de oudere patiënt met MCL.

De 3-jaarsoverleving van patiënten van 75 jaar en ouder met een agressief NHL is de afgelopen 25 jaar flink gestegen: van 32% in 1989-1993 naar 46% in 2009-2012, een toename van 14%. Echter, de overleving bij jongere patiënten is nog sterker gestegen, waardoor het (nadelige) verschil in overleving tussen jongere en oudere patiënten met NHL groter is geworden.

Concluderend, de oudere patiënt met NHL, en dan met name agressieve lymfomen zoals DLBCL en MCL, wordt minder intensief behandeld. 6 of 8 kuren R-CHOP met of zonder sequentiële stamceltransplantatie blijkt in veel gevallen een te zware behandeling. Er lijkt echter wel een verschuiving van de leeftijdsgrens tussen jong en oud van 65 jaar naar 70 of 75 jaar. Een steeds groter deel van de patiënten tussen 65 en 75 jaar krijgt dezelfde intensieve behandeling als de jongere patiënt. De resterende patiënten in deze leeftijdsgroep worden nog steeds minder intensief behandeld, vergelijkbaar met patiënten 75 jaar en ouder. Als gevolg hiervan is de toename van de overleving van patiënten van 65 tot en met 74 jaar vergelijkbaar met die van jongere patiënten terwijl de toename in de overleving van oudere patiënten met NHL is achtergebleven.



hoofd-halscarcinomen

omvatten tumoren van mondholte, keelholte (nasofarynx, orofarynx, hypofarynx), speekselklier, neus(bij)holte en middenoor, het strottenhoofd en halskliermetastasen met plaveiselcelcarcinoom zonder bekende primaire tumor. Samen nemen zij in 2014 plaats 10 in qua incidentie bij 70-plussers.

hoofd-hals kanker

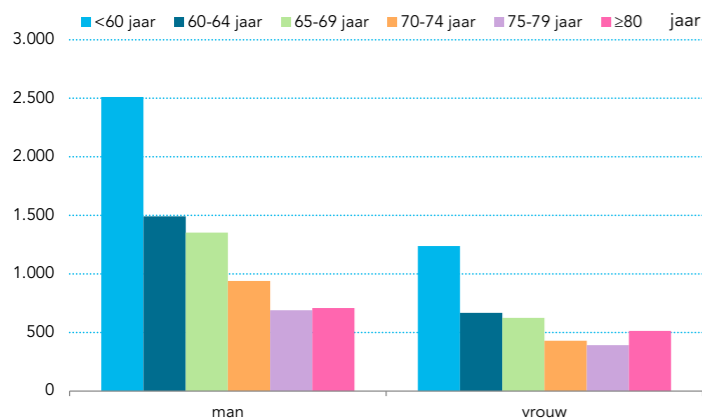
hoofd-halscarcinoom

dr. B.A.C. van Dijk, onderzoeker, IKNL

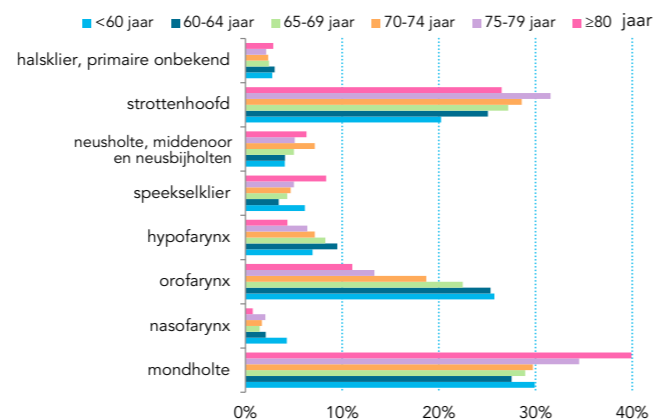
dr. G.B. Halmos, KNO-arts, Universitair Medisch Centrum Groningen

prof. dr. J.A. Langendijk, radiotherapeut, Universitair Medisch Centrum Groningen

incidentie

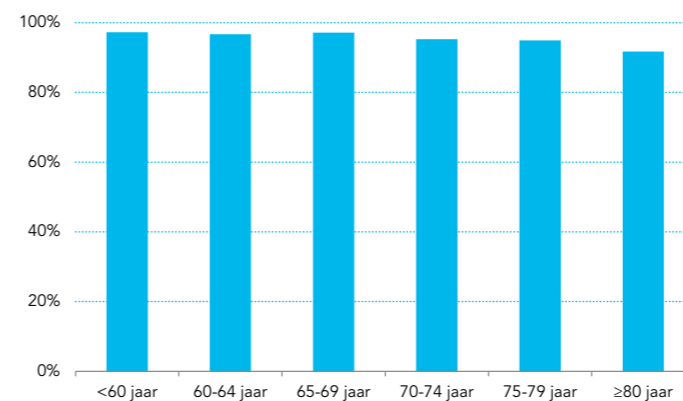


aantal nieuwe patiënten met hoofd-halskanker in 2010-2013, per leeftijdsgroep en geslacht (n=11.558)

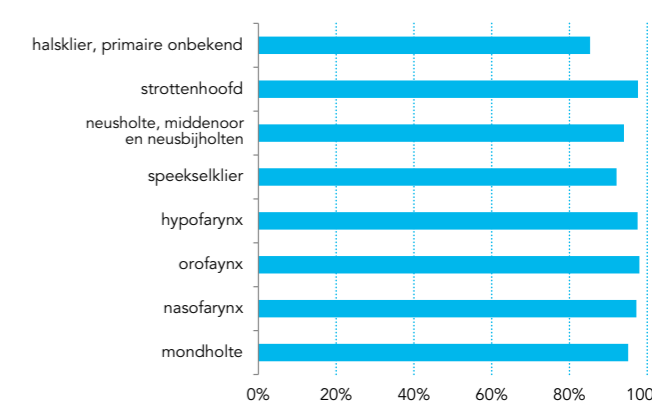


procentuele verdeling lokalisaties hoofd-halskanker in 2010-2013, per leeftijdsgroep (n=11.558)

behandeling



percentage patiënten gezien in een hoofd-hals oncologisch centrum (HHOC) in 2010-2013, per leeftijdsgroep (n=11.558)



percentage patiënten gezien in een HHOC in 2010-2013, per lokalisatie (n=11.558)

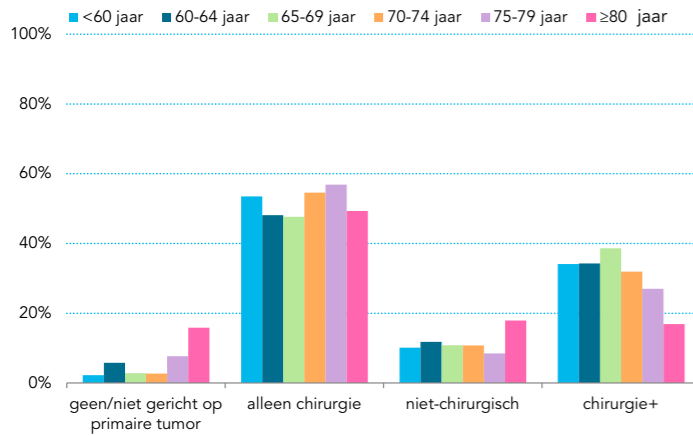
- Hoofd-halskanker komt vaker voor bij mannen dan bij vrouwen.
- Het verschil in aantal tussen mannen en vrouwen wordt kleiner met een toenemende leeftijd.

- In elke leeftijdscategorie is het aandeel mondholtecarcinomen het grootst, vooral vanaf 75 jaar.
- Het aandeel orofarynx-carcinomen neemt af met de leeftijd.
- Het aandeel strottenhoofdkanker neemt toe met de leeftijd tot het 80e levensjaar.

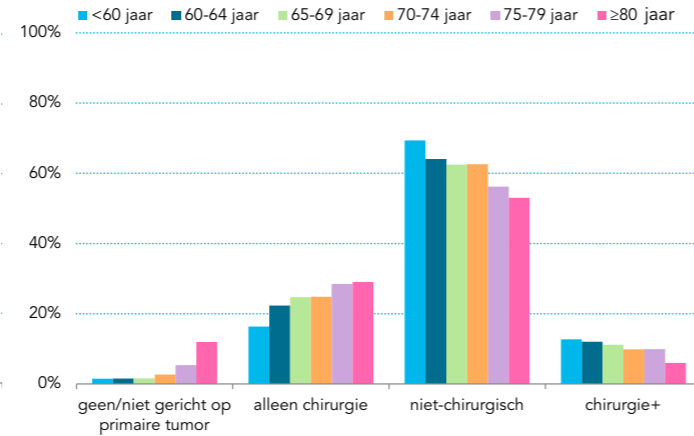
- Tot op hoge leeftijd wordt het overgrote deel van de patiënten met een hoofd-halscarcinoom gezien (gediagnosticeerd en/of behandeld) in een hoofd-hals oncologisch centrum (HHOC). Patiënten van 80 jaar en ouder worden echter iets minder vaak gezien in een HHOC: 92% ten opzichte van meer dan 95% bij jongere patiënten.

- Patiënten met halskliermetastasen met plaveiselcelcarcinoom waarvan de primaire tumor onbekend bleef (85%) en speekselklierkanker (92%) worden het minst gezien in een HHOC.

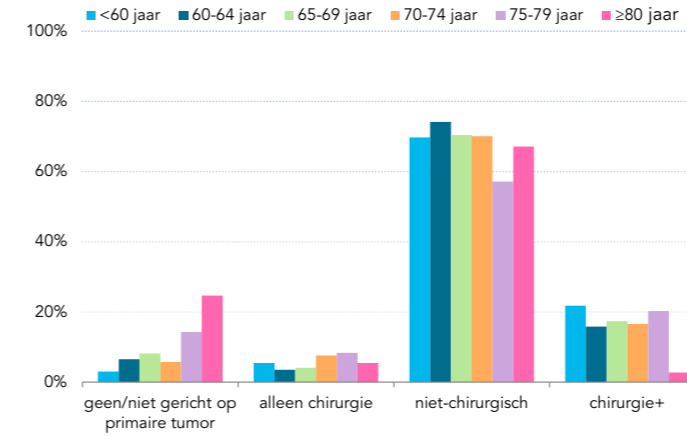
behandeling (vervolg)



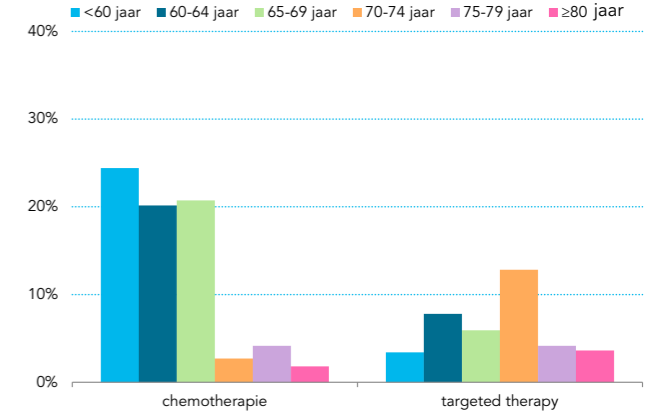
percentages behandelingen van patiënten met mondholtekanker (stadium I t/m IV M0) in 2010-2013, per leeftijdsgroep (n=2.559)



percentages behandelingen van patiënten met strottenhoofdtkanker (stadium I t/m IV M0) in 2010-2013, per leeftijdsgroep (n=2.289)



percentages behandelingen van patiënten met orofarynxkanker (stadium I t/m IV M0) in 2010-2013, per leeftijdsgroep (n=1.792)



percentages chemotherapie en targeted therapy van behandelde patiënten met orofarynxkanker (stadium I t/m IV M0) in 2010-2013, per leeftijdsgroep (n=1.679)

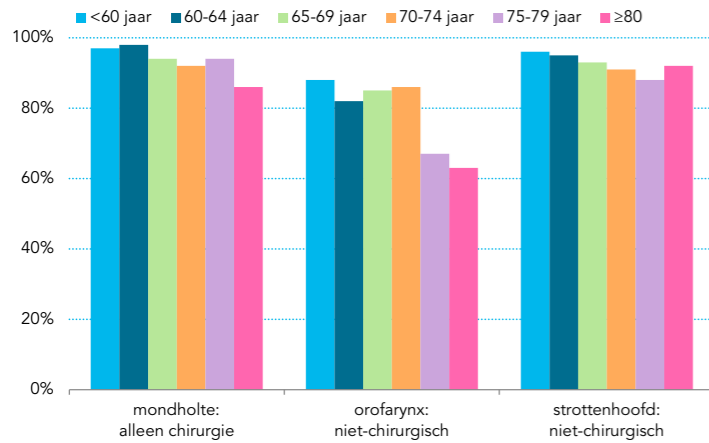
- Ouderen met mondholtekanker worden vaker niet, of niet tumorgericht behandeld: 8% van de 75- tot en met 79-jarigen en 16% van de 80-plussers.
- In de leeftijdscategorie ouder dan 80 is het aandeel niet-chirurgisch behandelde patiënten hoger en het aandeel gecombineerde chirurgische behandelingen (chirurgie + radiotherapie en/of systemische therapie 'chirurgie+') lager.

- Patiënten van 80 jaar en ouder met strottenhoofdtkanker krijgen vaker geen behandeling: 12% vergeleken met 5% bij de 75-79-jarigen.
- Het aandeel patiënten dat alleen met chirurgie wordt behandeld, neemt toe met het stijgen van de leeftijd, het aandeel niet-chirurgisch (alleen radiotherapie of radiotherapie + chemotherapie/targeted therapy) behandelde neemt daarentegen af met de leeftijd.
- Het aandeel patiënten dat met combinatietherapie behandeld wordt (chirurgie + radiotherapie (92%) en chirurgie + systemische therapie) neemt af met de leeftijd.

- Patiënten ouder dan 80 met orofarynxkanker worden vaker niet of niet tumorgericht behandeld, namelijk in 25% van de gevallen in vergelijking met 14% van de 75-79-jarigen en minder dan 10% van patiënten jonger dan 75 jaar.
- Vooral de 80-plussers krijgen zelden een gecombineerde behandeling bestaande uit chirurgie + radiotherapie (meest voorkomend 85%) en/of systemische therapie.

- Vanaf 70 is in overeenstemming met de richtlijn een zeer scherpe daling te zien in de chemotherapiebehandeling van patiënten met orofarynxkanker.
- Het aandeel patiënten behandeld met targeted therapy is het hoogst voor 70-74-jarigen (13%). Verder is er weinig verschil naar leeftijd (3-8%).

overleving



relatieve 1-jaarsoverleving in 2010-2013, per meest voorkomende lokalisatie/behandeling (mondholte: n=1.320; orofarynx: n=1.255; strottenhoofd: niet chirurgisch n=1.444)

- Het verschil in leeftijdspecifieke overleving is het kleinst bij strottenhoofdkanker en het grootst bij orofarynx-kanker.
- Bij patiënten van 75 of ouder met orofarynx-kanker is de (relatieve) overleving opvallend slechter.

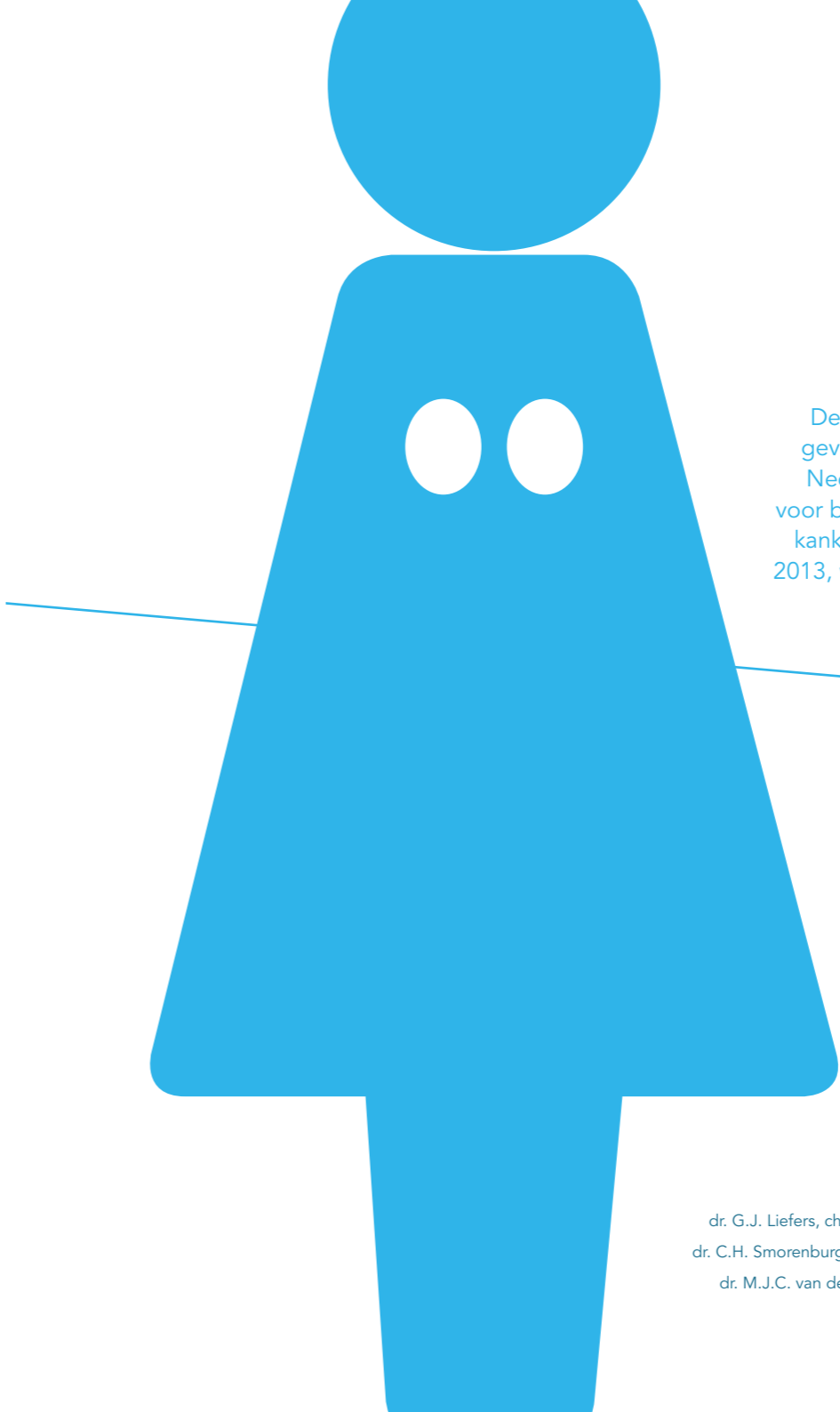
Het verschil in aantal hoofd-halscarcinomen tussen mannen en vrouwen wordt kleiner met het toenemen van de leeftijd. Dit komt vooral doordat vrouwen ouder worden dan mannen. Bij ouderen is de mondholte de meest voorkomende lokalisatie van kanker in het hoofd-halsgebied. De incidentie van orofarynx-kanker neemt af met het stijgen van de leeftijd.

Juist bij deze vorm van hoofd-halskanker worden oudere patiënten niet of niet tumorgericht en minder vaak met gecombineerde behandelingen behandeld. Het aandeel patiënten met orofarynx-kanker dat wordt behandeld met targeted therapy is het hoogst voor 70-74 jarigen. Verder zijn er weinig verschillen naar leeftijd. Dit zou erop kunnen wijzen dat vitale ouderen die volgens de richtlijn niet in aanmerking komen voor chemotherapie, targeted therapy (cetuximab) krijgen.

conclusies

De relatieve overleving voor oudere patiënten met een orofarynx-carcinoom die niet-chirurgisch behandeld worden, is lager in vergelijking met jongere patiënten. Dit zou kunnen wijzen op een terecht terughoudende behandelstrategie. Nader onderzoek is vereist, waarbij informatie over de biologische leeftijd (met analyse van bijvoorbeeld comorbiditeit en algemene conditie) meegenomen wordt.

De COOPERATION-trial zal hierover meer inzicht verschaffen. In deze trial worden patiënten met een matige conditie en een minder intensief bestralingsschema vergeleken met de standaardbehandeling voor locoregionale progressie, de kwaliteit van leven, toxiciteit en overleving.



borstkanker

De tabellen en de grafieken in dit hoofdstuk geven het aantal vrouwen met borstkanker in Nederland weer, maar borstkanker komt ook voor bij mannen. Het aantal mannen met borstkanker is gestegen van 37 in 1990 naar 101 in 2013, waarbij het grootste deel tussen 70 en 85 jaar oud is tijdens de diagnose.

borst kanker

mammacarcinoom

drs. K.M. de Ligt, junior onderzoeker, IKNL

dr. R.W. Bretveld, onderzoeker, IKNL

prof. dr. S. Siesling, senior onderzoeker, IKNL

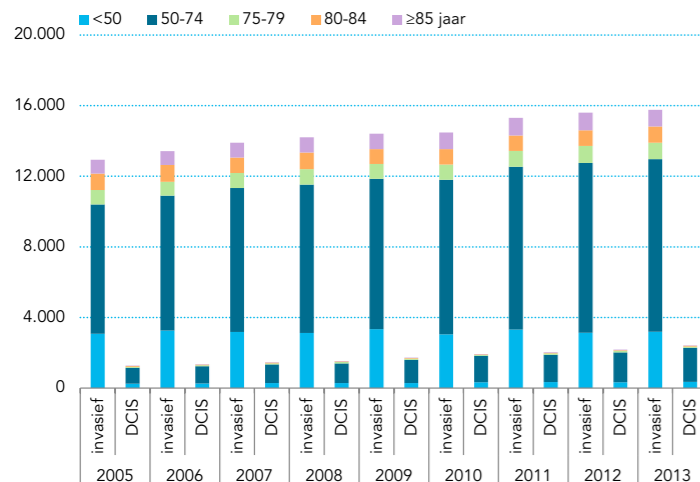
dr. E. Bastiaannet, epidemioloog/onderzoeker,
Leids Universitair Medisch Centrum Leiden

dr. G.J. Liefers, chirurg-oncoloog, Leids Universitair Medisch Centrum Leiden

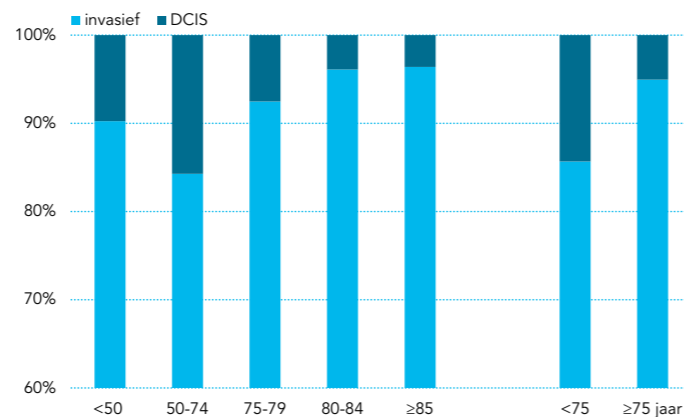
dr. C.H. Smorenburg, medisch oncoloog, Antoni van Leeuwenhoek Amsterdam

dr. M.J.C. van der Sangen, radiotherapeut, Catharina Ziekenhuis Eindhoven

incidentie



incidentie van DCIS of invasief mammacarcinoom bij vrouwen vanaf 18 jaar in de periode 2005-2013, per leeftijdsgroep (n=145.949)

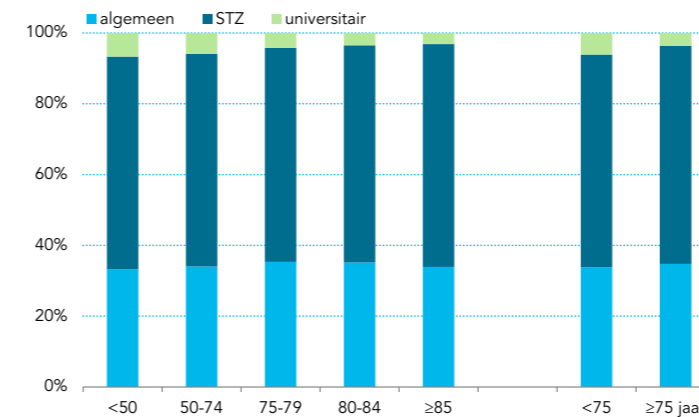


percentage nieuwe patiënten met DCIS of invasief mammacarcinoom in 2012-2013, per leeftijdsgroep (n=35.969)

- Het absolute aantal nieuwe diagnoses van mammacarcinoom inclusief Ductaal Carcinoom In Situ (DCIS) is de afgelopen jaren toegenomen: van ruim 14.000 patiënten in 2005 naar 18.000 patiënten in 2013. Er zijn in 2013 bijna 16.000 nieuwe diagnoses van invasief mammacarcinoom, waarvan 2.800 (17,5%) bij patiënten van 75 jaar of ouder en 950 (6%) bij patiënten van 85 jaar en ouder. Deze laatste percentages zijn de afgelopen jaren constant gebleven.
- Het invasief carcinoom neemt het grootste deel van de nieuwe tumoren voor zijn rekening: ongeveer 6 op de 7 diagnoses betreft een invasief mammacarcinoom en 1 op de 7 een DCIS.
- Een vijfde van de diagnoses mammacarcinoom treft vrouwen van 75 jaar en ouder.

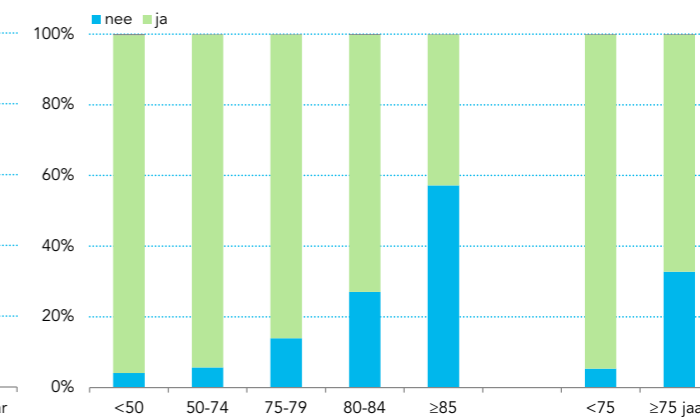
- Er is een relatief hoog aantal diagnoses DCIS bij patiënten jonger dan 75 vergeleken met patiënten van 75 jaar of ouder (bijna 15% vergeleken met 5%).

diagnostiek



ziekenhuis van diagnose voor DCIS of invasief carcinoom bij vrouwen in 2012-2013, per leeftijdsgroep (n=35.969)

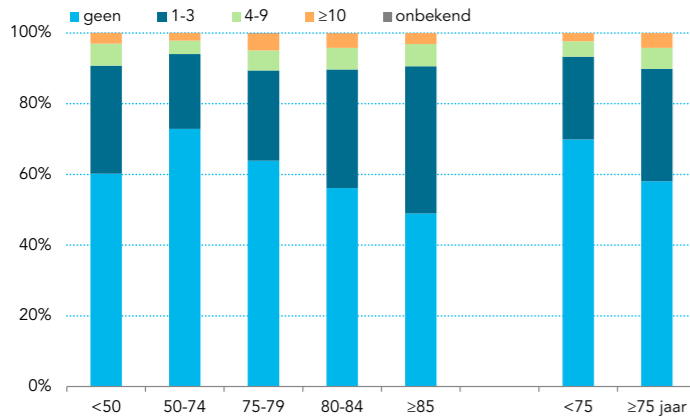
- Een derde van alle patiënten krijgt haar diagnose in een algemeen ziekenhuis. Van elke 5 patiënten die in een algemeen ziekenhuis gediagnosticeerd worden, is er 1 ouder dan 75. Voor Samenwerkende Topklinische Ziekenhuizen (STZ) geldt dezelfde verhouding. In universitaire ziekenhuizen is deze verhouding 1 op 8.



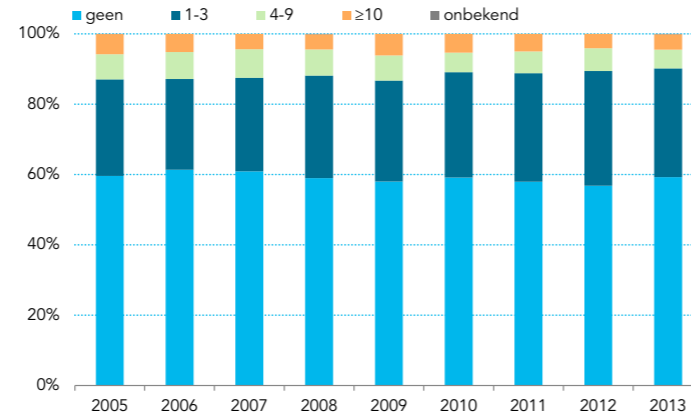
percentages lymfeklieronderzoek (oksclklierdissectie (OKT) indien gedaan schildwachtklierdissectie (SWK)) bij vrouwen met DCIS of invasief mammacarcinoom in 2012-2013, per leeftijdsgroep (n= 35.969)

- Het percentage patiënten dat geen lymfeklieronderzoek krijgt, is hoger bij oudere patiënten: ongeveer een derde van de vrouwen van 75 jaar en ouder krijgt geen lymfeklieronderzoek.
- Ruim de helft van de patiënten ouder dan 85 krijgt geen lymfeklieronderzoek.

diagnostiek (vervolg)



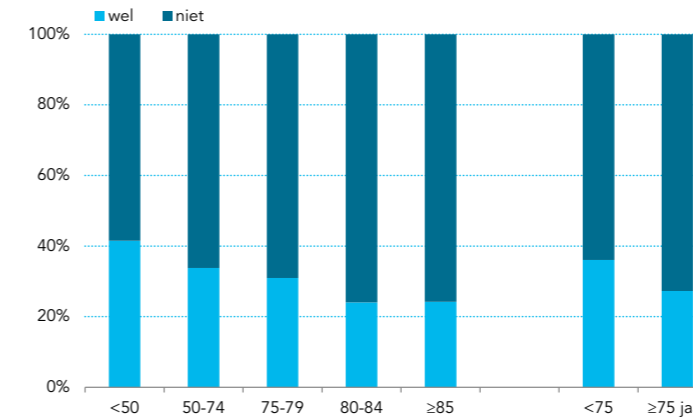
percentages positieve lymfeklieren na lymfeklieronderzoek (OKT indien gedaan SWK) bij vrouwen met DCIS of invasief mammacarcinoom in 2012-2013, per leeftijdsgroep (n=32.356)



trend positieve lymfeklieren bij DCIS of invasief mammacarcinoom na lymfeklieronderzoek bij patiënten ≥75 jaar in de periode 2005-2013 (n=16.858)

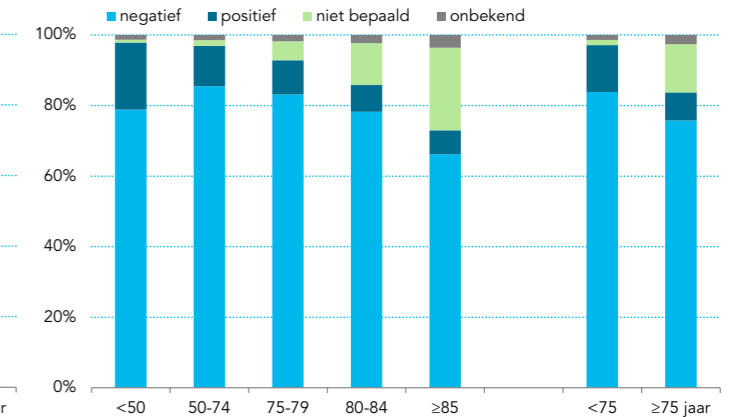
- Positieve lymfeklieren na lymfeklieronderzoek worden vaker gevonden bij patiënten van 75 jaar en ouder dan bij jongere patiënten (ruim 40% vs 30%).

- Bij oudere patiënten blijft de verhouding van het aantal positief bevonden lymfeklieren na lymfeklieronderzoek over de jaren stabiel. Bijna 60% van de ouderen heeft geen positieve lymfeklieren.



percentage OKT na SWK met positieve uitslag bij vrouwen met DCIS of invasief mammacarcinoom in 2012-2013, per leeftijdsgroep (n=6.964)

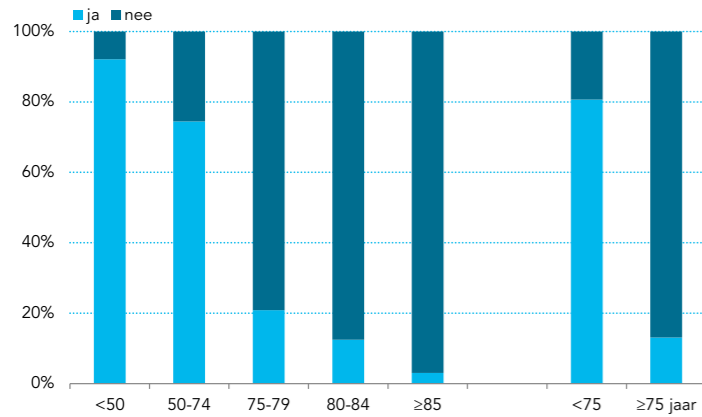
- Het percentage uitgevoerde okselklierdissecties na een positieve schildwachtklierprocedure (SWK) is lager bij patiënten ouder dan 75 jaar dan bij patiënten jonger dan 75 jaar (36% vs 27%).
- Absoluut gezien gaat het bij de patiënten van 75 en ouder maar om weinig patiënten die een SWK ondergaan; jongere patiënten krijgen 8 keer zo vaak een SWK (760 vs 6.200).



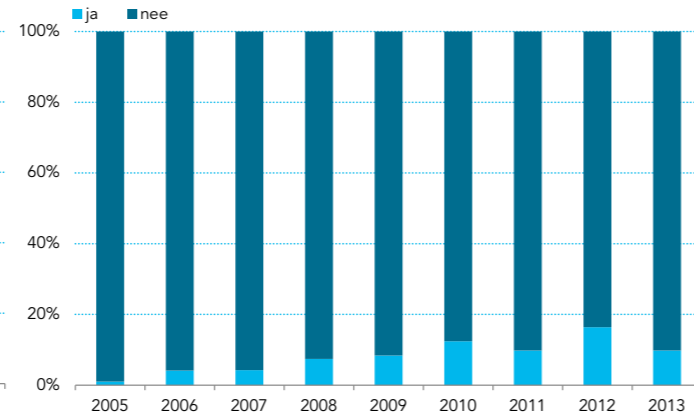
HER2-bepaling bij vrouwen met invasief mammacarcinoom in 2012-2013, per leeftijdsgroep (n=31.364)

- HER2 wordt vaker bepaald bij patiënten jonger dan 75 dan bij patiënten ouder dan 75 (97% vs 84%).
- Procentueel gezien is er bij patiënten jonger dan 75 vaker een positieve HER2-uitslag dan bij patiënten ouder dan 75 (13% vs 8%). Van alle patiënten (ongeacht leeftijd) heeft 1 op de 8 een positieve HER2-uitslag (3.870 van 31.364).

diagnostiek (vervolg)



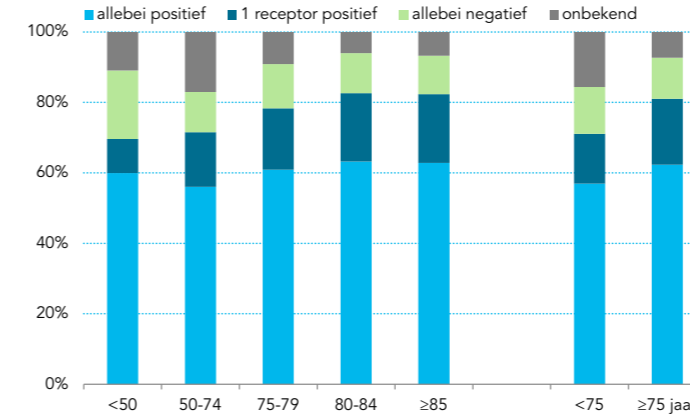
behandeling met anti-HER2-therapie bij vrouwen met invasief mammacarcinoom en met een positieve HER2-uitslag in 2012-2013, per leeftijdsgroep (n=3.870)



trend behandeling met anti-HER2-therapie van vrouwen ≥75 jaar met invasief mammacarcinoom en een positieve HER2-uitslag in de periode 2005-2013 (n=2.026)

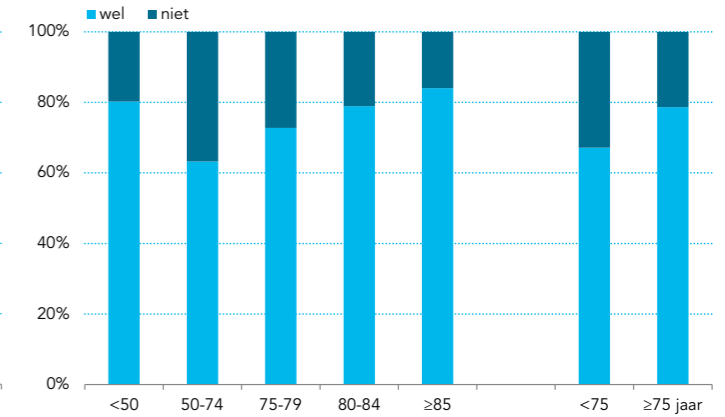
- De behandeling van patiënten met anti-HER2-therapie bij een positieve HER2-uitslag vindt vooral plaats onder jongere patiënten. Met een toenemende leeftijd neemt het gebruik van anti-HER2-therapie bij deze groep af: van iets meer dan 20% in de leeftijd 75 tot 79 tot minder dan 5% bij vrouwen van 85 jaar of ouder.

- Onder patiënten van 75 jaar en ouder neemt het gebruik van anti-HER2-therapie bij een positieve HER2-uitslag toe: van iets minder dan 1% in 2005 tot bijna 10% in 2013.



ER/PR-bepaling (oestrogeen/progesteron) bij vrouwen met invasief mammacarcinoom in 2012-2013, per leeftijdsgroep (n=35.969)

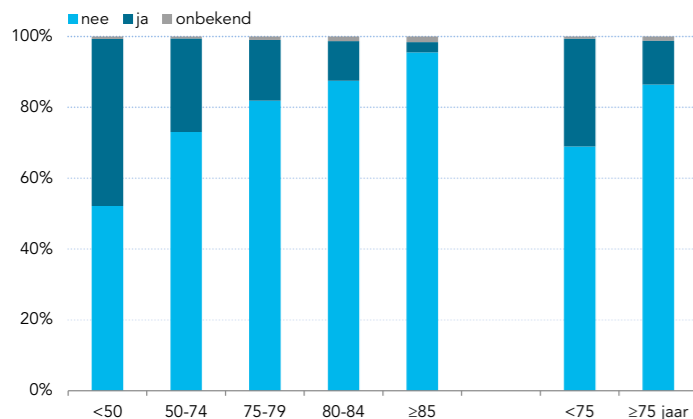
- Patiënten van 75 jaar en ouder hebben iets vaker een positieve ER/PR-uitslag dan jongere patiënten (81% vs 71%).
- In de jaren 2005 tot 2013 is er procentueel weinig veranderd in het soort uitslag (positief/negatief) dat een patiënt van 75 jaar of ouder krijgt.



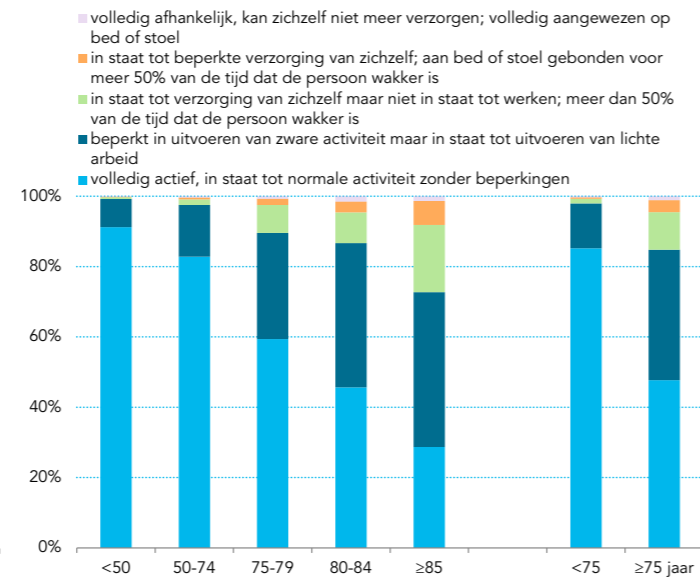
behandeling met hormoontherapie bij positieve ER/PR-receptoruitslag bij vrouwen met invasief mammacarcinoom in 2012-2013, per leeftijdsgroep (n=26.160)

- Er wordt minder hormonale therapie toegediend bij vrouwen van 50 tot 75 jaar.

diagnostiek (vervolg)



MRI van de mamma voorafgaand aan de primaire operatie van vrouwen met DCIS of invasief mamma carcinoom in 2012-2013, per leeftijdsgroep (n=35.969) (inclusie: operatief behandeld, geen neo-adjuvante therapie, geen metastasen (pM en cM))

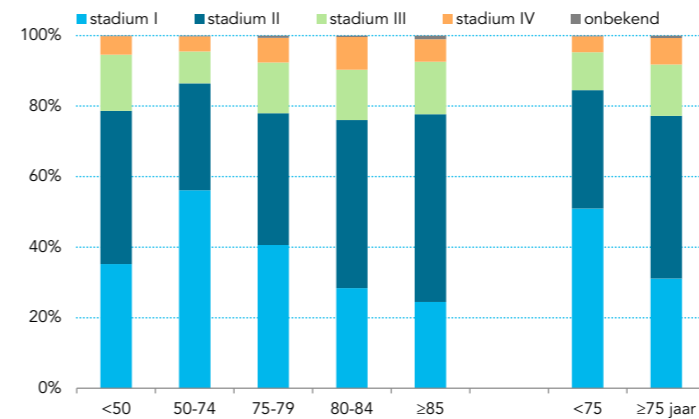


bepaling en uitslag van de WHO-Performance Status (PS) bij vrouwen met DCIS of invasief mamma carcinoom in 2013-2014, per leeftijdsgroep (n=35.696)

- Het percentage patiënten dat een MRI krijgt voorafgaand aan de primaire operatie is lager onder oudere patiënten: 86% van de patiënten van 75 jaar of ouder krijgt geen MRI vergeleken met 69% bij patiënten jonger dan 75. Bij vrouwen ouder dan 85 jaar wordt in 95% van de gevallen geen MRI gedaan voorafgaand aan de primaire operatie.

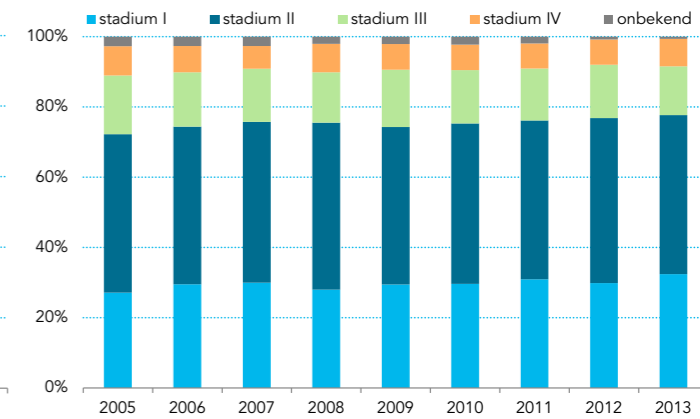
- Bij patiënten van 75 jaar of ouder met DCIS en invasief mamma carcinoom wordt minder vaak de PS geregistreerd dan bij patiënten jonger dan 75 (80% vs 68% niet geregistreerd).
- Bij de patiënten van wie wel een PS wordt geregistreerd, is te zien dat degenen van 75 jaar en ouder beduidend slechter scoren dan degenen jonger dan 75. 80% van de patiënten jonger dan 75 is nog volledig actief, terwijl dit bij patiënten ouder dan 75 ongeveer 50% is.
- Over de afgelopen 3 jaar is er wel een toename van de registratie van de WHO-status onder oudere patiënten (n=8.273).

stadiumverdeling



pTNM-stadiumverdeling bij patiënten met invasief mamma carcinoom in 2012-2013, per leeftijdsgroep (n=31.260)

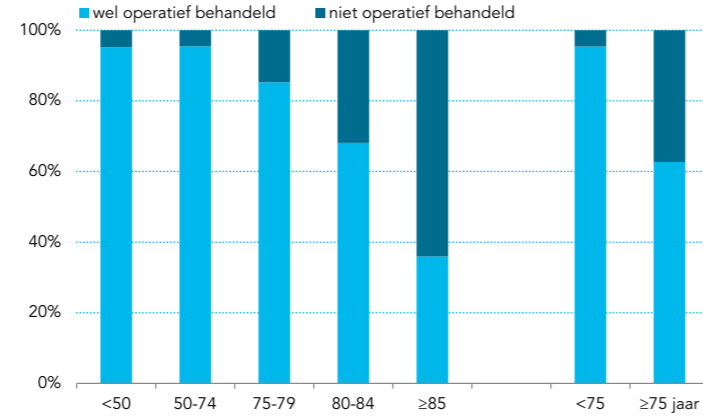
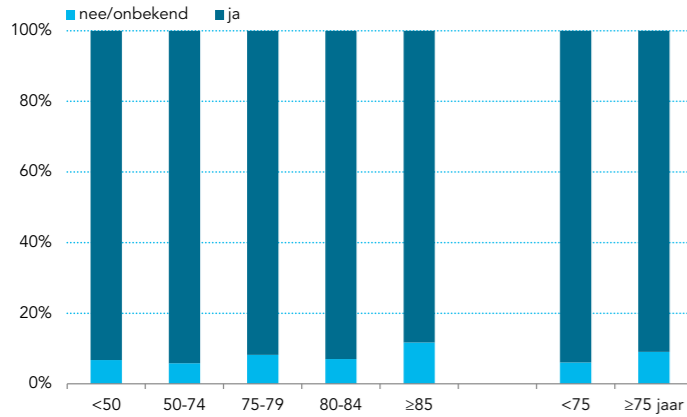
- Stadium III en IV komen procentueel vaker voor bij oudere patiënten (75 en ouder) dan bij jongere patiënten (ruim 20% vs 15%).
- Bij jongere vrouwen tot 75 jaar komt diagnose stadium I het meeste voor (ruim 50%), bij vrouwen ouder dan 75 jaar komt diagnose stadium II het meeste voor (bijna 50%).



trend pTNM-stadiumverdeling bij patiënten met invasief mamma carcinoom (≥75 jaar) in de periode 2005-2013 (n=23.949)

- Bij oudere patiënten blijven de percentages per stadium relatief stabiel over de jaren 2005 tot 2013. De absolute aantallen nieuwe diagnoses bij oudere vrouwen neemt toe van ongeveer 2.500 nieuwe patiënten in 2005 tot bijna 2.800 in 2013.
- De diagnose 'stadium onbekend' is afgenomen van 3 naar 1%.

behandeling

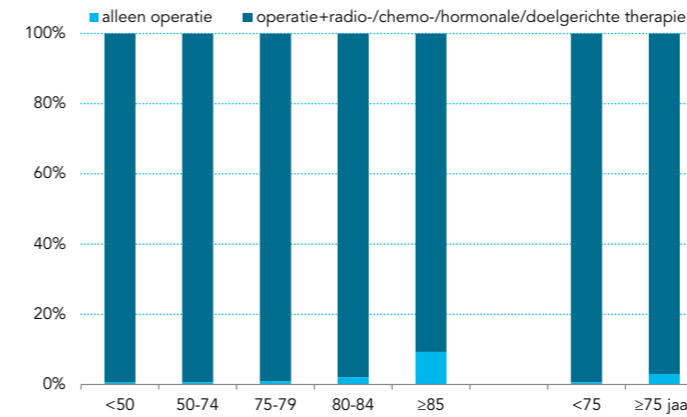


percentage patiënten met DCIS of invasief mammapcarcinoom besproken in een pre-operatief multidisciplinair overleg (pre-mdo) in 2012-2013, per leeftijdsgroep (n=35.969)

operatieve behandeling van patiënten met invasief mammapcarcinoom (inclusief M1) in 2012-2013, per leeftijdsgroep (n= 31.364)

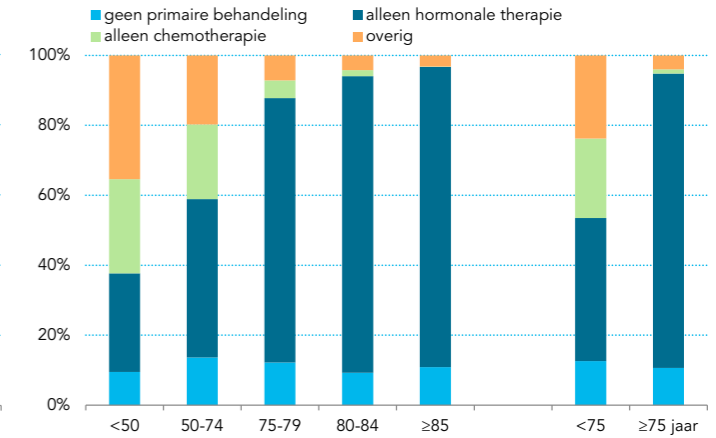
- Ongeveer 90% van de vrouwen ouder dan 75 jaar wordt besproken in het pre-mdo, bij vrouwen jonger dan 75 ligt dit percentage op bijna 95%.
- Vrouwen die alleen een operatie krijgen, worden verhoudingsgewijs minder vaak op het pre-operatief mdo besproken.

- 95% van de patiënten met invasief mammapcarcinoom jonger dan 75 wordt operatief behandeld vergeleken met ruim 60% van de patiënten ouder dan 75 jaar. Patiënten van 85 jaar en ouder krijgen in 40% van de gevallen een operatie.



aanvullende behandeling na operatie van vrouwen met invasief mammapcarcinoom (inclusief M1) in 2012-2013, per leeftijdsgroep (n= 28.072)

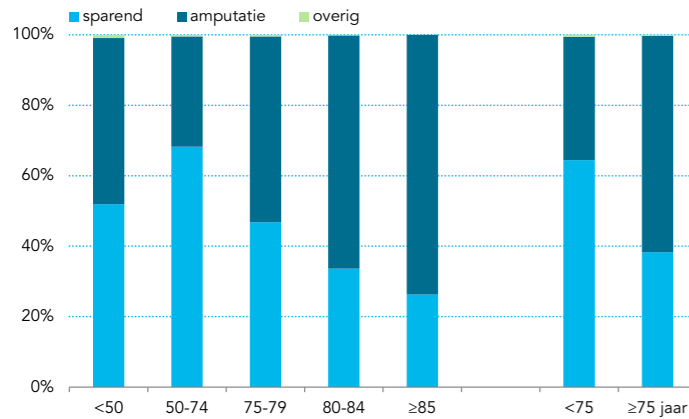
- Patiënten van 75 jaar of ouder krijgen vaker alleen een operatie (zonder (neo)adjuvante therapie) dan patiënten jonger dan 75 jaar (3% vs 0,6%). Het absolute aantal patiënten dat alleen een operatie krijgt, is licht afgenomen over de afgelopen jaren.



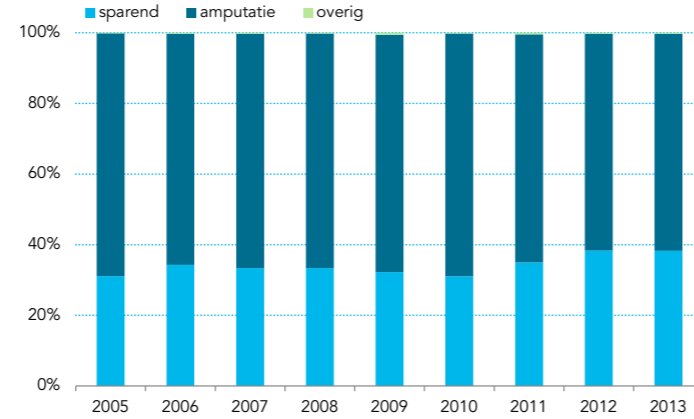
behandelmodaliteiten bij vrouwen met invasief mammapcarcinoom, die niet operatief behandeld zijn in 2012-2013 (inclusief M1), per leeftijdsgroep (n= 3.292)

- Van de niet-operatief behandelde oudere patiënten van 75 jaar en ouder krijgt bijna 80% alleen hormoontherapie. Het gebruik van alleen chemotherapie neemt af met een toenemende leeftijd bij diagnose.
- Het aantal oudere patiënten dat alleen hormoontherapie krijgt (zonder aanvullende behandelingen), is toegenomen van 600 in 2005 naar 900 in 2013.

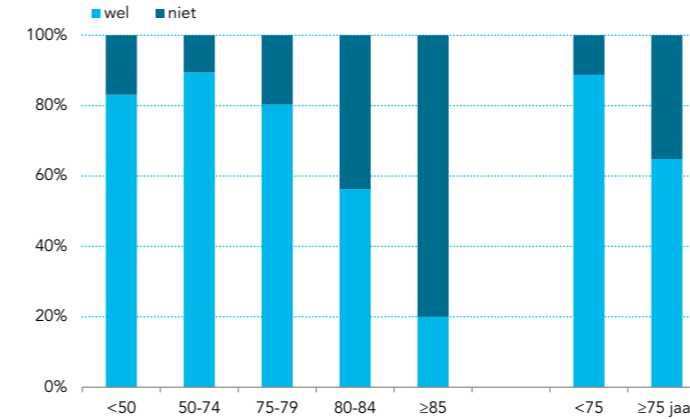
behandeling (vervolg)



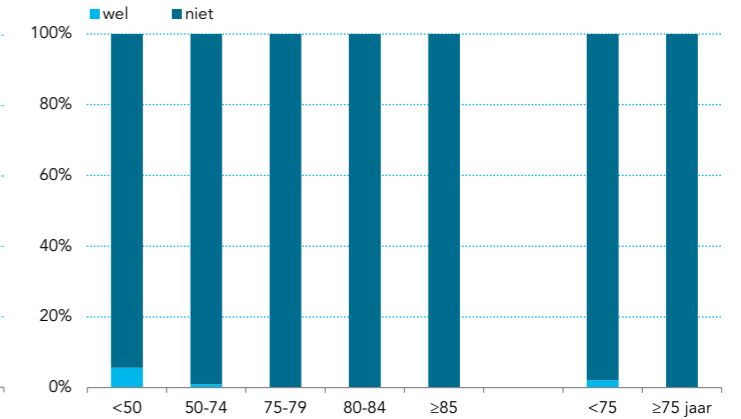
type operatie bij patiënten met DCIS of invasief mamma-carcinoom in 2012-2013, per leeftijdsgroep (n=32.542)



trend type operatie bij patiënten met DCIS of invasief carcinomaom van 75 jaar of ouder in 2005 -2013 (n=16.528)



radiotherapie na borstsparende operatie van vrouwen met DCIS in 2012-2013, per leeftijdsgroep (n=2.851)



radiotherapie na amputatie bij vrouwen met DCIS in 2012-2013, per leeftijdsgroep (n=1.547)

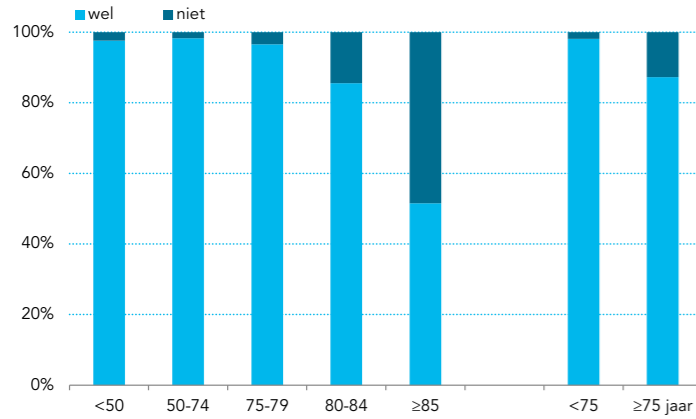
- Vrouwen ouder dan 75 jaar worden minder vaak borstsparend behandeld: bijna 65% van de vrouwen jonger dan 75 tegenover iets meer dan 35% van de vrouwen ouder dan 75. Van de vrouwen ouder dan 85 jaar krijgt minder dan een derde een sparende operatie.

- Het percentage borstsparend behandelde patiënten van 75 jaar of ouder is de afgelopen jaren toegenomen van 30% in 2005 naar bijna 40% in 2013.

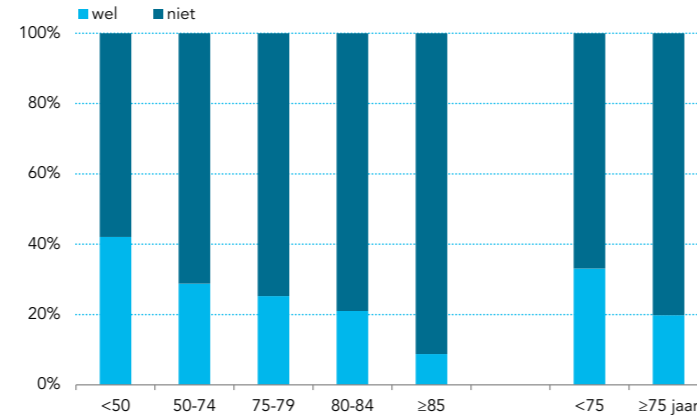
- Bij patiënten met DCIS die borstsparend behandeld zijn, wordt minder vaak radiotherapie toegepast bij patiënten van 75 jaar of ouder dan bij patiënten jonger dan 75 jaar (bijna 65% vs bijna 90%). Bij vrouwen van 85 jaar en ouder wordt in 80% van de gevallen geen radiotherapie toegepast.

- Bij patiënten met DCIS die een amputatie hebben ondergaan, wordt nauwelijks radiotherapie toegepast bij alle leeftijdscategorieën.

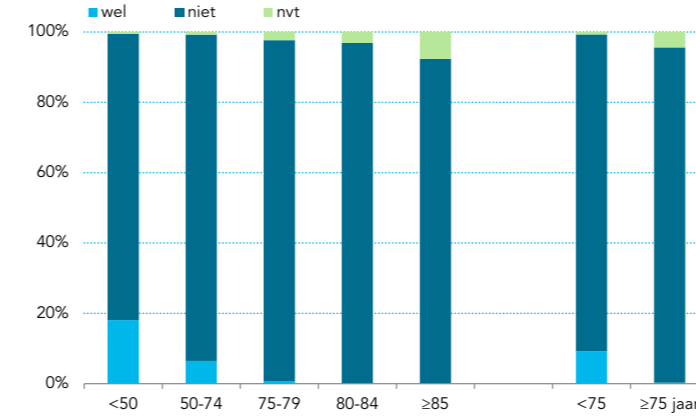
behandeling (vervolg)



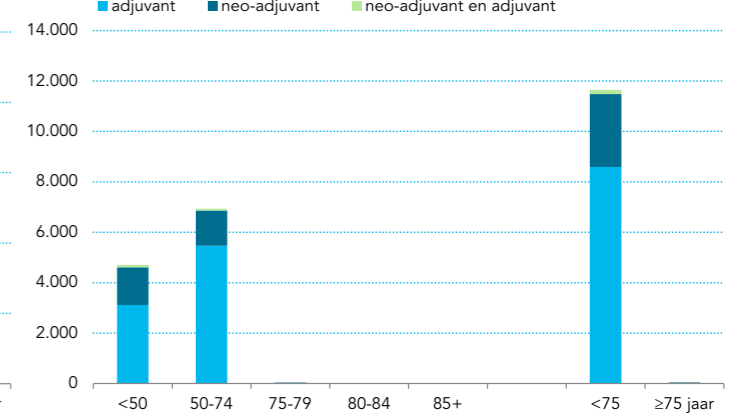
radiotherapie na borstsparende operatie bij vrouwen met invasief mamma carcinoom in 2012-2013, per leeftijdsgroep (n=16.136)



radiotherapie na amputatie bij vrouwen met invasief mamma carcinoom in 2012-2013, per leeftijdsgroep (n=11.855)



directe borstreconstructie bij vrouwen met DCIS of invasief mamma carcinoom in 2012-2013, per leeftijdsgroep (n=34.463)



percentages neo-adjuvante en adjuvante chemotherapie bij vrouwen met invasief mamma carcinoom in 2012-2013, per leeftijdsgroep (n=11.701) (stadium M1 geëxcludeerd)

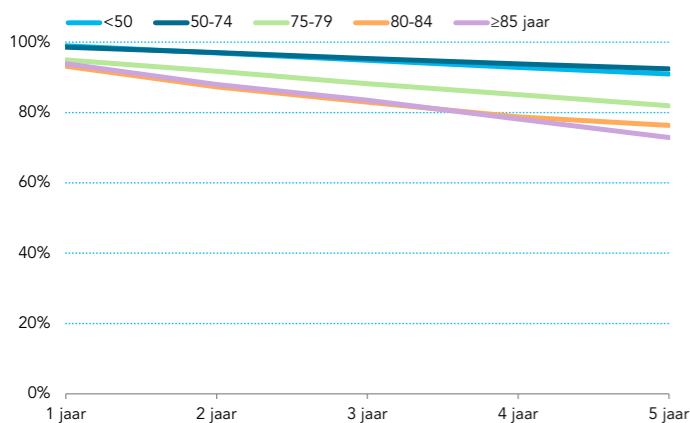
- Bij patiënten met invasief carcinoom en een sparende behandeling is het gebruik van radiotherapie lager bij patiënten van 75 jaar of ouder dan bij patiënten jonger dan 75 (87% vs 98%).

- Patiënten van 75 jaar of ouder met een invasief carcinoom die een amputatie hebben ondergaan, krijgen minder vaak radiotherapie dan patiënten jonger dan 75 met dezelfde eigenschappen (33% vs 20%).

- Bij patiënten van 75 jaar of ouder wordt niet tot nauwelijks directe reconstructie toegepast.

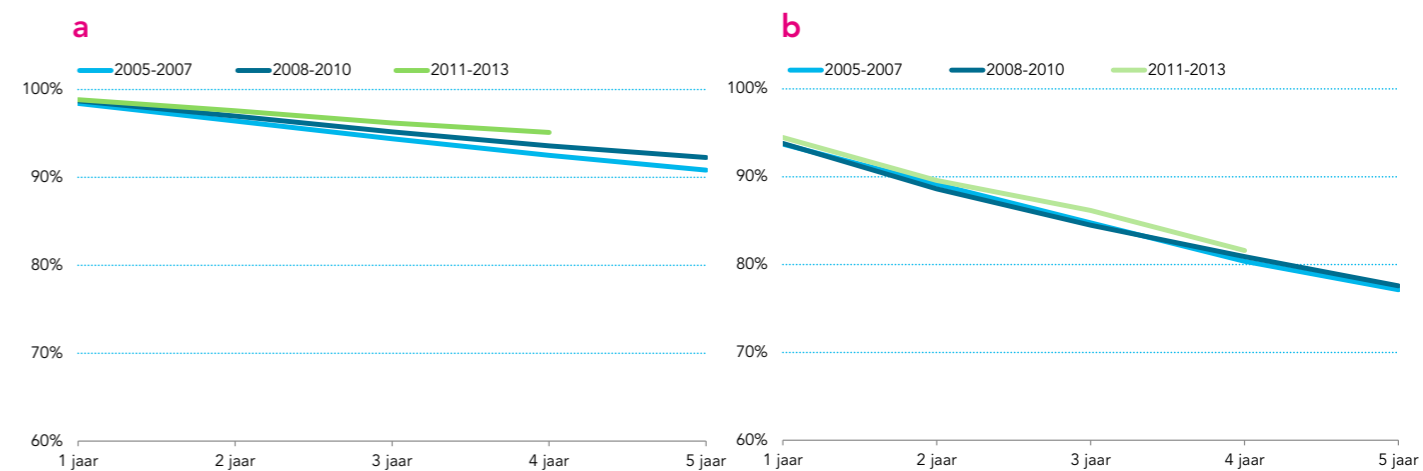
- Chemotherapie wordt weinig toegepast bij patiënten van 75 jaar of ouder, zowel adjuvant als neo-adjuvant. Dit komt overeen met de huidige richtlijn.

overleving



relatieve overleving van vrouwen met DCIS of invasief mammacarcinoom in 2005-2013, per leeftijdsgroep (n=35.969)

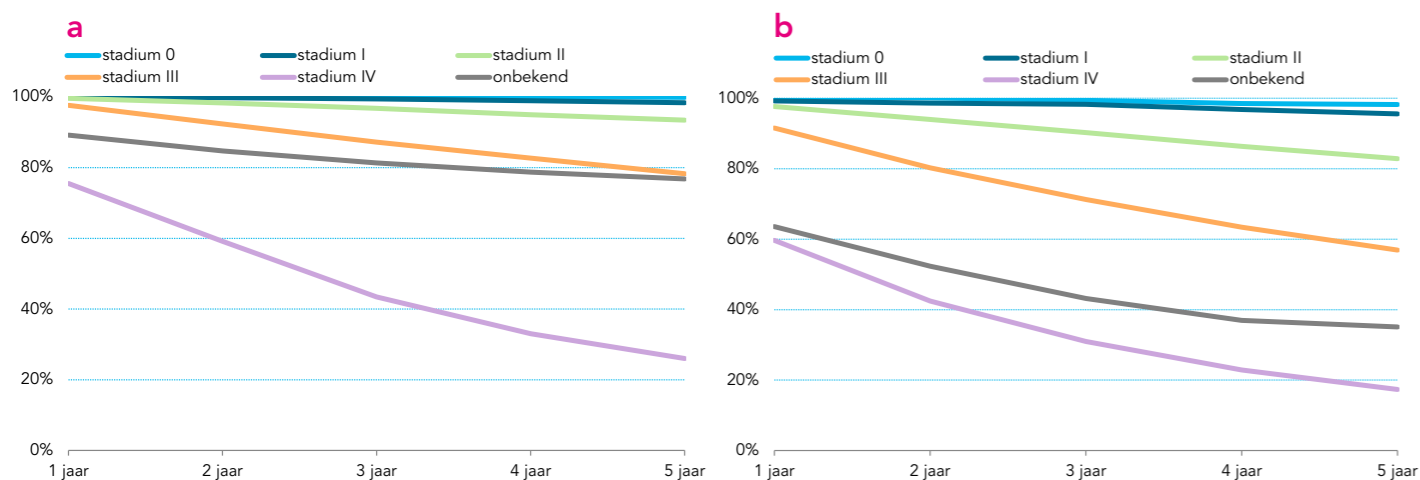
- De relatieve overleving neemt af met een hogere leeftijd bij diagnose.
- Er is weinig verschil in overleving tussen ouderen in de leeftijdscategorieën 80 tot 84 jaar en 85-plussers.



relatieve overleving van vrouwen met DCIS en invasief mammacarcinoom <75 jaar (a) vs >75 jaar (b), per periode van diagnose (n=35.969)

- De relatieve overleving voor patiënten met borstkanker jonger dan 75 jaar is in de verschillende periodes van diagnose beter dan voor patiënten ouder dan 75 jaar.
- De relatieve overleving voor patiënten met borstkanker is voor alle leeftijdsgroepen de afgelopen jaren (2005-2013) licht verbeterd. Voor patiënten jonger dan 75 jaar lijkt deze verbetering iets groter dan voor de oudere patiënten.

overleving (vervolg)



relatieve overleving van vrouwen met DCIS of invasief mammacarcinoom <75 jaar (a) vs >75 jaar (b), per stadium (n=35.969)

- De relatieve overleving voor patiënten ouder dan 75 jaar is in de verschillende stadia slechter dan voor patiënten jonger dan 75 jaar. Voor stadium onbekend is het grootste verschil in relatieve overleving zichtbaar in de grafieken.

Het absolute aantal nieuwe diagnoses mammacarcinoom is de afgelopen jaren toegenomen. Bijna een vijfde van de patiënten is 75 jaar en ouder; een percentage dat de moeite waard is om de zorgtrajecten in de kliniek op af te stemmen. Het relatief hoge aantal diagnoses DCIS bij patiënten jonger dan 75 jaar vergeleken met patiënten ouder dan 75 jaar wordt beïnvloed door het bevolkingsonderzoek borstkanker, maar dit verklaart niet het volledige verschil. Het relatief vaker voorkomen van hogere stadia bij oudere patiënten kan worden veroorzaakt door de vroege detectie van borstkanker bij 50- tot 75-jarigen in het bevolkingsonderzoek.

Heel weinig oudere patiënten (ongeveer 200 van de 2800) krijgen hun diagnose in universitaire ziekenhuizen, terwijl juist hier vaak studies (naar behandeling bij ouderen) worden bedacht en uitgevoerd. Overleg en samenwerking met de algemene en STZ-ziekenhuizen is daarom belangrijk.

De analyses laten ook zien dat patiënten ouder dan 75 minder vaak een operatieve behandeling krijgen en als ze geopereerd worden, dan is dit vaak zonder adjuvante therapie. Het gebruik van radiotherapie bij patiënten met invasief carcinoom en een sparende behandeling is lager bij oudere patiënten. Dit kan gerelateerd zijn aan de belasting van de radiotherapie in combinatie met de kans op terugkeer van ziekte. In de praktijk wordt vaak ingeschat dat deze belasting voor ouderen te groot is. Het gebruik van alleen chemotherapie neemt af met een toenemende leeftijd bij diagnose. Oudere patiënten krijgen minder vaak chemotherapie omdat zij minder vaak een hormoonreceptor-negatieve tumor hebben en omdat zij in minder goede conditie verkeren. Het minder vaak bepalen van de WHO-performance score bij ouderen kan hiermee samenhangen: het bepalen van deze score is minder relevant.

Directe borstreconstructie wordt (nog) nauwelijks toegepast bij ouderen. Dit kan te maken hebben met de risico's van een directe reconstructie en met de wens van de oudere patiënt.

conclusies

HER2-bepaling en anti-HER2-therapie worden minder toegepast bij oudere dan bij jongere patiënten, maar de toename hiervan de afgelopen jaren kan veroorzaakt zijn door het langer vitaal blijven en daardoor vaker in aanmerking komen voor deze therapie. Het verschil in gebruik van pre-operatieve MRI tussen patiënten jonger en ouder dan 75 jaar komt deels door het minder vaak toepassen van borstsparende chirurgie bij de ouderen. En dit verschil kan weer ontstaan door patiëntpreferenties en doordat oudere patiënten vaker een hoger stadium bij diagnose hebben.

De relatieve overleving neemt af bij een hogere leeftijd bij diagnose. De relatieve overleving is voor beide groepen over de afgelopen jaren licht verbeterd, maar voor de patiënten jonger dan 75 jaar iets sterker dan voor de patiënten ouder dan 75 jaar. Hier valt mogelijk nog winst te behalen.



long kanker

longcarcinoom

dr. R. Damhuis, onderzoeker, IKNL

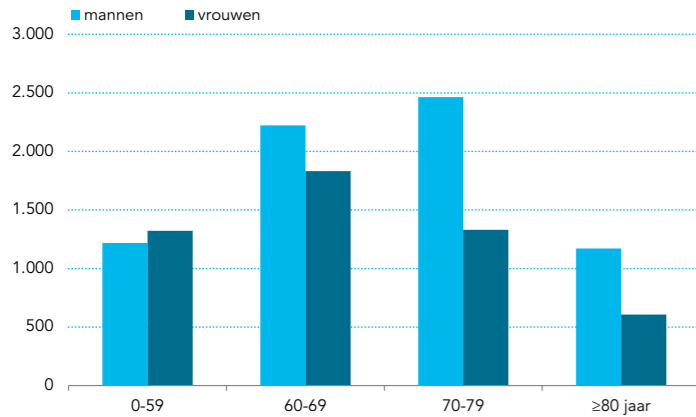
dr. J.A. Burgers, longarts, Antoni van Leeuwenhoek Amsterdam

C. Dickhoff, chirurg, VU medisch centrum Amsterdam

dr. M. Janssen-Heijnen, epidemioloog, VieCuri Medisch Centrum Venlo

prof. dr. S. Senan, radiotherapeut, VU medisch centrum Amsterdam

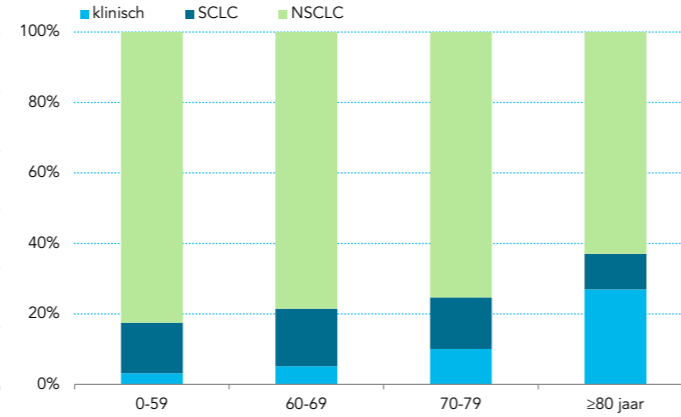
incidentie



aantal nieuwe patiënten met longkanker in 2013, per leeftijdsgroep en geslacht (n=12.165)

- Longkanker komt bij ouderen vaker voor bij mannen dan bij vrouwen, in de jongste leeftijdsgroep is dit omgekeerd en hebben vrouwen de overhand.
- 46% van de patiënten met longkanker is 70 jaar of ouder tijdens de diagnose.

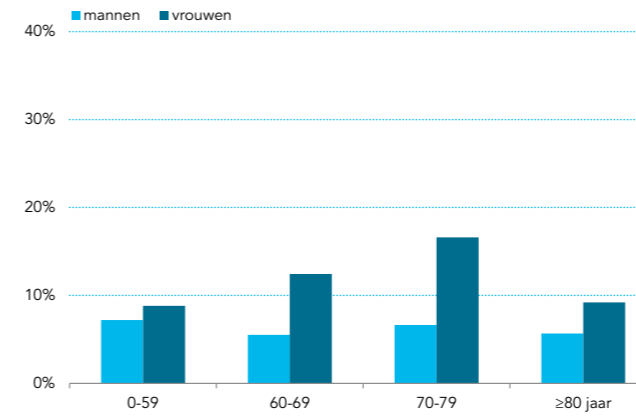
diagnostiek



histologie longkanker in 2010-2013, per leeftijdsgroep (n=48.341)

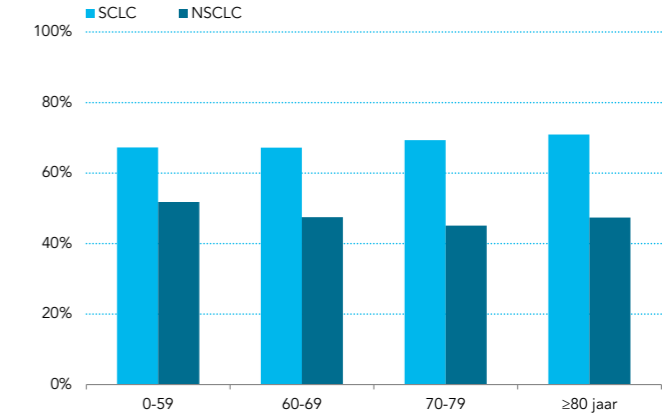
- Longkanker omvat in 15% van de gevallen een kleincellig longcarcinoom (SCLC) en in 76% een niet-kleincellig longcarcinoom (NSCLC).
- In de leeftijdsgroepen 70 tot 79 en ouder dan 80 jaar wordt bij respectievelijk 10% en 27% van de patiënten geen pathologische diagnose gesteld.

stadiumverdeling



percentage EGFR-mutaties bij patiënten met stadium IV adenocarcinoom in 2013, per leeftijdsgroep en geslacht (n=2.774)

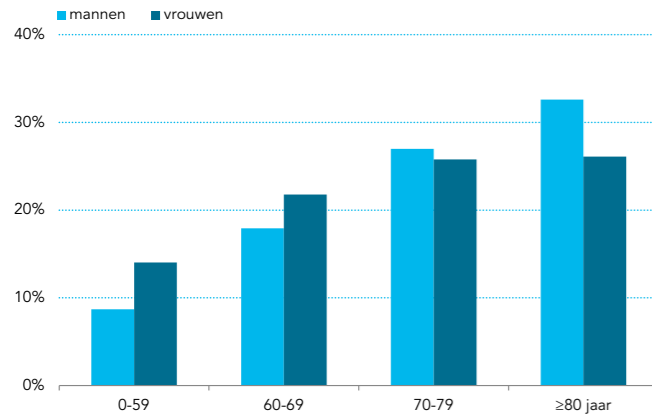
- Een mutatie van de 'epidermal growth factor receptor' (EGFR) komt vooral voor bij vrouwen, en ook bij ouderen.
- De werkelijke prevalentie is hoger dan de grafiek toont omdat in 2013 maar tweederde van de patiënten werd getest.



percentage patiënten met gemetastaseerde ziekte (stadium IV) tijdens diagnose longkanker in 2010-2013, per leeftijdsgroep en histologisch type (n=48.341)

- Meer dan 50% van de patiënten heeft bij diagnose al gemetastaseerde ziekte (stadium IV), vooral bij SCLC (68%), minder bij NSCLC (48%).
- Het aandeel patiënten met stadium IV is nauwelijks gerelateerd aan leeftijd.

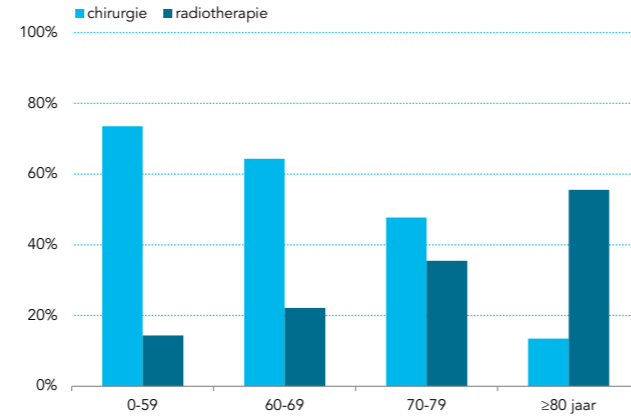
comorbiditeit



eerdere maligniteiten bij diagnose longkanker in 2010-2013, per leeftijdsgroep en geslacht (n=48.341)

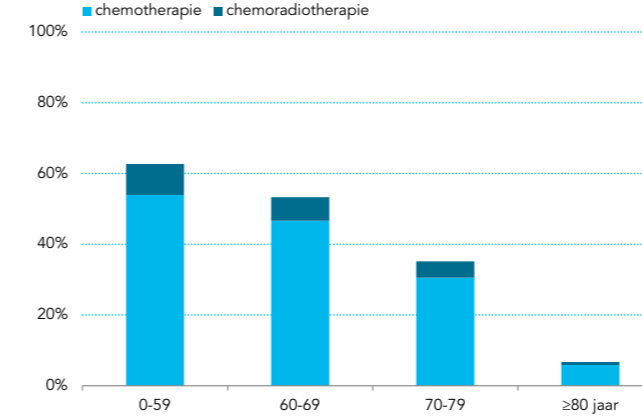
- Tot een derde van de patiënten met longkanker heeft tijdens de diagnose een of meerdere andere vormen van kanker (gehad), vooral prostaatkanker (13%), borst- of blaaskanker (11%) of darmkanker (10%).

behandeling



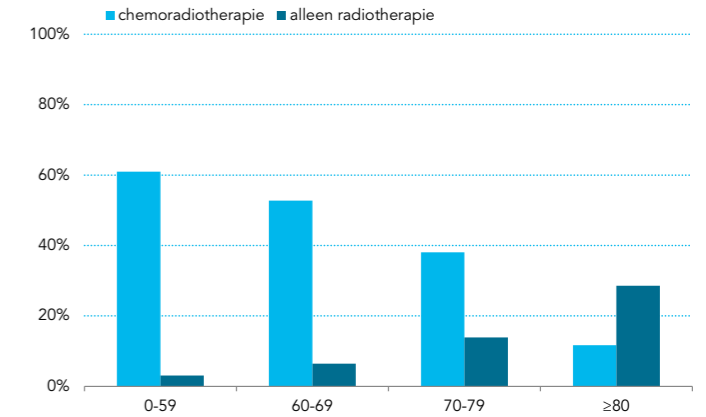
behandeling van patiënten met stadium I longkanker in 2010-2013, per leeftijdsgroep (n=8.025)

- Bij stadium I longkanker is chirurgie de standaardbehandeling. Bij ouderen wordt echter vaker radiotherapie toegepast.



adjuvante behandeling na chirurgie bij patiënten met stadium II-IIIa longkanker in 2010-2013, per leeftijdsgroep (n=2.957)

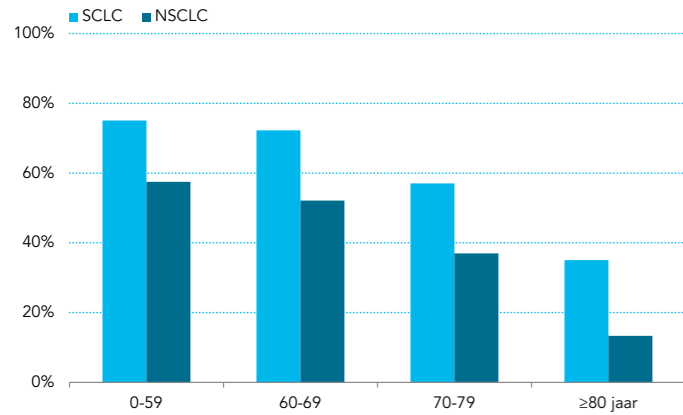
- Bij ouderen wordt vaker afgezien van adjuvante behandeling na chirurgie.



behandeling van patiënten met stadium III NSCLC in 2010-2013, per leeftijdsgroep (n=9.058)

- Bij patiënten met stadium III NSCLC vormt de combinatie van chemotherapie en radiotherapie de standaardbehandeling.
- Bij ouderen wordt chemotherapie vaker achterwege gelaten.
- Ook wordt bij ouderen vaker gekozen voor een sequentiële behandeling (in plaats van gelijktijdig).

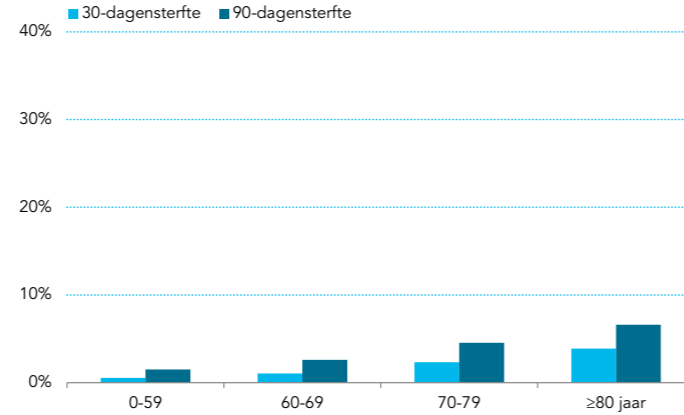
behandeling (vervolg)



systemische therapie bij patiënten met stadium IV longkanker in 2010-2013, per leeftijdsgroep en histologie (n=22.304)

- Toepassing van systemische behandeling neemt af met de leeftijd en is hoger voor SCLC.

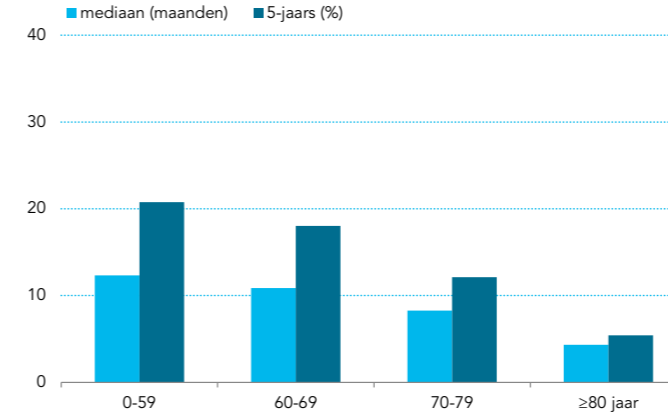
postoperatieve sterfte



postoperatieve 30- en 90-dagensterfte na lobectomie in 2010-2013, per leeftijdsgroep (n=6.346)

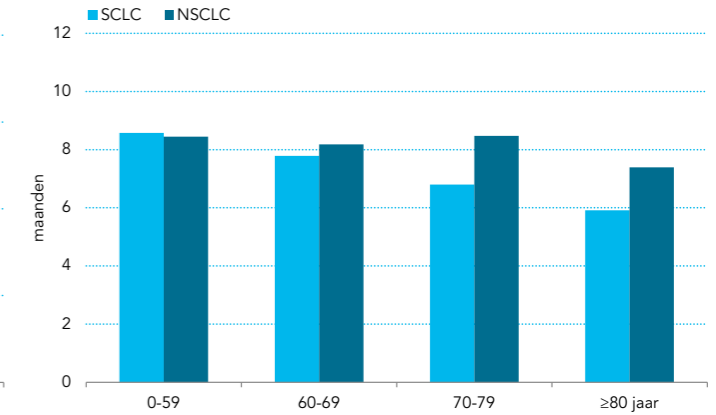
- Er is een duidelijke toename van de postoperatieve sterfte met het stijgen van de leeftijd.

overleving



mediane overleving (maanden) en 5-jaarsoverleving (%) van patiënten met longkanker in 2010-2013, per leeftijdsgroep (n=48.341)

- De overleving van patiënten met longkanker is sterk afhankelijk van de leeftijd.



mediane overleving van patiënten met stadium IV longkanker na behandeling met systemische therapie in 2010-2013, per leeftijdsgroep en histologisch type (n=10.920)

- Indien een patiënt fit genoeg is voor systemische behandeling, is de overleving van ouderen vergelijkbaar met jongere patiënten met longkanker.

Longkanker heeft een slechte prognose en is verantwoordelijk voor 24% van de kankersterfte in Nederland. Door veranderingen in rookgedrag is het aandeel vrouwen sterk toegenomen. Bij jongere vrouwen komt longkanker zelfs vaker voor dan bij hun mannelijke leeftijdsgenoten. Bij de ouderen zijn het nog steeds overwegend mannen die door de ziekte worden getroffen.

Bij ouderen wordt vaker geen pathologische diagnose gesteld, meestal om complicaties bij de diagnostiek te vermijden, zeker als op basis van klinische symptomen en de conditie van de patiënt aan het nut van een eventuele behandeling wordt getwijfeld.

In alle stadia is de behandeling van de oudere patiënt minder agressief dan bij de jongere patiënten. Vaak is dat omwille van conditie en comorbiditeit.

Wanneer een oudere patiënt fit genoeg is om volgens de richtlijn behandeld te worden, is de overleving ongeveer het

• .> conclusies

zelfde als bij de jongere patiënt. Wel is de postoperatieve mortaliteit bij ouderen fors hoger dan bij jongere patiënten.

Observationele prospectieve studies kunnen meer informatie geven over de juiste balans tussen het risico op complicaties bij de behandeling en de voordelen van een agressievere behandeling voor overleving en kwaliteit van leven.



slokdarm en maagkanker

oesofagus en maagcarcinoom

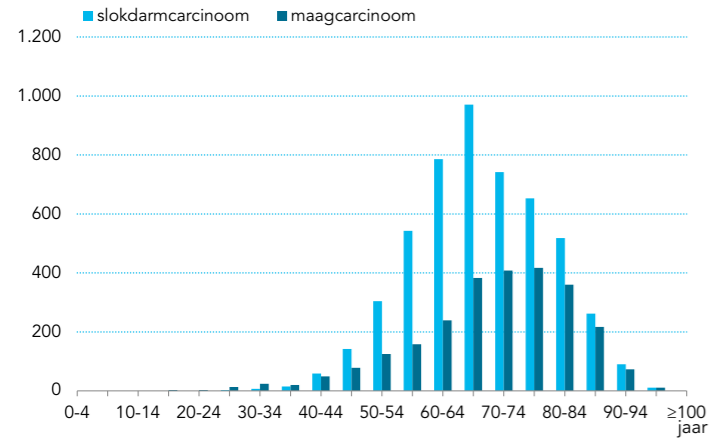
drs. M. van Putten, junior onderzoeker, IKNL

dr. G.A.P. Nieuwenhuijzen, chirurg, Catharina Ziekenhuis Eindhoven

T. Rozema, radiotherapeut, Instituut Verbeeten Tilburg

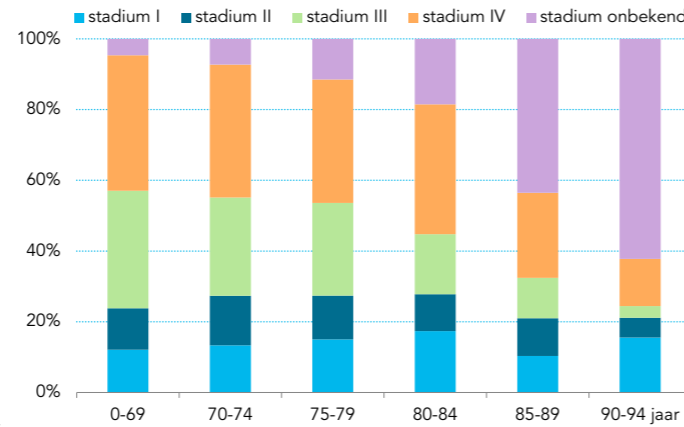
dr. R.H.A. Verhoeven, senior onderzoeker, IKNL

incidentie



aantal nieuwe patiënten met slokdarm- of maagkanker in 2012-2013, per leeftijdsgroep (n=5.106 en n=2.581)

stadiumverdeling

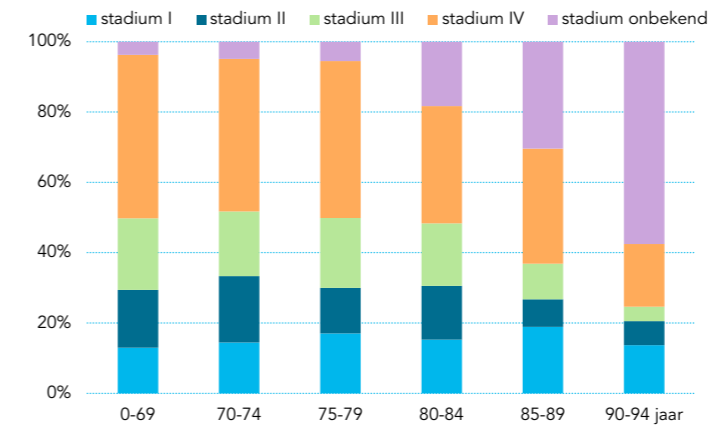


cTNM-stadiumverdeling bij patiënten met slokdarmkanker in 2012-2013, per leeftijdsgroep (n=5.095)

- 30% van de patiënten met slokdarmkanker en 42% van de patiënten met maagkanker is bij de diagnose 75 jaar of ouder.
- Patiënten met slokdarmkanker zijn gemiddeld jonger dan patiënten met maagkanker, respectievelijk 68 en 71 jaar bij diagnose.

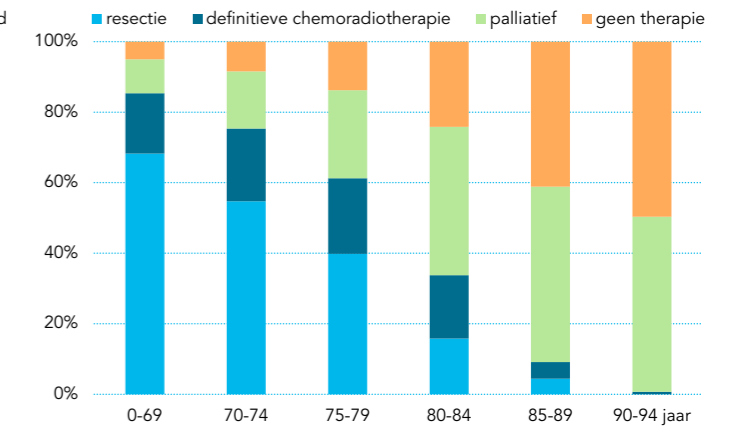
- Het percentage patiënten met een onbekend tumorstadium neemt toe met de leeftijd: 44% van de patiënten tussen 85 en 89 jaar en 62% van de patiënten tussen 90 en 94 jaar heeft een onbekend tumorstadium.

behandeling



cTNM-stadiumverdeling bij patiënten met maagkanker in 2012-2013, per leeftijdsgroep (n=2.446)

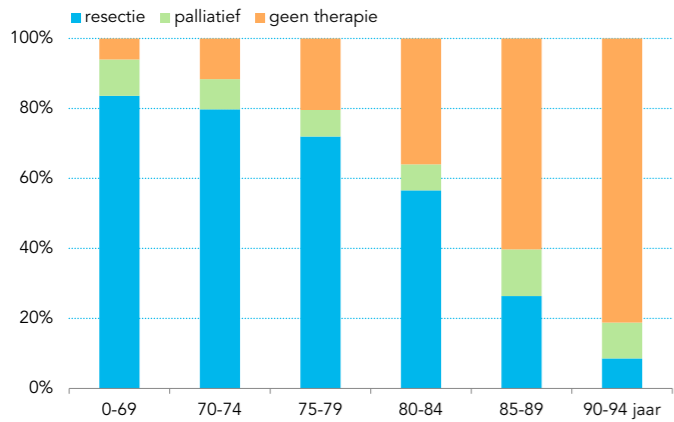
- Het percentage patiënten met een onbekend tumorstadium neemt toe met de leeftijd: 30% van de patiënten tussen 85 en 89 jaar en 58% van de patiënten tussen 90 en 94 jaar heeft een onbekend tumorstadium.



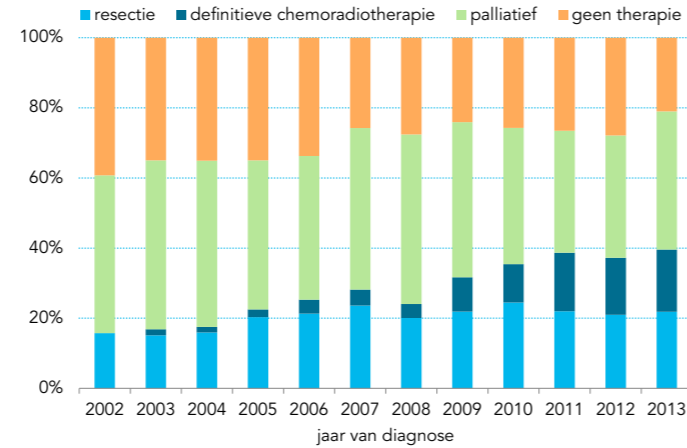
behandeling van potentieel curabele patiënten met slokdarmkanker (cT1N+/cT2-4a-X, elke cN, cM0-X) in 2010-2013, per leeftijdsgroep (n=6.020) (patiënten met een endoscopische mucosale resectie zijn ingedeeld bij resectie)

- Definitieve chemoradiotherapie (dCRT) wordt steeds vaker gebruikt als een in opzet curatieve behandeling, voornamelijk bij patiënten met plaveiselcelcarcinoom. Naarmate patiënten met slokdarmkanker ouder zijn, worden zij minder vaak geopereerd in vergelijking met dCRT. Zo krijgt 18% van de patiënten tussen 80 en 84 jaar dCRT en slechts 16% een resectie (tegenover 17% en 68% bij patiënten jonger dan 70 jaar).
- Patiënten met slokdarmkanker van 75 jaar of ouder krijgen minder vaak een curatieve behandeling met dCRT of een resectie: 85% van de patiënten jonger dan 70 jaar, versus slechts 9% van de patiënten van 85 jaar of ouder.
- Het percentage niet-behandelde patiënten neemt toe met de leeftijd. Ongeveer de helft van de potentieel curabele patiënten van 90 jaar of ouder wordt niet behandeld en de andere helft krijgt een palliatieve behandeling.

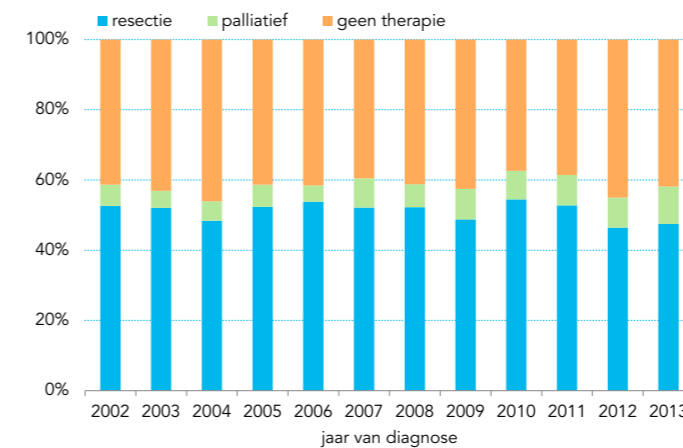
behandeling (vervolg)



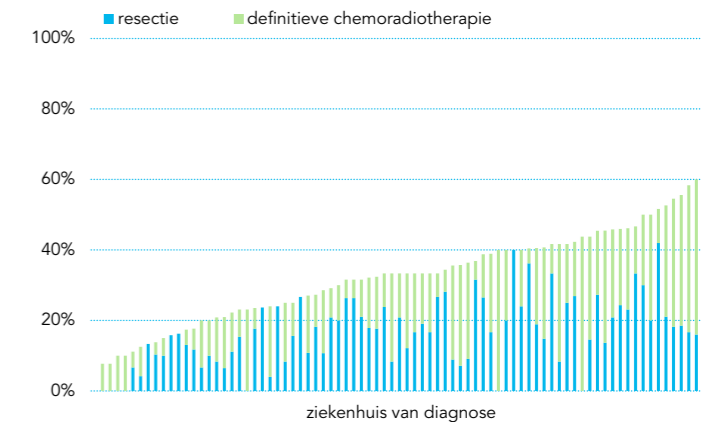
behandeling van potentieel curabele patiënten met maagkanker (cT1-4a-X, cN0-2, cM0-X) in 2010-2013, per leeftijdsgroep (n=2.852)



trend in behandeling van potentieel curabele patiënten met slokdarmkanker ≥ 75 jaar in de periode 2002-2013 (n=5.488) (patiënten met een endoscopische mucosale resectie zijn ingedeeld bij resectie)



trend in behandeling van potentieel curabele patiënten met maagkanker ≥ 75 jaar in de periode 2002-2013 (n=4.297)



variatie in behandeling van potentieel curabele patiënten met slokdarmkanker ≥ 75 jaar, in 2010-2013 (n=1915) (ziekenhuizen met minder dan 10 diagnoses zijn niet weergegeven)

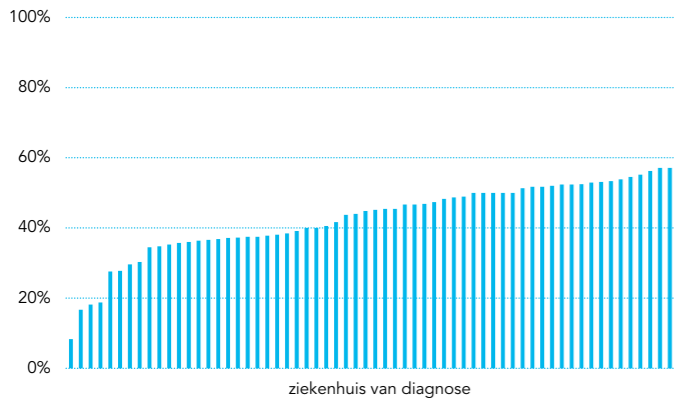
- Zowel oudere als jongere potentieel curabele patiënten met maagkanker krijgen vaker een resectie dan potentieel curabele patiënten met slokdarmkanker. Voor maagkanker is een operatie echter de enige in opzet curatieve behandeling, terwijl bij slokdarmkanker definitieve chemotherapie een minder belastend alternatief is voor een operatie.
- Naarmate potentieel curabele patiënten met maagkanker ouder zijn, krijgen zij vaker geen behandeling. Ongeveer 5% van de patiënten jonger dan 70 jaar krijgt geen behandeling, terwijl 81% van de patiënten van 90 jaar of ouder geen behandeling krijgt.

- Het aantal slokdarmkankerpatiënten van 75 jaar of ouder dat een in opzet curatieve behandeling met dCRT of een resectie krijgt, neemt toe. In 2002 kreeg 15% van de potentieel curabele patiënten van 75 jaar of ouder een curatieve behandeling. In 2013 is dit percentage gestegen naar 40%. In 2013 is de verhouding tussen dCRT en een resectie bij oudere patiënten met een curabel slokdarmcarcinoom bijna 50-50.

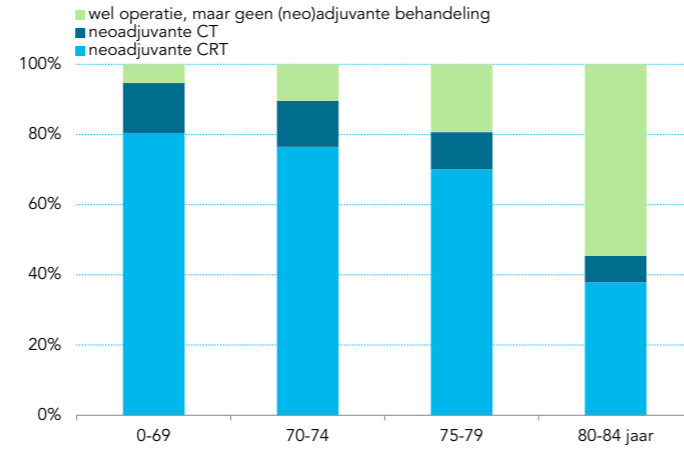
- Het percentage patiënten van 75 jaar of ouder met potentieel curabele maagkanker dat een resectie ondergaat, is redelijk stabiel over de tijd.

- Er is een grote variatie in de kans op het krijgen van een curatieve behandeling voor slokdarmkankerpatiënten van 75 jaar of ouder tussen de ziekenhuizen waar de diagnose is gesteld. De kans op een in opzet curatieve behandeling met definitieve chemoradiotherapie (dCRT) of een resectie varieert van 0% tot en met 60% onder de 80 weergegeven diagnoseziekenhuizen.
- Er is ook grote variatie in het type curatieve behandeling bij patiënten 75 jaar of ouder met slokdarmkanker. Zo zijn er bijvoorbeeld 7 diagnoseziekenhuizen waar oudere patiënten met slokdarmkanker alleen behandeld worden met dCRT (in het diagnoseziekenhuis of in een ander ziekenhuis). Er zijn ook 6 diagnoseziekenhuizen waar oudere patiënten altijd een resectie ondergaan.

behandeling (vervolg)



resecties bij potentieel curabele patiënten ≥ 75 jaar met maagkanker in 2010-2013, per ziekenhuis van diagnose (n=1.172) (ziekenhuizen met minder dan 10 diagnoses zijn niet weergegeven)

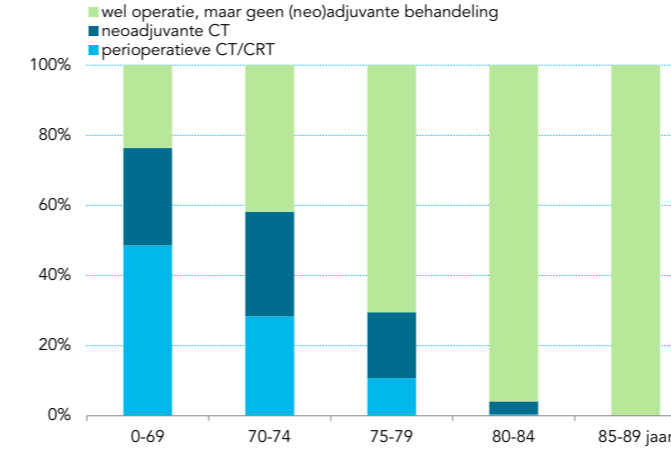


multimodale behandeling van geopereerde patiënten met potentieel curabele slokdarmkanker in 2010-2013, per leeftijdsgroep (n=2.752) (de multimodale behandeling voor patiënten ouder dan 85 jaar is niet weergegeven vanwege het kleine aantal patiënten)

- Er is een grote variatie in de kans op een resectie bij maagkankerpatiënten van 75 jaar of ouder. De kans op een operatie varieert van 8% tot 57% tussen de 62 weergegeven diagnoseziekenhuizen.

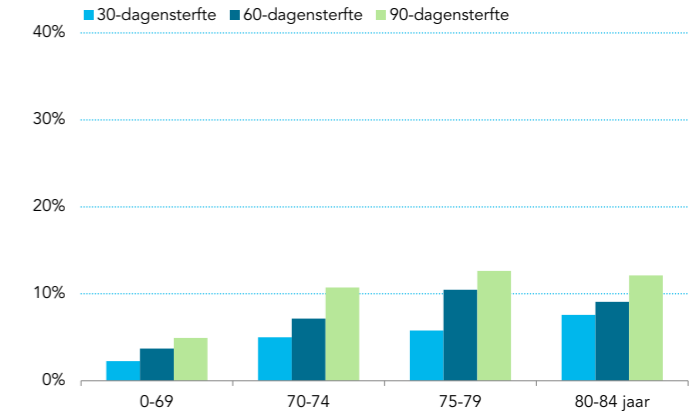
- Pas als potentieel curabele patiënten de leeftijd van 80 jaar passeren, lijkt er een aanzienlijk verminderde kans te zijn op het krijgen van neoadjuvante chemoradiotherapie. Ongeveer 40% van de patiënten ouder dan 80 jaar wordt voorbehandeld met chemoradiotherapie, tegenover meer dan 70% bij patiënten jonger dan 80 jaar.

postoperatieve sterfte



multimodale behandeling van geopereerde patiënten met potentieel curabele maagkanker in 2010-2013, per leeftijdsgroep (n=2.029)

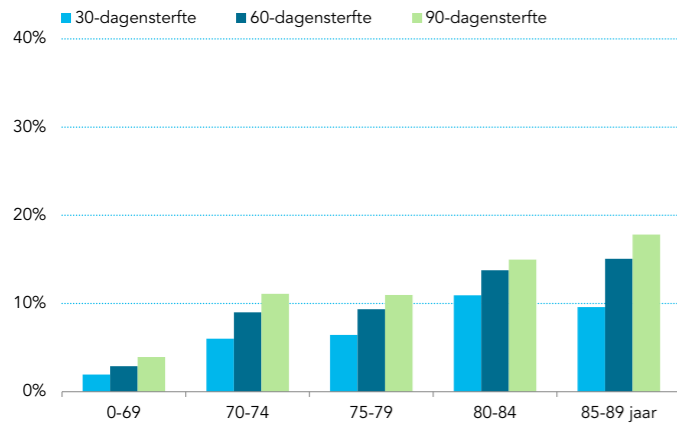
- Naarmate potentieel curabele patiënten met maagkanker ouder zijn, worden ze minder vaak behandeld met perioperatieve chemotherapie en ondergaan ze vaker alleen een operatie zonder voor- of nabehandeling. Bijna de helft van de patiënten jonger dan 70 jaar krijgt zowel voor als na de operatie een behandeling met chemotherapie of chemoradiotherapie, tegenover minder dan 12% bij patiënten ouder dan 75 jaar.
- Vrijwel alle patiënten van 80 jaar of ouder krijgen alleen een operatie, zonder voor- of nabehandeling met chemotherapie of chemoradiotherapie.



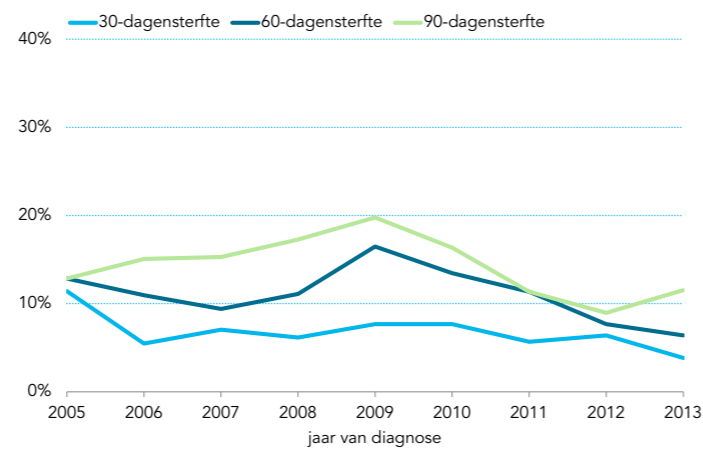
postoperatieve sterfte bij patiënten met potentieel curabele slokdarmkanker in 2010-2013, per leeftijdsgroep (n=2.754) (de postoperatieve sterfte voor patiënten ouder dan 85 jaar is niet weergegeven vanwege het kleine aantal patiënten)

- Het risico op overlijden binnen 30, 60 en 90 dagen na operatie neemt toe met de leeftijd. De toename in 60- en 90-dagensterfte lijkt te stabiliseren na het 75e levensjaar.

postoperatieve sterfte (vervolg)



postoperatieve sterfte bij patiënten met potentieel curabele maagkanker in 2010-2013, per leeftijdsgroep (n=1.837)

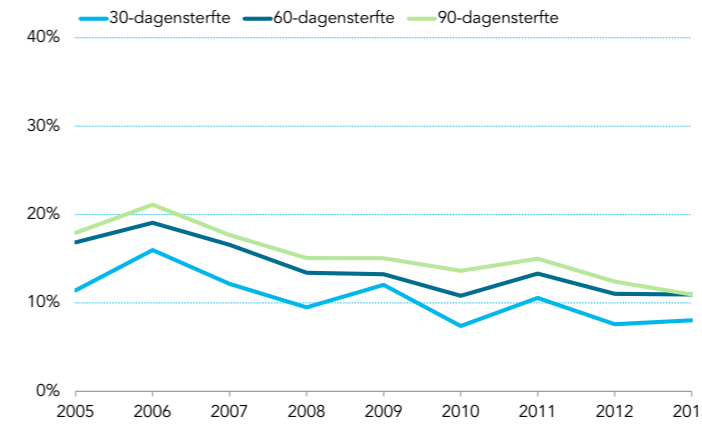


trends in postoperatieve sterfte bij patiënten ≥75 jaar met potentieel curabele slokdarmkanker in de periode 2005-2013 (n=748)

- Het risico op overlijden binnen 30, 60 en 90 dagen na operatie neemt toe met de leeftijd en is hoger bij maagkanker dan bij slokdarmkanker zodra de patiënten de leeftijd van 70 jaar passeren.

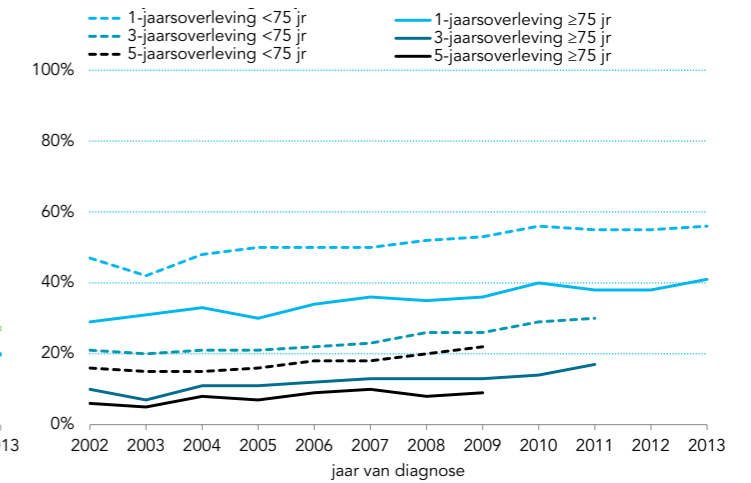
- De postoperatieve 30-, 60- en 90-dagensterfte bij patiënten van 75 jaar of ouder met slokdarmkanker neemt toe tot 2009 en daalt sindsdien tot respectievelijk 3,9%, 6,4% en 11,5% in 2013.

overleving



trends in postoperatieve sterfte bij patiënten ≥75 jaar met potentieel curabele maagkanker in de periode 2005-2013 (n=1.542)

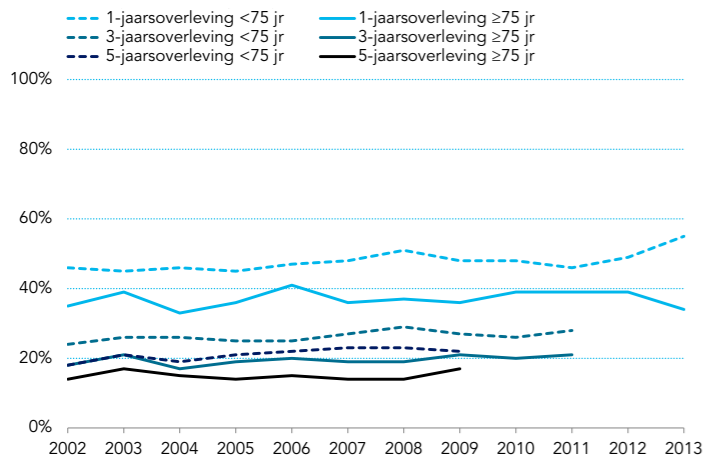
- De postoperatieve 30-, 60- en 90-dagensterfte bij patiënten van 75 jaar of ouder met maagkanker is afgenomen in de periode 2005-2013, maar de postoperatieve 30- en 60-dagensterfte is nog steeds hoger dan die van oudere patiënten met slokdarmkanker.



trends in relatieve overleving van patiënten met slokdarmkanker in 2002-2013, per leeftijdsgroep (n=27.214)

- De 1-, 3- en 5-jaaroverleving neemt toe bij zowel jongere als oudere patiënten met slokdarmkanker.
- De toename in relatieve 1-jaaroverleving is groter bij oudere dan bij jongere patiënten met slokdarmkanker: 12% versus 9% in de periode 2002-2013.

overleving (vervolg)



trends in relatieve overleving van patiënten met maagkanker in 2002-2013, per leeftijdsgroep (n=15.856)

- In tegenstelling tot de overleving bij ouderen met slokdarmkanker blijft de 1-, 3- en 5-jaarsoverleving bij ouderen met maagkanker nagenoeg stabiel.
- Vanaf 2011 lijkt de 1-jaarsoverleving bij jongere patiënten met maagkanker toe te nemen, terwijl de 1-jaarsoverleving van oudere patiënten met maagkanker nagenoeg stabiel blijft.

Slokdarm- en maagkanker komen vooral voor bij ouderen. Met het stijgen van de leeftijd daalt het aantal in opzet curatieve behandelingen. Wel is er een toename over de tijd te zien in de in opzet curatieve behandelingen bij oudere patiënten met slokdarmkanker, terwijl deze bij oudere patiënten met maagkanker stabiel blijven. Deze toename kan verklaard worden door het vaker toepassen van definitieve chemoradiotherapie, een minder belastend alternatief voor een operatie, terwijl bij maagkanker een operatie de enige in opzet curatieve behandeling is.

De chirurgische behandeling van slokdarmkanker in Nederland is het afgelopen decennium gecentraliseerd, de centralisatie van chirurgische behandeling voor maagkanker is gaande. Deze centralisatie gaat samen met een daling in de postoperatieve sterfte, zowel bij de jongere als oudere patiënt. Opvallend is de hogere postoperatieve sterfte bij ouderen met maagkanker in vergelijking met slokdarmkanker. Aangezien de centralisatie van maagchirurgie later gestart is

conclusies

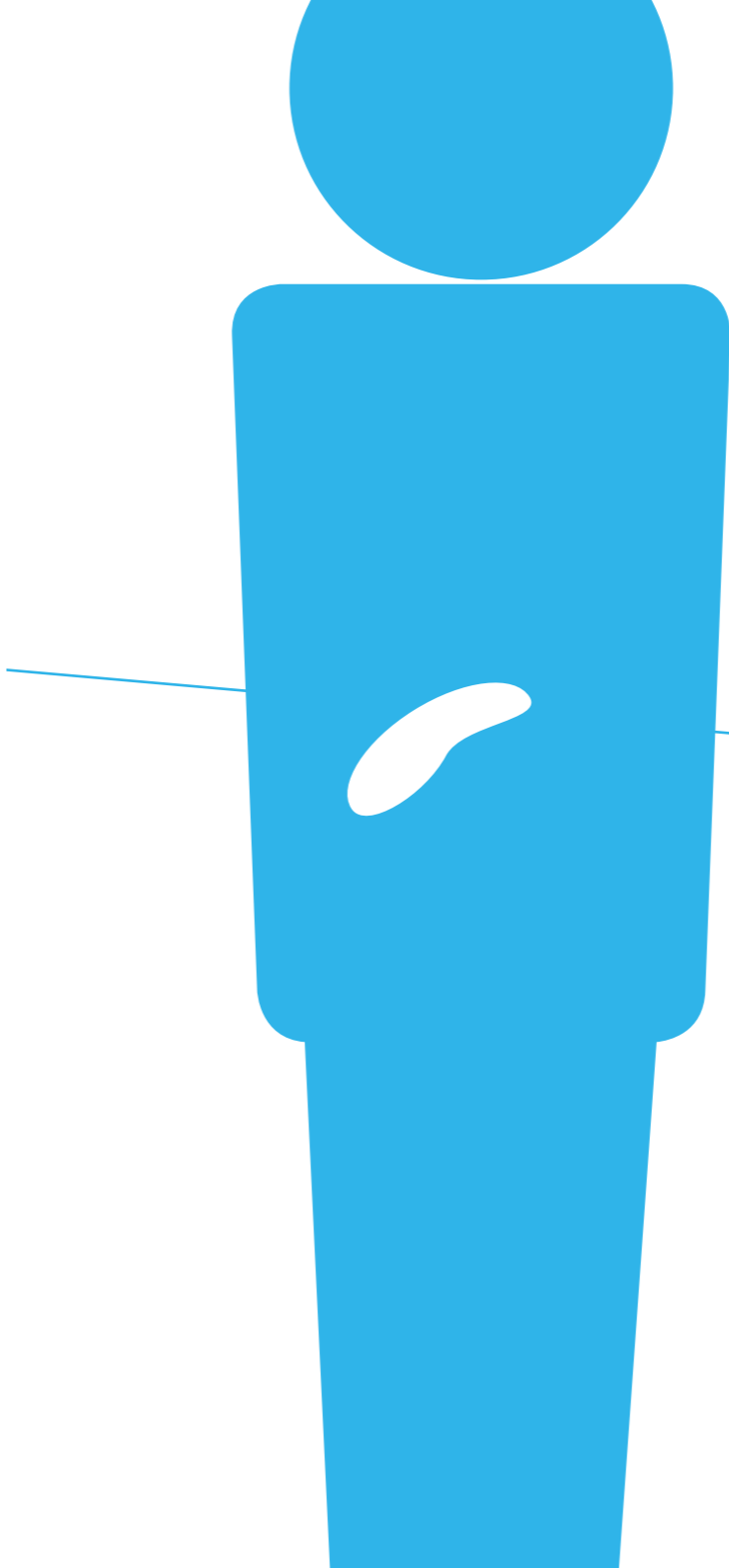
dan de slokdarmchirurgie is te verwachten dat de postoperatieve sterfte bij ouderen ook verder daalt in de nabije toekomst.

Centralisatie van maagchirurgie lijkt een positieve invloed te hebben op de 1-jaarsoverleving van jongeren, maar er is tot op heden nog geen positieve invloed op de 1-jaars-overleving van ouderen waar te nemen. De 5-jaarsoverleving van ouderen met maagkanker is stabiel gebleven over de beschreven periode, terwijl de overleving van zowel jongeren als ouderen met slokdarmkanker is toegenomen. Deze toename in overleving kan het gevolg zijn van betere operatieve resultaten, maar ook van adequatere selectie en het

toenemende gebruik van (definitieve) chemoradiotherapie bij slokdarmkanker.

Er bestaan opvallende ziekenhuisvariëaties in de behandeling bij ouderen. De variatie in behandeling op ziekenhuisniveau wordt waarschijnlijk deels verklaard door casemixverschillen tussen ziekenhuizen en toevalsvariëatie, hoewel de bandbreedte van de variatie doet vermoeden dat andere factoren ook een rol zouden kunnen spelen. Zo kan ziekenhuisvariëatie mede het gevolg zijn van het ontbreken van duidelijke aanbevelingen in de richtlijn door gebrek aan evidence voor bepaalde behandelingen bij de oudere patiënt. Juist hier kunnen observationele data van waarde zijn.

Sinds 2015 wordt meer gedetailleerde informatie over systemische therapie, chirurgie en tumorprogressie en -terugkeer vastgelegd in het kader van de Prospective Observational Cohort Study of Oesophageal-gastric cancer Patients (PO-COP) in de NKR, waardoor meer data beschikbaar komen en dus meer inzage verkregen wordt in de effectiviteit van de behandeling van ouderen met slokdarm- en maagkanker.



pancreascarcinoom en periampullaire carcinomen
(tumoren in de ampul van Vater, distale galwegen
en het duodenum) nemen de negende plaats in wat
betreft de incidentie bij 70-plussers.

alvleesklier kanker

pancreascarcinoom en peri-ampullaire carcinomen

drs. L.G.M. van der Geest, onderzoeker, IKNL

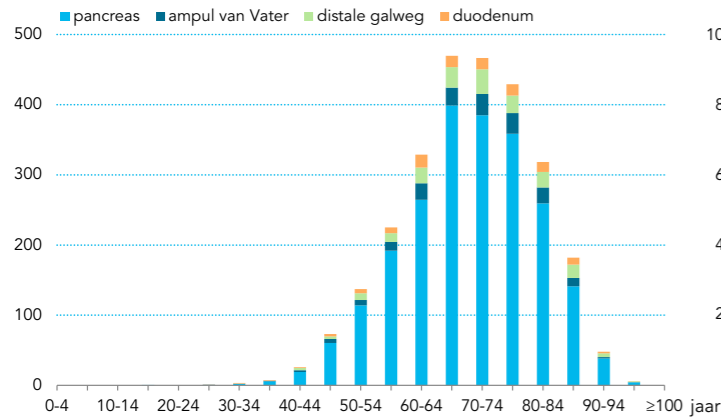
dr. I.H.J.T. de Hingh, chirurg, Catharina Ziekenhuis Eindhoven

dr. J.W. Wilmink, medisch oncoloog, Academisch Medisch Centrum Amsterdam

L.B. van Rijssen, arts-onderzoeker, Academisch Medisch Centrum Amsterdam

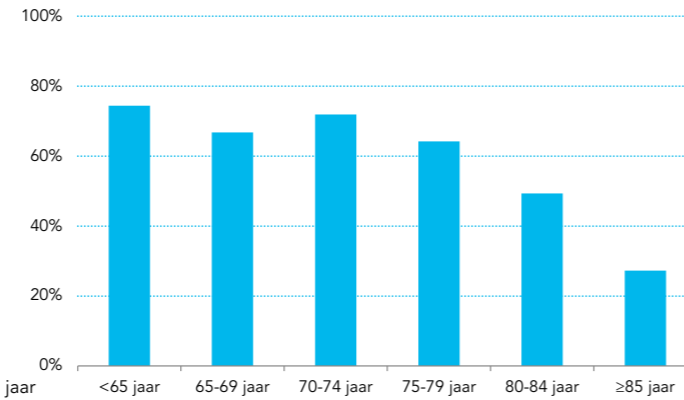
Namens de Dutch Pancreatic Cancer Group (DPCG)

incidentie



aantal nieuwe patiënten met pancreas- of periampullair carcinoom in 2012-2014, gemiddeld per jaar per leeftijdsgroep (n=2.723) (inclusief schatting i.v.m. stand van de registratie)

diagnostiek

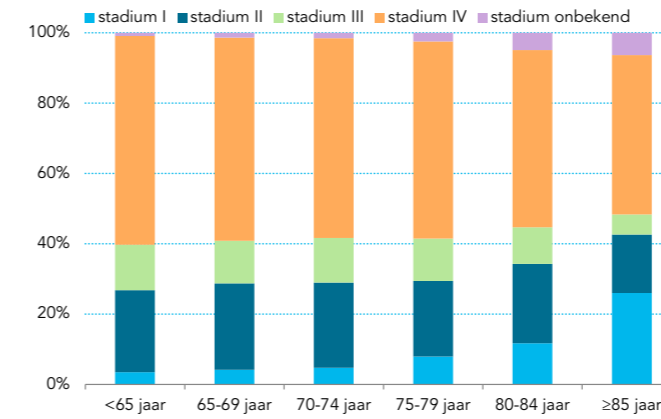


patiënten met een pancreas- of periampullair carcinoom besproken in een multidisciplinair overleg (mdo) in mei t/m december 2012, per leeftijdsgroep (n=1.396)

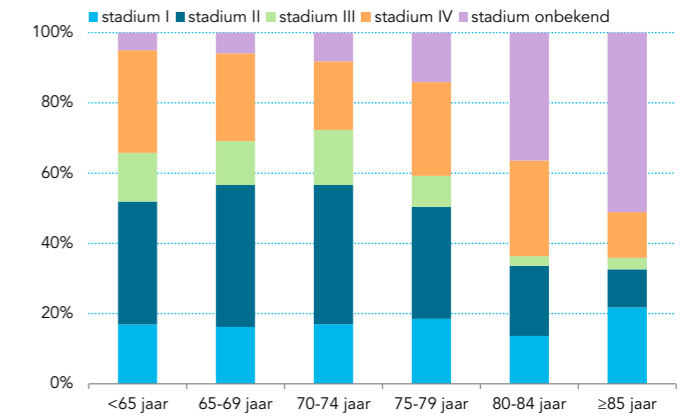
- Pancreas- en periampullair carcinomen komen vooral bij ouderen voor.
- Meer dan de helft van alle patiënten bij wie een pancreas- of periampullair carcinoom wordt gediagnosticeerd, is 70 jaar of ouder bij de diagnose; een vijfde van de patiënten zelfs 80 jaar of ouder.
- Cave enige incompleetheid van de NKR bij oudere patiënten met de diagnose pancreascarcinoom die alleen klinisch zijn gediagnosticeerd en niet zijn opgenomen in het ziekenhuis (zie methode).

- In 2012 is 64% van alle patiënten met een diagnose pancreas- of periampullair carcinoom besproken in een multidisciplinair overleg (mdo).
- Oudere patiënten vanaf 80 jaar worden aanzienlijk minder vaak besproken in een mdo.

stadiumverdeling



pTNM-stadiumverdeling van patiënten met een pancreascarcinoom in 2012-2013, per leeftijdsgroep (n=4.159)

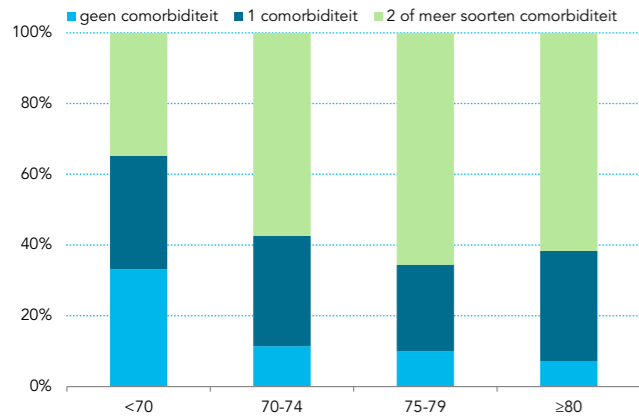


pTNM-stadiumverdeling van patiënten met een periampullair carcinoom in 2012-2013, per leeftijdsgroep (n=892)

- Bij meer dan de helft van alle patiënten met een pancreascarcinoom worden bij diagnose al afstandsmetastasen aangetroffen, bij patiënten jonger dan 80 jaar is dit bijna 60%.
- Het toenemend percentage stadium I tumoren bij oudere patiënten is waarschijnlijk een gevolg van beperkte diagnostiek naar de uitgebreidheid van de tumor omdat dit geen klinische consequenties zou hebben.

- Het percentage patiënten met een onbekend stadium van hun periampullair carcinoom neemt toe bij een hogere leeftijd.
- Vooral bij oudere patiënten vanaf 80 jaar is vaker een volledige stagering achterwege gelaten omdat er geen behandeling zou volgen.

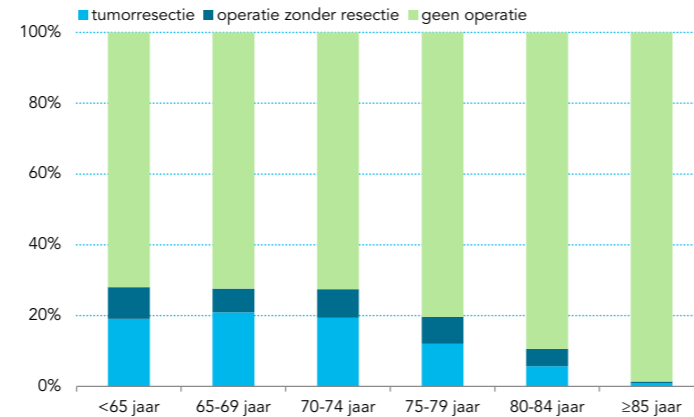
comorbiditeit



comorbiditeit bij patiënten met een pancreas- of periampullair carcinoom in 2009-2013, gediagnosticeerd in Zuidoost-Nederland, per leeftijdsgroep (n=1.202)

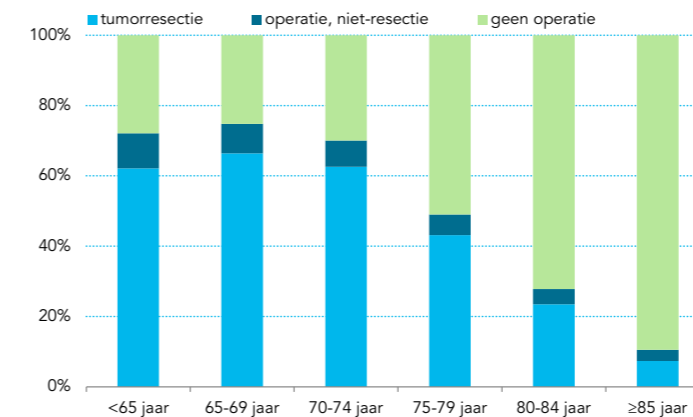
- Vanaf 70 jaar hebben patiënten met een pancreas of periampullair carcinoom vaker comorbiditeit.
- Tussen verschillende leeftijdsgroepen van oudere patiënten verschilt dit nauwelijks.
- De meest voorkomende soorten comorbiditeit zijn hart- en vaatziekten (40%), hypertensie (35%) en diabetes mellitus (28%).

behandeling



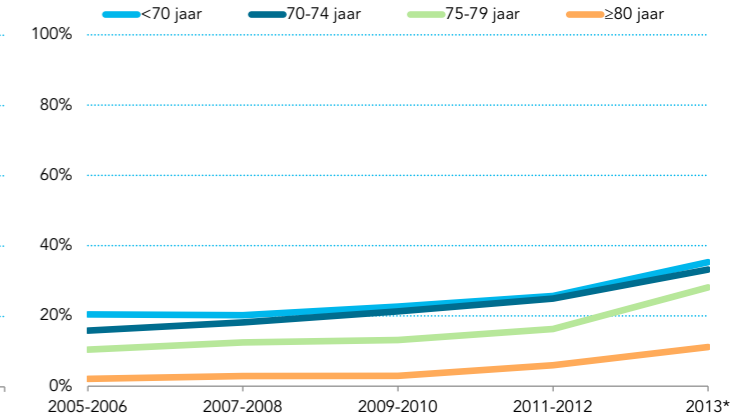
operaties (chirurgische exploratie) met curatieve intentie bij patiënten met een pancreascarcinoom in 2011-2012, per leeftijdsgroep (n=4.290)

- Vanaf 75 jaar krijgen patiënten met een pancreascarcinoom minder vaak een behandeling met curatieve intentie, bij patiënten van 85 jaar en ouder is dat percentage gedaald tot nihil.



operaties (chirurgische exploratie) met curatieve intentie bij patiënten met een periampullair carcinoom in 2011-2012, per leeftijdsgroep (n=892)

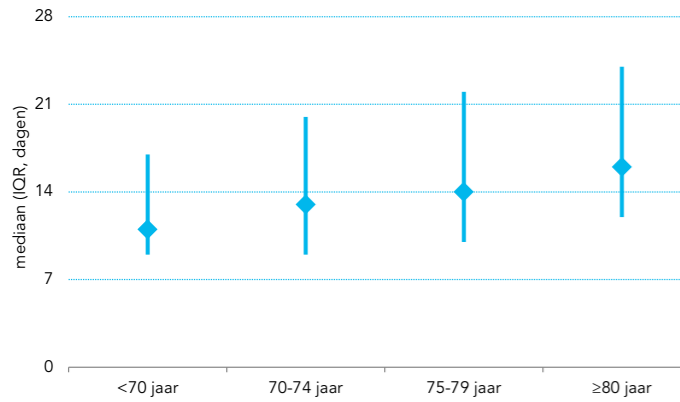
- Patiënten met een periampullair carcinoom in de leeftijd 70-74 jaar krijgen dezelfde behandeling als patiënten jonger dan 70 jaar, vanaf 75 jaar daalt de kans op een behandeling met curatieve intentie snel.



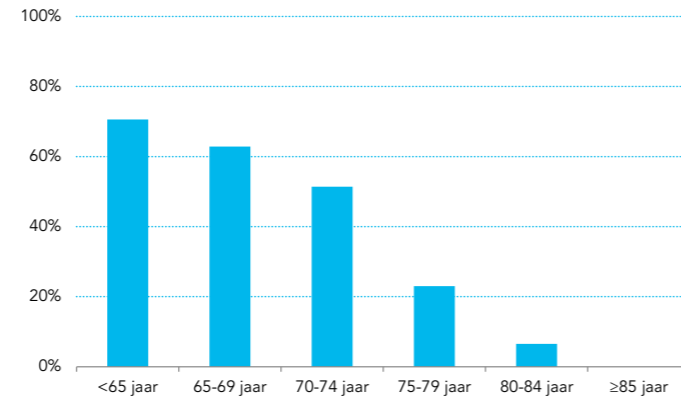
resectiepercentages bij patiënten met een pancreas- of periampullair carcinoom (excl. distale galwegen), per jaar van diagnose en leeftijdsgroep (n=21.274) (*2013 nog incompleet)

- Het percentage patiënten met een pancreas- of periampullair carcinoom dat een resectie ondergaat, neemt in de loop der tijd toe.
- Vooral vanaf 2011 en met name bij patiënten van 75 jaar en ouder neemt het resectiepercentage toe.
- Inmiddels krijgen patiënten van 70-74 jaar net zo vaak een resectie van hun pancreas- of periampullair carcinoom als patiënten jonger dan 70 jaar.

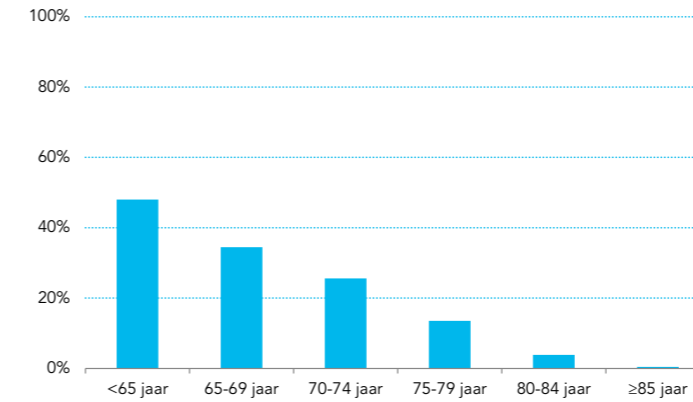
behandeling (vervolg)



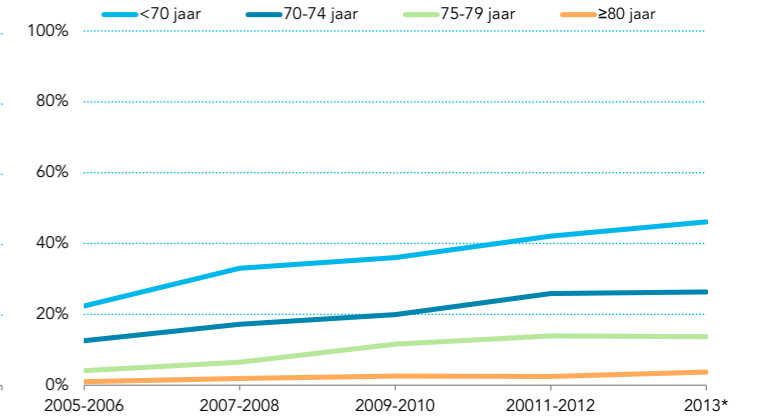
mediane opnameduur (IQR, in dagen) na resectie bij patiënten met een pancreas- of periampullair carcinoom in 2011-2013, per leeftijdsgroep (n=1.869)



adjuvante chemotherapie na resectie van een pancreascarcinoom in 2011-2013, per leeftijdsgroep (n=968)



palliatieve chemotherapie bij patiënten met een gemetastaseerd (stadium IV) pancreascarcinoom in 2011-2013, per leeftijdsgroep (n=3.447)



palliatieve chemotherapie bij patiënten met een gemetastaseerd (stadium IV) pancreascarcinoom, per jaar van diagnose en leeftijdscategorie (n=10.041) (*2013 nog incompleet)

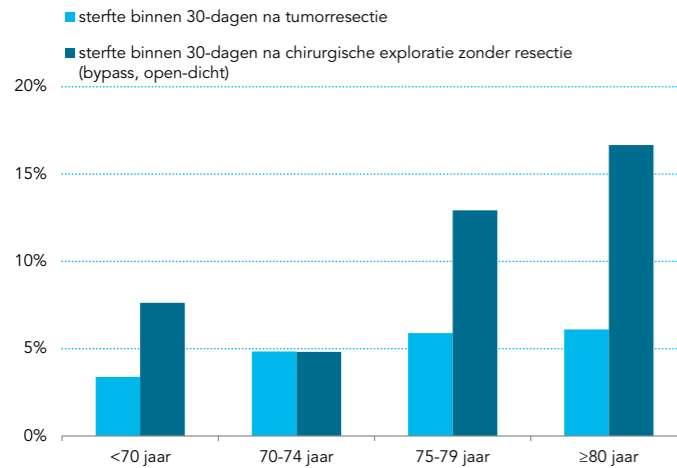
- De mediane opnameduur na resectie van een pancreas- of periampullair carcinoom is 13 dagen.
- Bij het stijgen van de leeftijd neemt de opnameduur toe: patiënten van 80 jaar en ouder liggen zo'n 5 dagen langer in het ziekenhuis dan patiënten jonger dan 70 jaar.
- Een kwart van de patiënten van 80 jaar en ouder ligt minimaal 24 dagen in het ziekenhuis.

- Bij het stijgen van de leeftijd neemt het gebruik van chemotherapie na resectie van een pancreascarcinoom af.

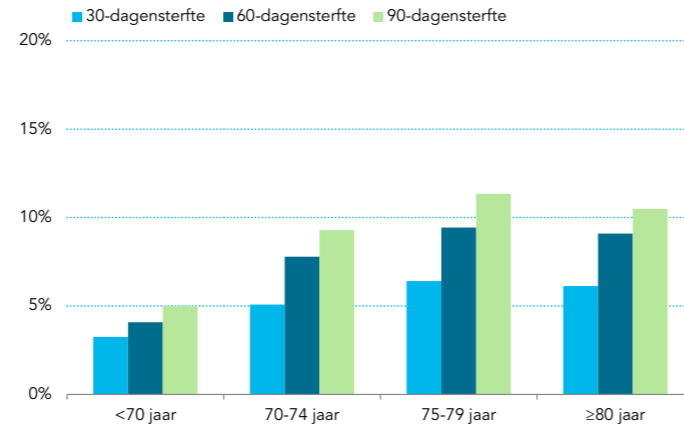
- Het gebruik van palliatieve chemotherapie bij gemetastaseerd pancreascarcinoom neemt sterk af met het stijgen van de leeftijd.

- In het afgelopen decennium is het gebruik van palliatieve chemotherapie bij oudere patiënten met gemetastaseerd pancreascarcinoom verdubbeld (ongeveer 13-14% bij patiënten van 70 jaar en ouder).
- Deze toename geldt niet voor patiënten ouder dan 80 jaar.

postoperatieve sterfte



postoperatieve 30-dagensterfte bij patiënten met een pancreas- of periampullair carcinoom die zijn geopereerd met curatieve intentie in 2009-2014, per leeftijdsgroep (n=957 en n=3.019)

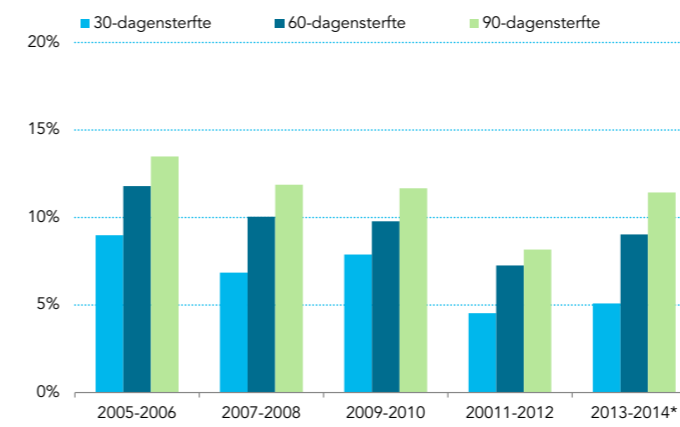


postoperatieve 30-, 60- en 90-dagensterfte na resectie bij patiënten met een stadium I-III pancreas- of periampullair carcinoom in 2009-2013, per leeftijdsgroep (n=2.671)

- De sterfte binnen 30 dagen na operatie ligt hoger bij patiënten bij wie het pancreas- of periampullair carcinoom niet verwijderd kon worden, in vergelijking met patiënten bij wie tumorresectie plaatsvond.
- Het verschil is groter bij het toenemen van de leeftijd.

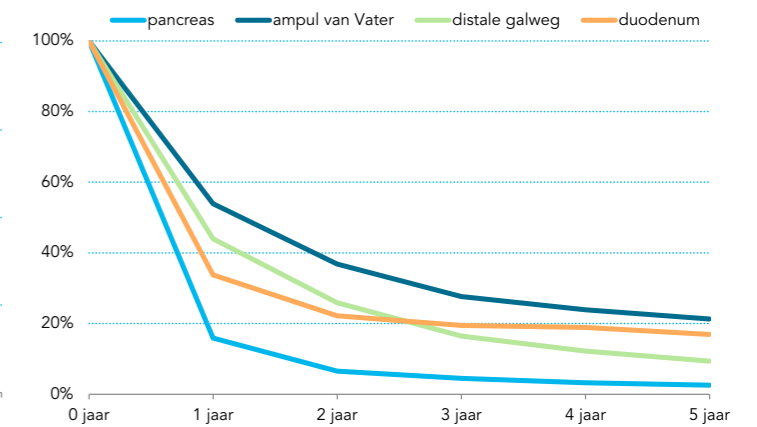
- Uit de hogere 90-dagensterfte blijkt dat de 30-dagensterfte na een alveesklierresectie vooral voor oudere patiënten een minder geschikte maat is om de postoperatieve sterfte weer te geven.

overleving



postoperatieve 30-, 60- en 90-dagensterfte na resectie bij patiënten ≥70 jaar met een stadium I-III pancreas- of periampullair carcinoom, per periode van diagnose (n=1.489) (*2014 nog niet compleet)

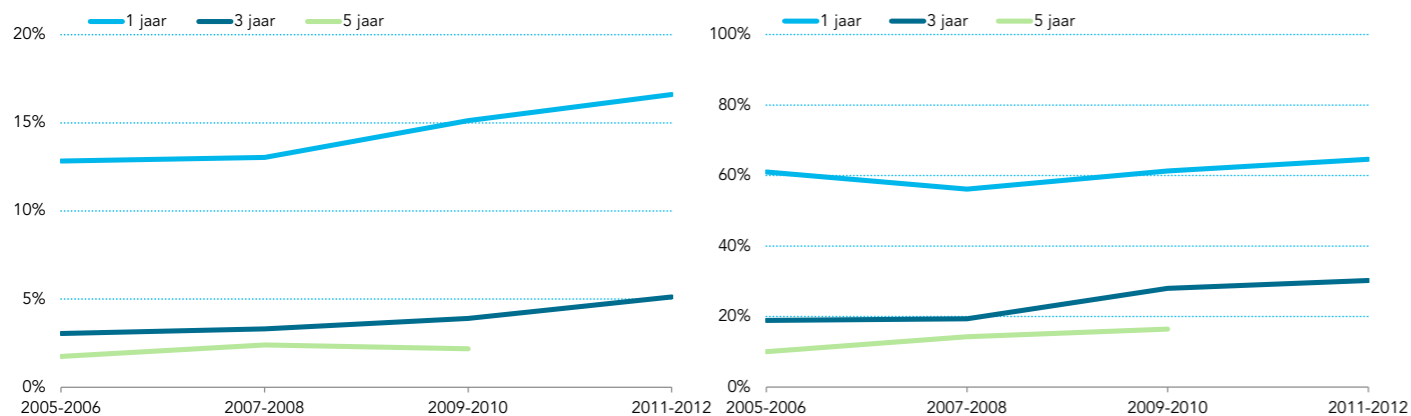
- De postoperatieve sterfte na resectie van een pancreas- of periampullair carcinoom is bij ouderen in de loop der tijd licht gedaald.
- Deze afname van postoperatieve sterfte geldt vooral voor de sterfte binnen 30 dagen na resectie en minder voor de sterfte binnen 90 dagen.



relatieve overleving van patiënten ≥70 jaar met een pancreas- of periampullair carcinoom in 2009-2012, per tumorlocatie (n=10.187)

- De relatieve overleving van oudere patiënten met een pancreascarcinoom ligt beduidend lager dan van de verschillende periampullaire carcinomen.
- De relatieve 5-jaarsoverleving is 2% (pancreas), 9% (distale galweg), 16% (duodenum) en 21% (ampul van Vater).
- Met het stijgen van de leeftijd wordt de relatieve overleving van patiënten met een pancreascarcinoom slechter.

overleving (vervolg)



relatieve overleving van patiënten ≥70 jaar met een pancreascarcinoom, per periode van diagnose (n=8.489)

relatieve overleving van patiënten ≥70 jaar die een resectie hebben ondergaan van een niet-gemetastaseerd pancreascarcinoom, per periode van diagnose (n=698)

- De relatieve 3-jaarsoverleving van oudere patiënten met een pancreascarcinoom is toegenomen van 3% in 2005-2006 naar 5% in 2011-2012.

- De relatieve 3-jaarsoverleving van oudere patiënten die een resectie hebben ondergaan van een niet-gemetastaseerd pancreascarcinoom is toegenomen van 19% in 2005-2006 naar 29% in 2011-2012. Ter vergelijking: bij patiënten jonger dan 70 is dit een toename van 21% naar 29%.

De chirurgische behandeling van alveesklierkanker is in het afgelopen decennium gecentraliseerd in Nederland. Deze centralisatie gaat samen met een stijging van het percentage chirurgisch behandelde oudere patiënten. Hoewel de post-operatieve mortaliteit bij ouderen afneemt, is deze nog steeds hoger dan bij jongere patiënten. De opnameduur neemt met het stijgen van de leeftijd toe. Het gebruik van adjuvante chemotherapie neemt af. Er is na resectie echter geen verschil in relatieve overleving tussen jongeren en ouderen. Bij de chirurgische behandeling blijft het voor de oudere patiënt met alveesklierkanker balanceren tussen de kortetermijnnadelen en de langetermijnvoordelen.

De Dutch Pancreatic Cancer Audit (DPCA) kan inzicht geven in de prevalentie van complicaties na chirurgische behandeling.

Met het stijgen van de leeftijd daalt ook het gebruik van palliatieve chemotherapie vanwege gemetastaseerd pancreas-

carcinoom. De in 2015 gestarte uitgebreidere dataverzameling in het kader van het Dutch Pancreatic Cancer Project (PACAP) in de NKR zal relevante informatie opleveren over eventuele onder- dan wel overbehandeling bij oudere patiënten met alveesklierkanker in Nederland.

conclusies

carcinoom. Dit hangt wellicht samen met de algehele conditie en behandelwensen van oudere patiënten. Wel is het gebruik van palliatieve chemotherapie in het afgelopen decennium bij ouderen tot 80 jaar gestegen. Ondanks het lage percentage oudere patiënten dat palliatieve chemotherapie krijgt, is de mediane overleving van behandelde patiënten ouder dan 75 jaar ruim 2 maanden korter dan bij jongere patiënten. Er is meer inzicht nodig in welke middelen in welke hoeveelheden aan welke patiënt gegeven worden, en de relatie daarvan met toxiciteit en overleving.



darm kanker

colorectaal carcinoom

drs. F.N. van Erning, onderzoeker, IKNL

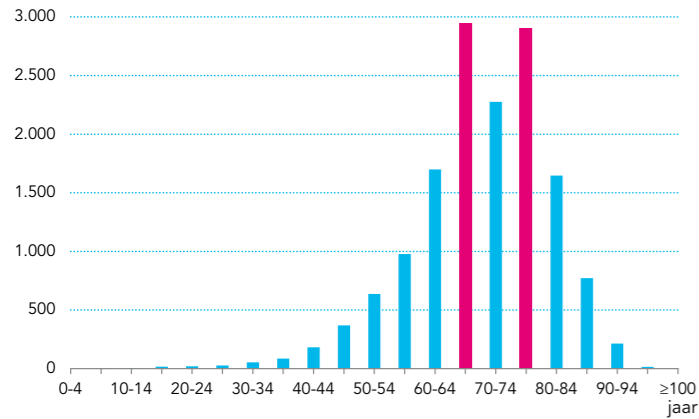
prof. dr. V.E.P.P. Lemmens, manager onderzoek, IKNL

dr. J.W.T. Dekker, chirurg, Reinier de Graaf Delft

dr. H.A.A.M. Maas, geriater, Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis Tilburg

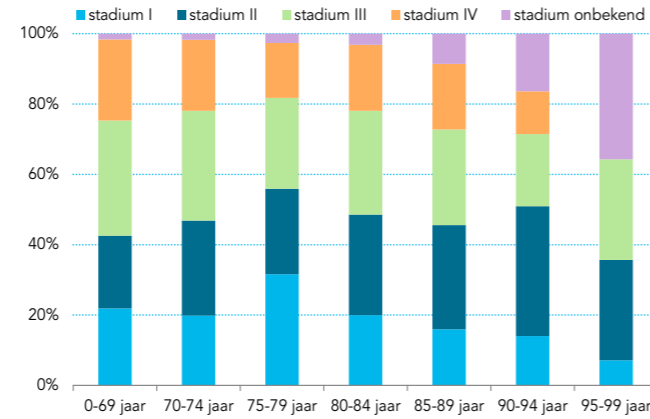
prof. dr. H.J.T. Rutten, chirurg-oncoloog, Catharina Ziekenhuis Eindhoven

incidentie



aantal nieuwe patiënten met een colorectaal carcinoom in 2014, per leeftijdsgroep (n=14.847)

stadiumverdeling

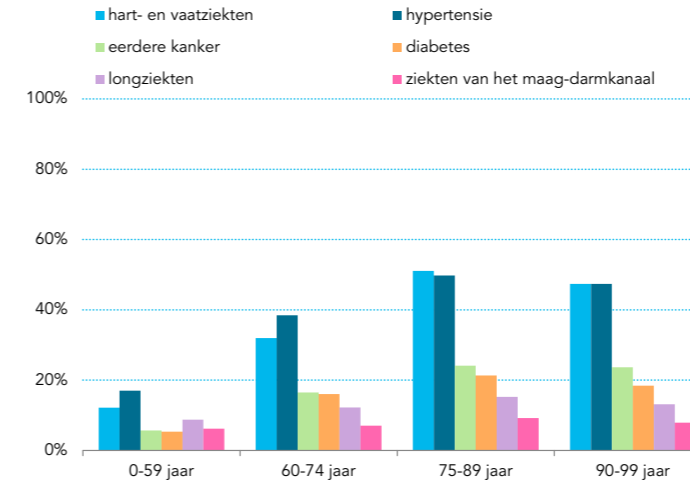


pTNM-stadiumverdeling van patiënten met een colorectaal carcinoom in 2014, per leeftijdsgroep (n=14.846)

- Meer dan de helft van alle patiënten met colorectaal carcinoom is 70 jaar of ouder tijdens de diagnose.
- In 2014 is gestart met het bevolkingsonderzoek en zijn mensen uit de geboortejaren 1938, 1939, 1947, 1949 en 1951 uitgenodigd.

- Vanaf 85 jaar is er een toename in het aandeel patiënten bij wie het stadium onbekend is.

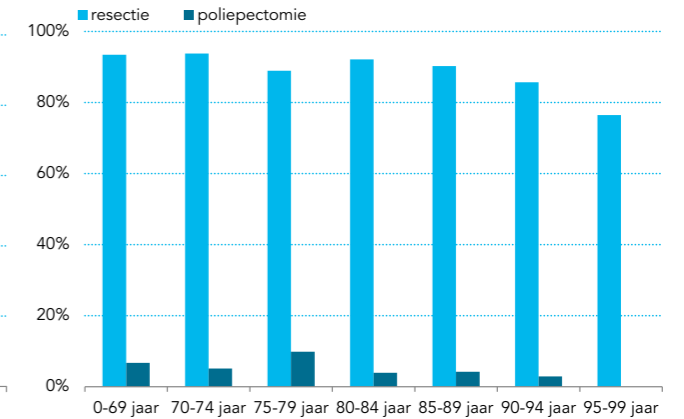
comorbiditeit



comorbiditeit bij patiënten met een colorectaal carcinoom in 2013, gediagnosticeerd in Zuidoost-Nederland, per leeftijdsgroep (n=1.866)

- Met uitzondering van de oudste leeftijdsgroep neemt de comorbiditeit toe met de leeftijd.
- Meer dan de helft van alle patiënten van 75 jaar of ouder heeft ten minste 2 soorten comorbiditeit.

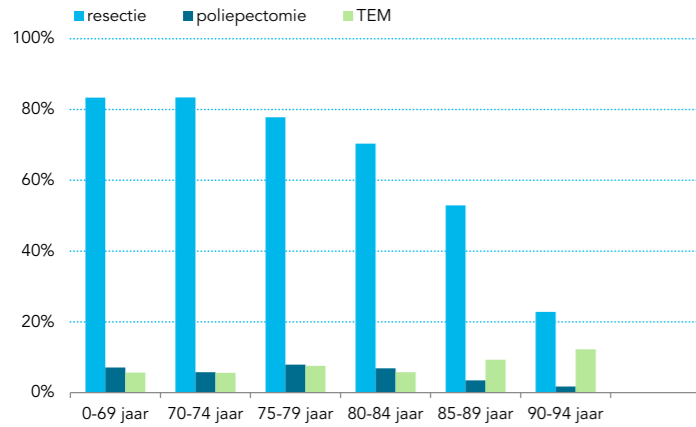
behandeling



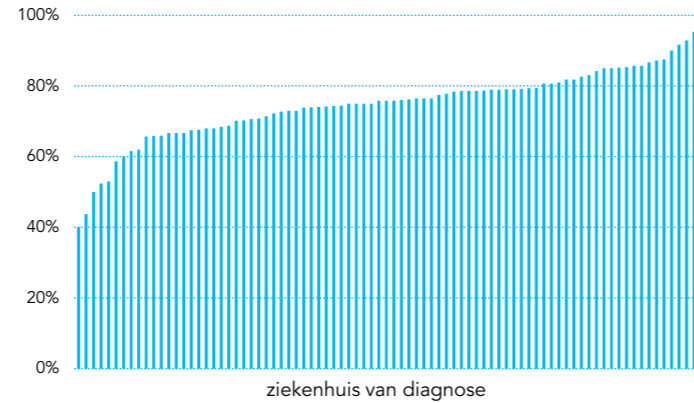
resectiepercentages bij patiënten met een coloncarcinoom in 2013-2014, per leeftijdsgroep (n=14.212)

- Het merendeel van de patiënten met een stadium I-III coloncarcinoom wordt behandeld met een resectie, hoewel het percentage afneemt in de oudste leeftijdsgroepen.

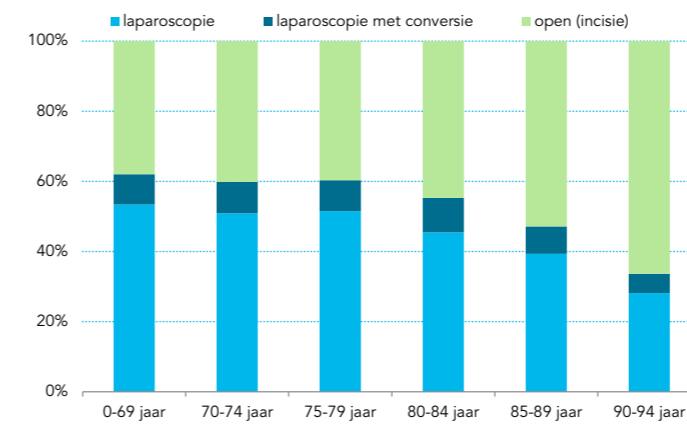
behandeling (vervolg)



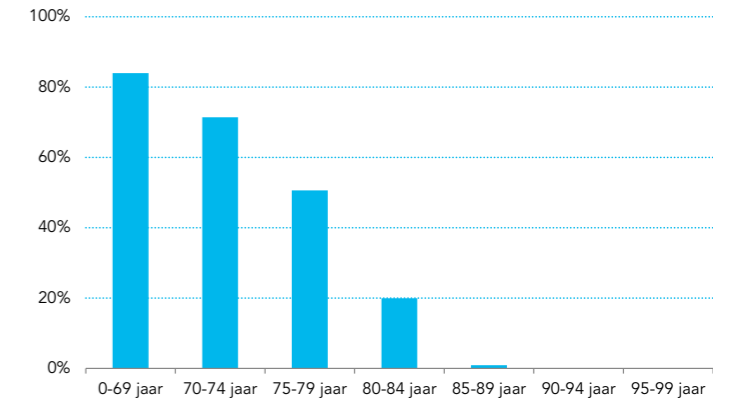
resectiepercentages bij patiënten met een rectumcarcinoom in 2013-2014, per leeftijdsgroep (n=6.835)



resectiepercentages bij patiënten ≥ 70 jaar met een stadium I-III rectumcarcinoom in 2013-2014, per ziekenhuis van diagnose (n=3.072)



chirurgische tumorbenadering bij patiënten met een stadium I-IV coloncarcinoom in 2013-2014, per leeftijdsgroep (n=14.783)



adjuvante chemotherapie bij geopereerde patiënten met een stadium III coloncarcinoom in 2013-2014, per leeftijdsgroep (n=4.596)

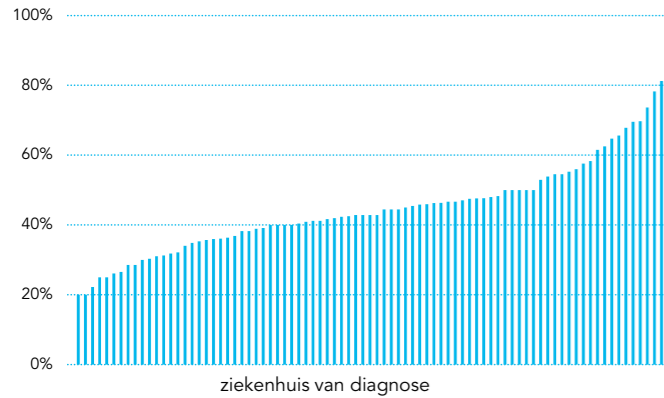
- Het merendeel van de patiënten met een stadium I-III rectumcarcinoom wordt behandeld door middel van een resectie, hoewel het percentage afneemt in de oudste leeftijdsgroepen.
- Bij toenemende leeftijd worden patiënten vaker met transanale endoscopische microchirurgie (TEM) behandeld.

- Er is aanzienlijke variatie in resectiepercentages bij oudere patiënten met een rectumcarcinoom tussen de verschillende ziekenhuizen in Nederland, uiteenlopend van 40% tot 97%.

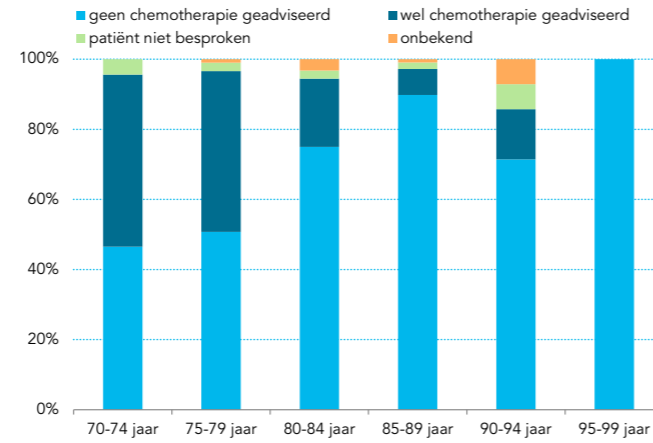
- Bij oudere patiënten met een coloncarcinoom wordt de chirurgische ingreep relatief gezien vaker niet-laparoscopisch uitgevoerd dan bij jongere patiënten.

- Het percentage met adjuvante chemotherapie behandelde patiënten neemt sterk af met het stijgen van de leeftijd, van 85% bij patiënten jonger dan 70 jaar, tot 50% bij patiënten tussen 75 en 79 jaar en 20% bij patiënten van 80 tot 84 jaar.

behandeling (vervolg)



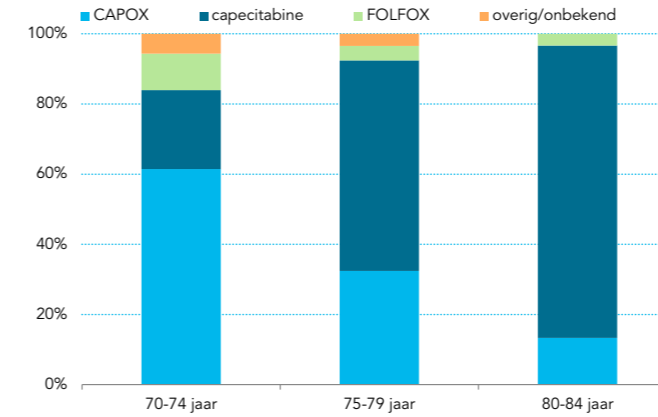
adjuvante chemotherapie bij geopereerde patiënten ≥ 70 jaar met een stadium III coloncarcinoom in 2013-2014, per ziekenhuis van diagnose (n=2.303)



advies van multidisciplinair team over adjuvante chemotherapie bij oudere, geopereerde patiënten met een stadium III coloncarcinoom die geen adjuvante chemotherapie hebben gekregen, in 2005-2012 gediagnosticeerd in Zuidoost-Nederland, per leeftijdsgroep (n=662)

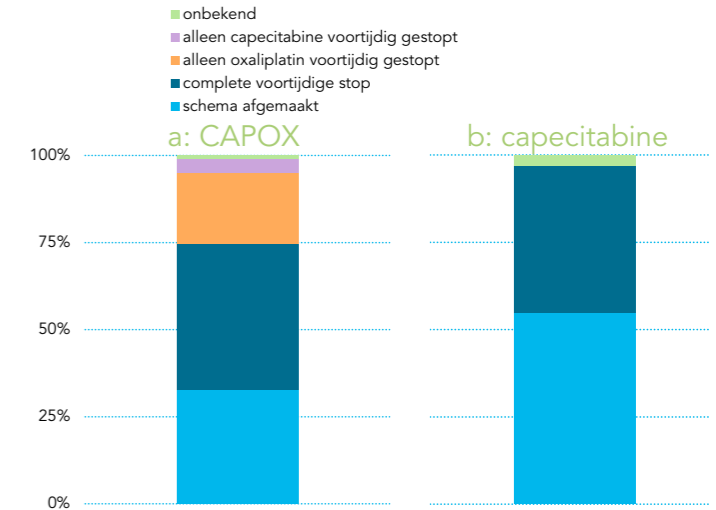
- Het percentage adjuvante chemotherapie bij patiënten van 70 jaar en ouder met een stadium III coloncarcinoom varieert sterk tussen de ziekenhuizen: van 20% tot 80%.

- Bij maar liefst de helft van de patiënten tussen 70 en 79 jaar is wél adjuvante chemotherapie geadviseerd tijdens het multidisciplinair overleg (mdo), maar heeft de patiënt deze behandeling uiteindelijk niet gekregen. Dit kan verschillende redenen hebben, zoals de wensen en de conditie van de patiënt.



type adjuvante chemotherapie bij oudere patiënten met een stadium III coloncarcinoom, in 2005-2012 gediagnosticeerd in Zuidoost-Nederland, per leeftijdsgroep (n=406)

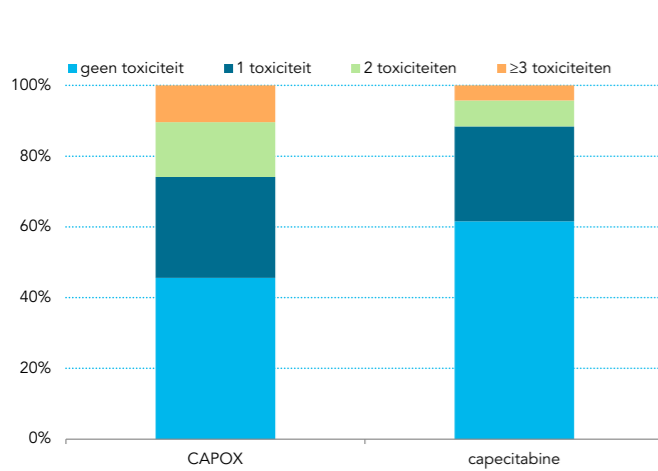
- Met het toenemen van de leeftijd wordt vaker gekozen voor monotherapie bestaande uit capecitabine.



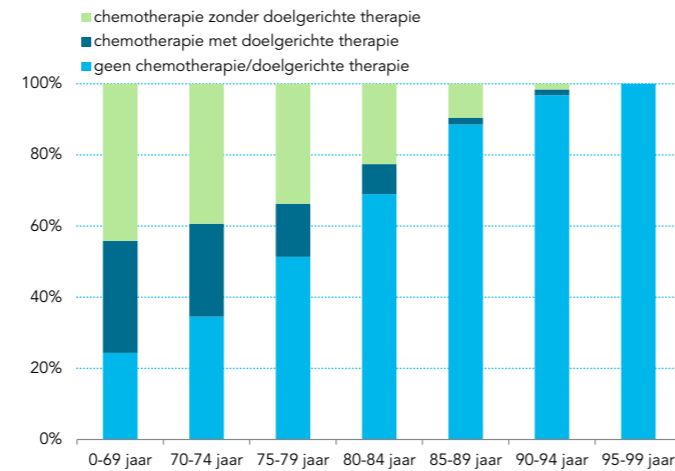
a. afmaken van alle geplande kuren CAPOX bij patiënten ≥ 70 jaar met een stadium III coloncarcinoom (n=193)
b. afmaken van alle geplande kuren capecitabine bij patiënten ≥ 70 jaar met een stadium III coloncarcinoom, in 2005-2012 gediagnosticeerd in Zuidoost-Nederland (n=164)

- Van de patiënten bij wie adjuvante behandeling met CAPOX (capecitabine + oxaliplatin) is gestart, maakt maar 33% de behandeling af.
- Van patiënten bij wie de adjuvante behandeling met capecitabine is ingezet, is dat 55%.

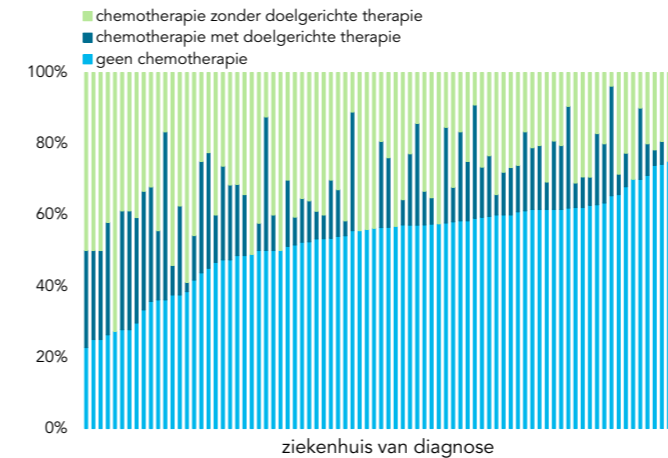
behandeling (vervolg)



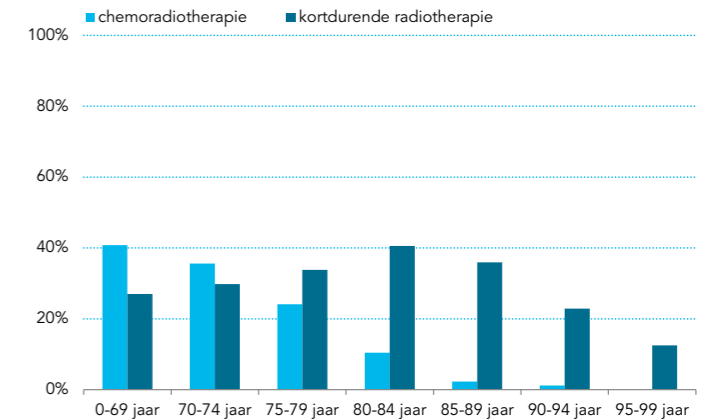
percentage CTC-graad III-IV toxiciteiten bij patiënten ≥70 jaar met een stadium III coloncarcinoom, die behandeld zijn met CAPOX of capecitabine, in 2005-2012 gediagnosticeerd in Zuidoost-Nederland (n=357)



chemotherapie en doelgerichte therapie bij patiënten met een stadium IV colorectaal carcinoom in 2013-2014, per leeftijdsgroep (n=6.065)



chemotherapie en doelgerichte therapie bij patiënten ≥70 jaar met een stadium IV colorectaal carcinoom in 2013-2014, per ziekenhuis van diagnose (n=2.676)



chemoradiotherapie en kortdurende radiotherapie bij patiënten met een M0 rectumcarcinoom in 2013-2014, per leeftijdsgroep (n=6.641)

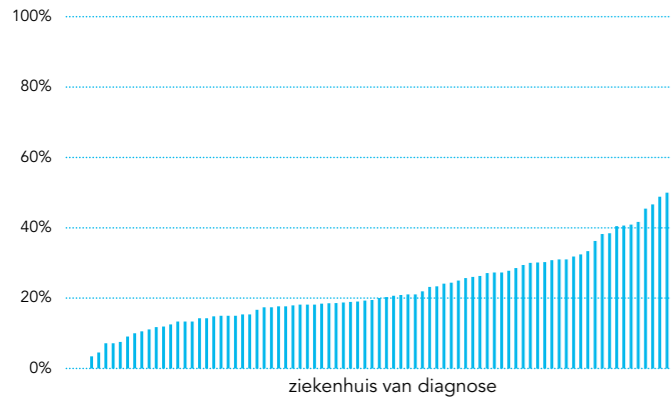
- Oudere patiënten behandeld met CAPOX ontwikkelen vaker toxiciteit dan ouderen behandeld met capecitabine monotherapie (55% vs 38%).
- Bij behandeling met CAPOX is er met name sprake van diarree (21%), neurologische toxiciteit (11%) en braken/misselijkheid (11%).
- Bij behandeling met capecitabine monotherapie is dermatologische toxiciteit het meest frequent (17%).

- Behandelingen van patiënten met stadium IV colorectaal carcinoom komen overeen. Daarom worden patiënten met een coloncarcinoom of een rectumcarcinoom tezamen weergegeven.
- Bij patiënten met bij diagnose een uitgezaaid colorectaal carcinoom neemt met het stijgen van de leeftijd het percentage niet systemisch behandelde patiënten toe, van 25% van de jongere patiënten, tot 69% van de patiënten in de leeftijd 80-84 jaar.
- Ook worden oudere patiënten minder vaak met doelgerichte therapie behandeld (30% van de jongere patiënten, 9% van de patiënten van 80-84 jaar).

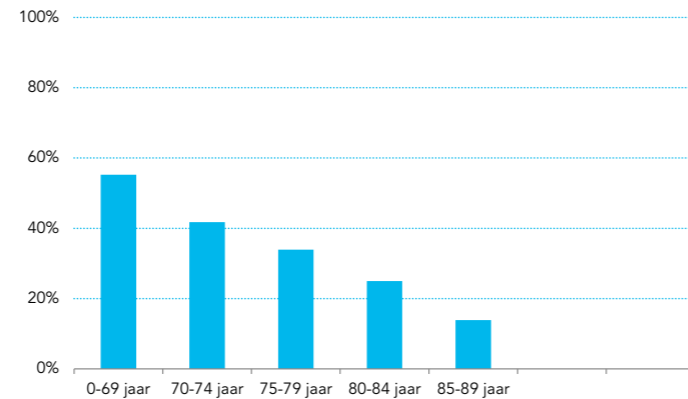
- Het percentage systemisch behandelde, oudere patiënten varieert sterk tussen de ziekenhuizen in Nederland: van 20% tot 78%.
- Er is ook veel variatie in de mate waarin naast chemotherapie behandeld wordt met doelgerichte therapie.

- Het gebruik van chemoradiotherapie neemt af met het stijgen van de leeftijd.
- Het percentage patiënten dat kortdurend radiotherapie krijgt, neemt tot 80-84 jaar toe en daarna af.

behandeling (vervolg)



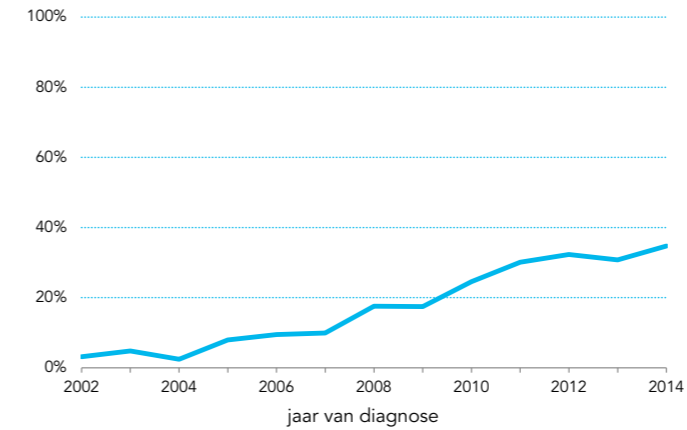
chemoradiotherapie bij patiënten ≥ 70 jaar met een M0 rectumcarcinoom in 2013-2014, per ziekenhuis van diagnose (n=3.034)



metastasectomie bij patiënten met stadium IV colorectaal carcinoom met alleen levermetastase, die ook resectie van de primaire tumor ondergaan in 2013-2014, per leeftijdsgroep (n=1.233)

- Het percentage met chemoradiotherapie behandelde, oudere patiënten varieert sterk tussen de ziekenhuizen: van 0% tot 50%.

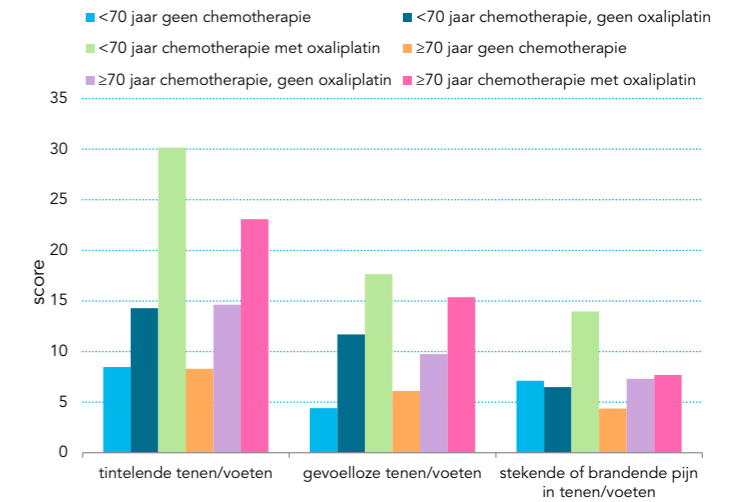
- Er is een duidelijke leeftijdsgerelateerde afname in het percentage oudere patiënten met levermetastasen dat een leverresectie ondergaat.



trend in metastasectomie bij patiënten ≥ 70 jaar met stadium IV colorectaal carcinoom met alleen levermetastase die ook resectie van de primaire tumor ondergaan, per jaar van diagnose (n=3.187)

- Er is een duidelijke toenemende trend in het percentage oudere patiënten dat een leverresectie ondergaat: van 4% in 2004 tot 35% in 2014.

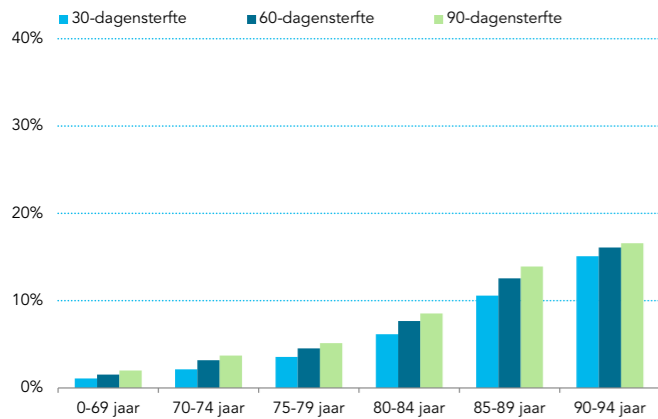
kwaliteit van leven



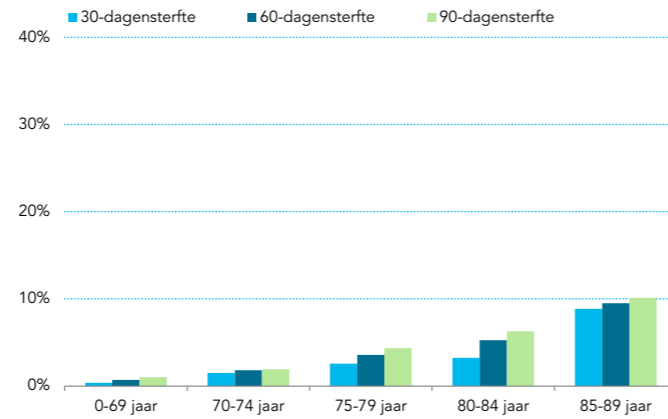
neuropathie-gerelateerde symptomen bij patiënten met een colorectaal carcinoom, in 2000-2009 gediagnosticeerd in Zuidoost-Nederland en gemeten in 2010, per leeftijdsgroep en behandeling (n=804)

- Patiënten behandeld met oxaliplatin ontwikkelen vaker neuropathie-gerelateerde klachten, met name tintelende tenen en voeten.
- Ouderen ontwikkelen deze symptomen even vaak als jongere patiënten.

postoperatieve sterfte



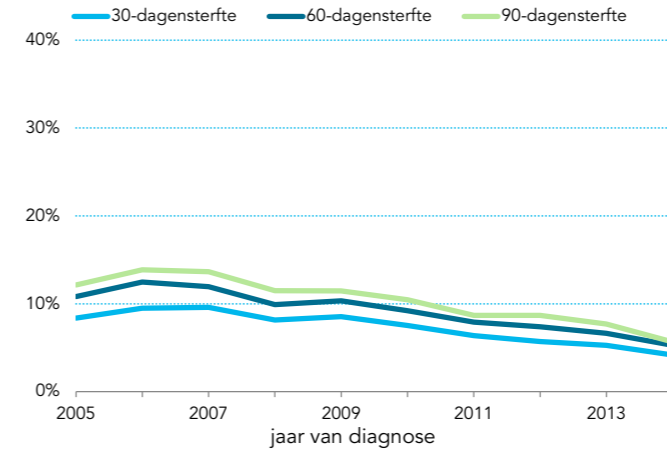
postoperatieve 30-, 60- en 90-dagensterfte bij patiënten met een stadium I-IV coloncarcinoom in 2013-2014, per leeftijdsgroep (n=15.235)



postoperatieve 30-, 60- en 90-dagensterfte bij patiënten met een stadium I-IV rectumcarcinoom in 2013-2014, per leeftijdsgroep (n=5.871)

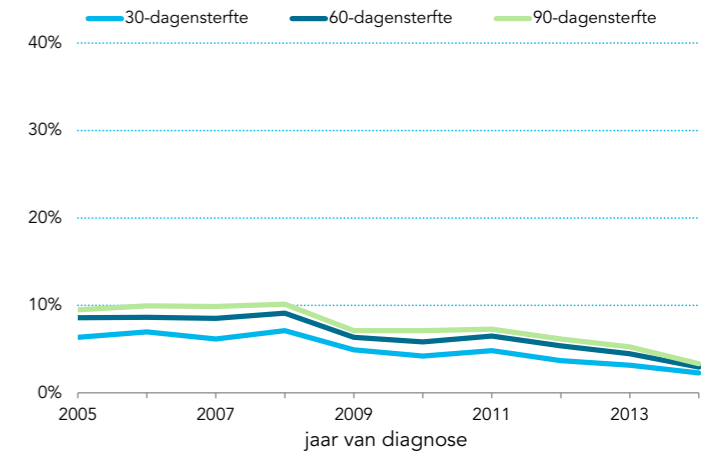
- De postoperatieve sterfte blijft toenemen tot op hoge leeftijd, tot 15% 30-dagensterfte bij patiënten van 90-94 jaar.

- De postoperatieve sterfte na resectie van een rectumcarcinoom is ook bij ouderen lager dan bij patiënten met een coloncarcinoom.
- De 90-dagensterfte bij patiënten tussen 75 en 84 jaar is fors hoger dan de 30-dagensterfte.



trends in postoperatieve 30-, 60- en 90-dagensterfte bij patiënten ≥70 jaar met een stadium I-IV coloncarcinoom, per jaar van diagnose (n=37.588)

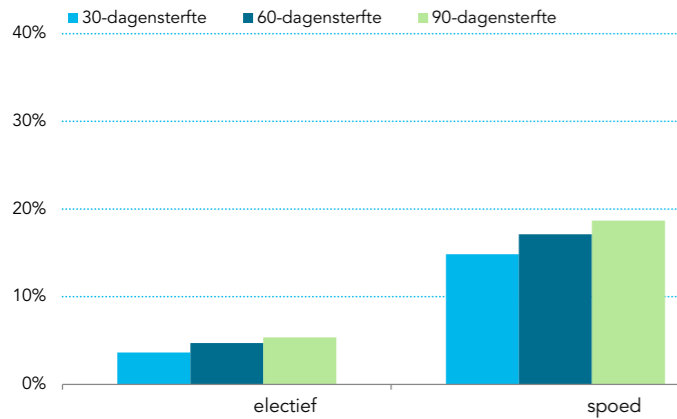
- De postoperatieve sterfte na resectie van een coloncarcinoom bij oudere patiënten vertoont een dalende trend sinds 2007: van 10% naar 4% in 2014.
- Het verschil tussen de 30- en 90-dagensterfte lijkt af te nemen over de tijd.



trends in postoperatieve 30-, 60- en 90-dagensterfte bij patiënten ≥70 jaar met een stadium I-IV rectumcarcinoom, per jaar van diagnose (n=12.471)

- De postoperatieve sterfte na resectie van een rectumcarcinoom neemt bij oudere patiënten af sinds 2008.
- Net als bij het coloncarcinoom neemt de oversterfte tussen 30 dagen en 90 dagen na operatie af.

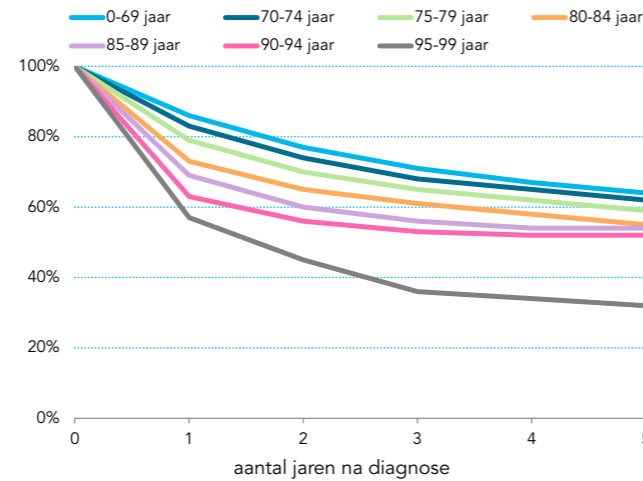
postoperatieve sterfte (vervolg)



postoperatieve 30-, 60- en 90-dagensterfte bij patiënten ≥ 70 jaar met een stadium I-IV coloncarcinoom in 2013-2014, per urgentie van chirurgie (n=8.060)

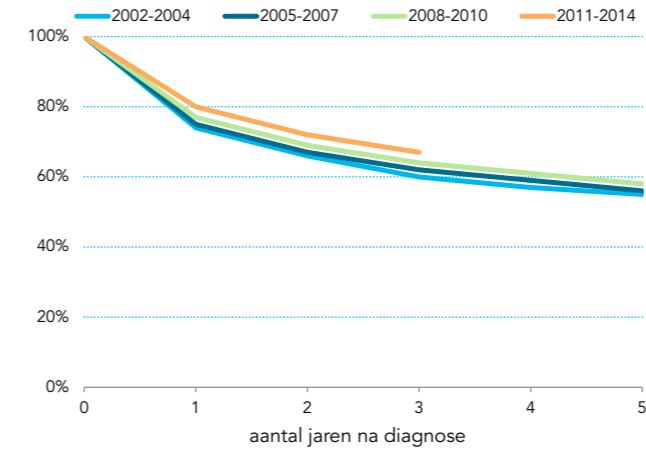
- Bij oudere patiënten is de postoperatieve sterfte na een spoedresectie fors hoger dan na een electieve resectie.

overleving



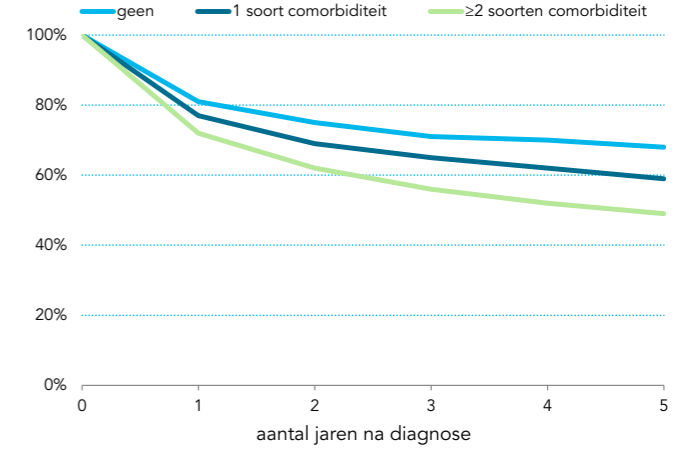
relatieve overleving van patiënten met een colorectaal carcinoom in 2002-2014, per leeftijdsgroep (n=152.830)

- De relatieve overleving daalt met het stijgen van de leeftijd.
- De verschillen in overleving zijn het grootst binnen 1 jaar na diagnose, daarna worden de verschillen relatief kleiner tussen de leeftijdsgroepen, met uitzondering van patiënten in de hoogste leeftijdsgroep.



relatieve overleving voor patiënten ≥ 70 jaar met een colorectaal carcinoom, per periode van diagnose (n=80.898)

- De prognose van oudere patiënten met een colorectaal carcinoom is verbeterd over de tijd, met name na 2008-2010. De 3-jaarsoverleving is gestegen van 39% in de periode 2002-2004 naar 51% in de periode 2011-2014.



relatieve overleving voor patiënten ≥ 70 jaar met een colorectaal carcinoom, gediagnosticeerd in 2002-2013 in Zuidoost-Nederland, per aantal soorten comorbiditeit (n=10.051)

- Comorbiditeit beïnvloedt de prognose van oudere patiënten met colorectaal carcinoom negatief, de 5-jaarsoverleving van patiënten zonder comorbiditeit is 68%, met 2 of meer soorten bijkomende ziektes is dat nog slechts 50%.

Dikkedarmkanker treft met name ouderen. De vele ontwikkelingen in de behandeling van deze ziekte, waaronder laparoscopische chirurgie, hebben juist bij de groep oudere patiënten in mindere mate hun weg gevonden dan bij jongere patiënten. Wel zijn in de loop van de tijd ook ouderen in toenemende mate van die ontwikkelingen gaan profiteren, zoals leverchirurgie. Een en ander komt tot uiting in het feit dat ook bij oudere patiënten de overleving is toegenomen en de postoperatieve mortaliteit is afgenomen.

De 30-dagensterfte blijkt wel een onderschatting van het daadwerkelijke postoperatieve overlijdensrisico, omdat de 90-dagensterfte bij ouderen fors hoger is dan de 30-dagensterfte. De verschillen tussen jong en oud in behandeling en uitkomst vooral op de korte termijn blijven echter fors.

Daarnaast is een grote ziekenhuisvariatie waarneembaar, bijvoorbeeld bij de inzet van systemische therapieën bij ouderen. Variatie op ziekenhuisniveau wordt waarschijnlijk deels verklaard door casemixverschillen tussen ziekenhuizen en

• .> conclusies

toevalsvariatie, hoewel de bandbreedte van de variatie doet vermoeden dat andere factoren ook een rol spelen. Zo kan ziekenhuisvariatie mede het gevolg zijn van het ontbreken van duidelijke evidence voor bepaalde behandelingen bij de oudere patiënt. Juist hier kunnen observationele data van waarde zijn.

Sinds 2015 wordt meer gedetailleerde informatie over systemische therapieën, prognostische markers en tumorprogressie en -terugkeer vastgelegd binnen de NKR en het Prospectief Landelijk CRC Cohort, waardoor ook meer data beschikbaar komen die inzage geven in de wankelende balans tussen de negatieve en positieve effecten van de verschillende behandelingen voor patiënten met dikkedarmkanker.



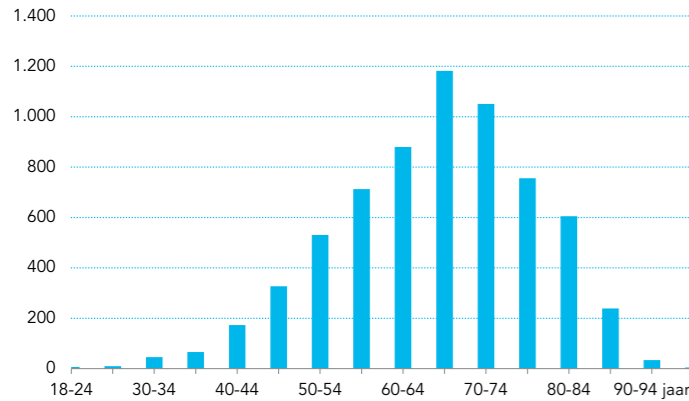
nier kanker

dr. R.H.A. Verhoeven, senior onderzoeker, IKNL

dr. K.K.H. Aben, senior onderzoeker, IKNL

dr. A. Bex, uroloog, Antoni van Leeuwenhoek Amsterdam

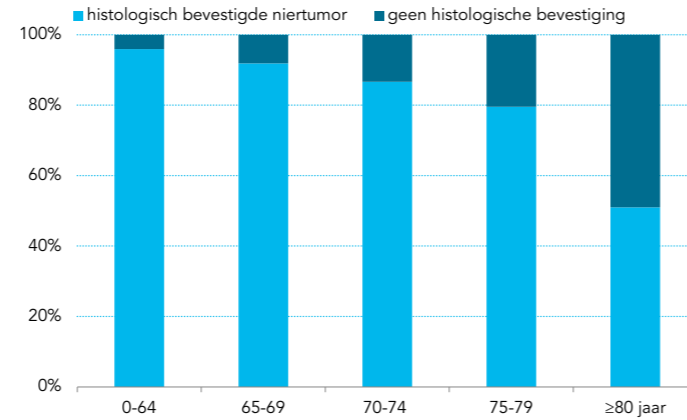
incidentie



aantal nieuwe patiënten met nierkanker in 2012-2014, per leeftijdsgroep (n=6.625)

- Nierkanker wordt het vaakst gediagnosticeerd bij patiënten tussen 65 en 74 jaar.
- 40% van de patiënten met nierkanker is 70 jaar of ouder bij diagnose.

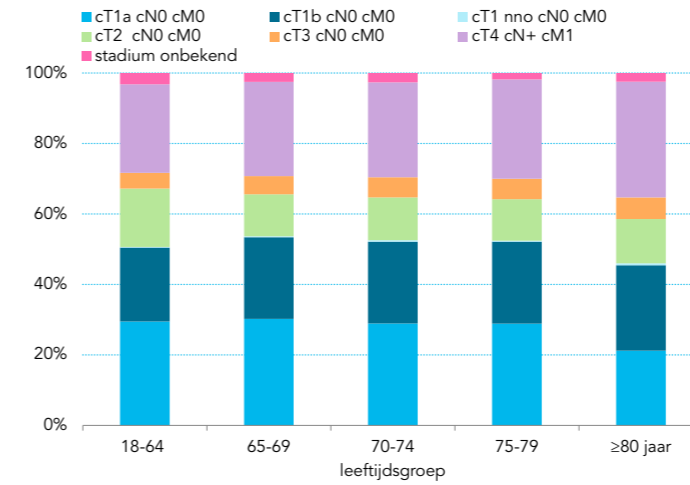
diagnostiek



percentage patiënten met een histologisch bevestigde niertumor in 2012-2013, per leeftijdsgroep (n=4.458)

- Bij oudere patiënten wordt nierkanker minder vaak histologisch bevestigd.

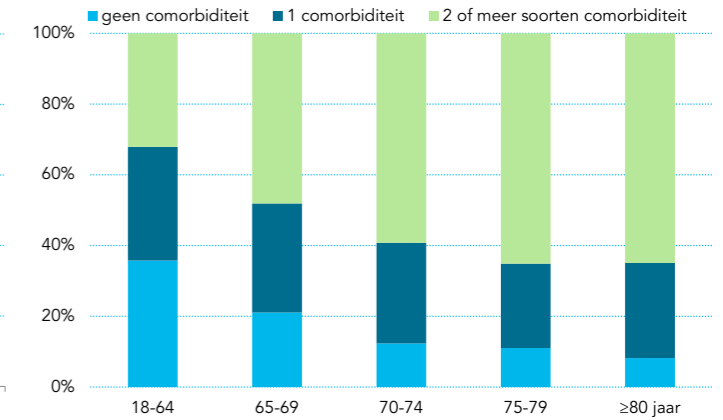
stadiumverdeling



cTMN-stadiumverdeling van patiënten met nierkanker in 2012-2014, per leeftijdsgroep (n= 6.625)

- De stadiumverdeling bij patiënten in de verschillende leeftijdsgroepen onder de 80 jaar is vergelijkbaar.
- Patiënten van 80 jaar en ouder hebben iets vaker een cT4N+M1 stadium.

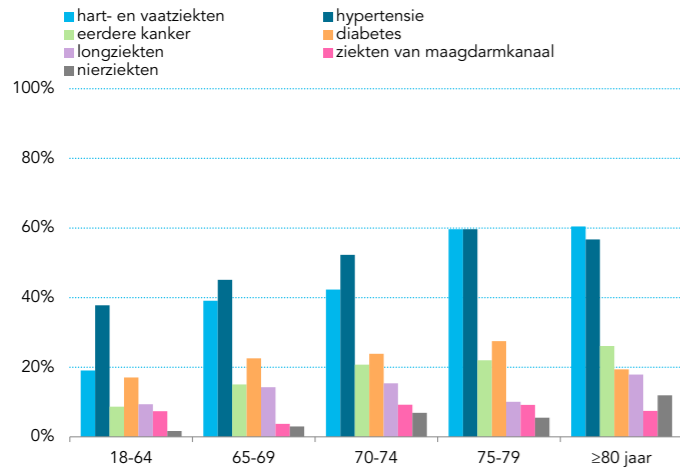
comorbiditeit



comorbiditeit tijdens diagnose bij patiënten met nierkanker in 2012-2014, gediagnosticeerd in Zuidoost-Nederland, per leeftijdsgroep (n= 805)

- Bijna 60% van de patiënten van 70 jaar of ouder heeft 2 of meer soorten comorbiditeit.

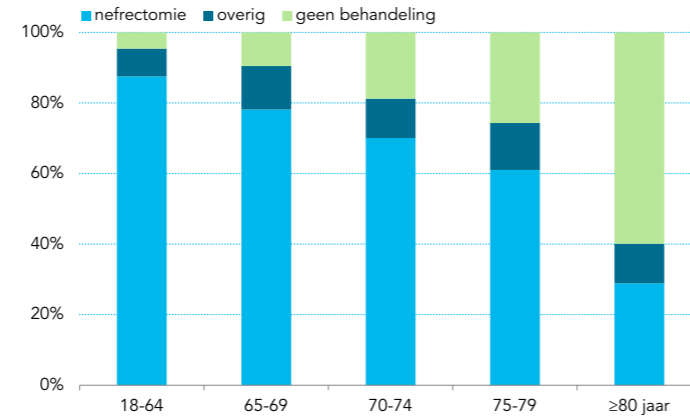
comorbiditeit



soorten comorbiditeit tijdens diagnose bij patiënten met nierkanker in 2012-2014, gediagnosticeerd in Zuidoost-Nederland, per leeftijdsgroep (n=805)

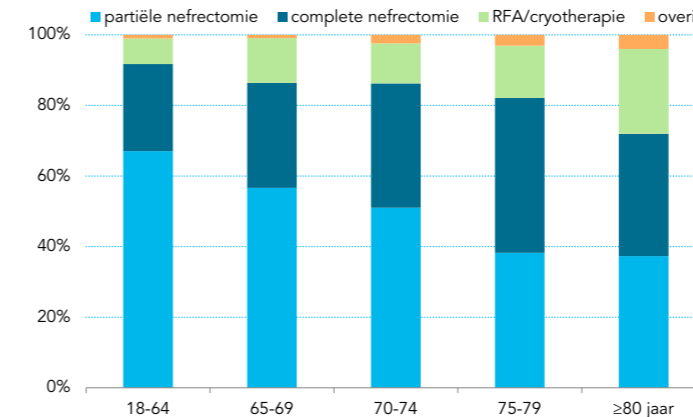
- Meer dan de helft van de patiënten met nierkanker heeft na het 75e levensjaar ook hart- en vaatziekten en/of hypertensie.
- Meer dan 20% van de patiënten met nierkanker heeft diabetes.

behandeling



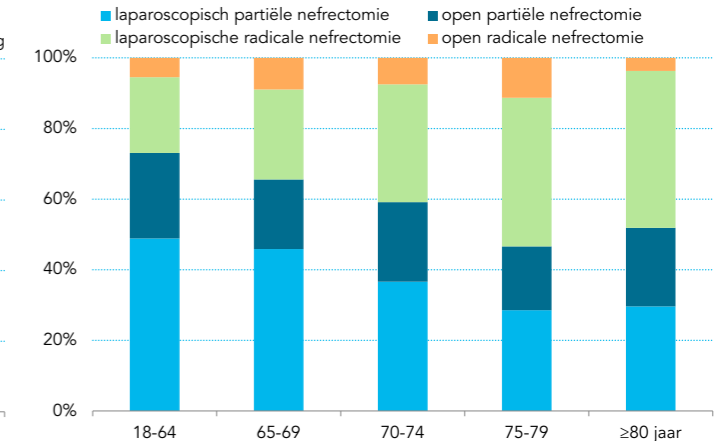
behandeling van patiënten met cT1a N0 M0 nierkanker in 2012-2014, per leeftijdsgroep (n=1.877)

- Het percentage patiënten met een cT1a niertumor dat niet behandeld wordt, neemt toe met het stijgen van de leeftijd.



behandeling van patiënten met cT1a cN0 cM0 nierkanker in 2012-2014, per leeftijdsgroep (n=1.581)

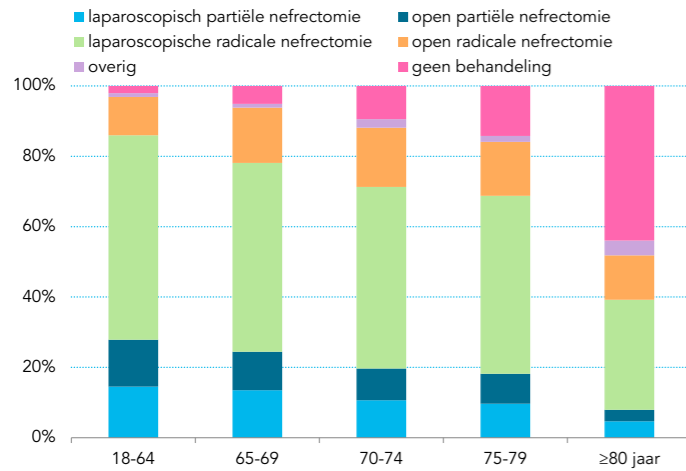
- Oudere patiënten krijgen vaker radiofrequentie ablatie (RFA) of cryotherapie dan jongere patiënten.



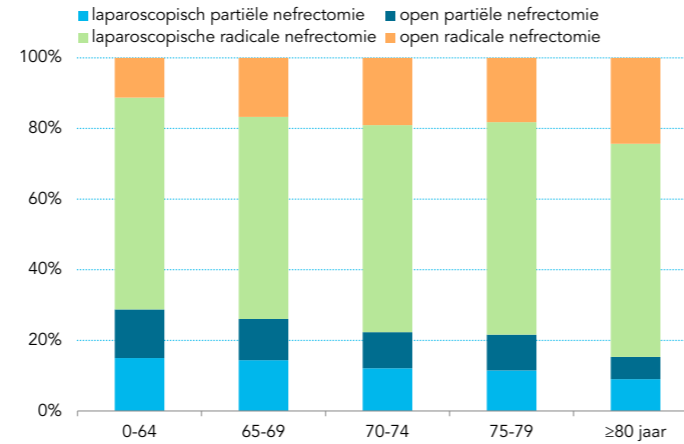
type nefrectomie bij patiënten met cT1a N0 M0 nierkanker in 2012-2014, per leeftijdsgroep (n=1.389)

- Ouderen met cT1a nierkanker die een nefrectomie ondergaan, krijgen in vergelijking met jongeren minder vaak een partiële nefrectomie.

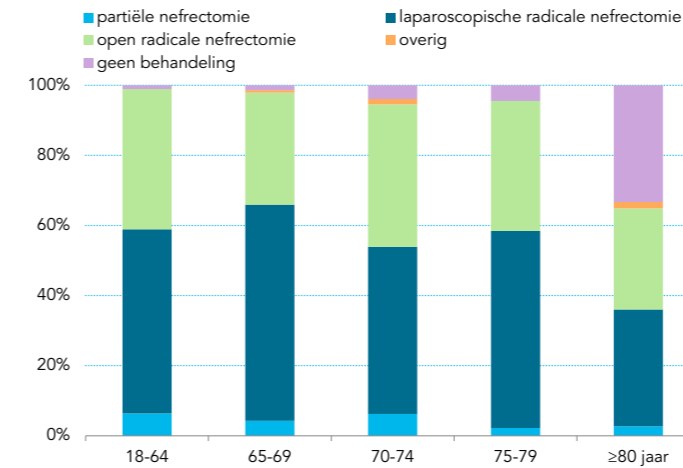
behandeling (vervolg)



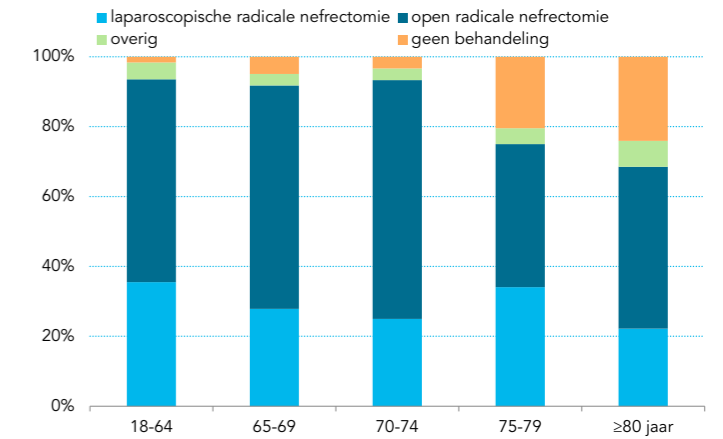
behandeling van patiënten met cT1b N0 M0 nierkanker in 2012-2013, per leeftijdsgroep (n=1.486)



type nefrectomie bij patiënten met cT1b N0 M0 nierkanker in 2012-2014, per leeftijdsgroep (n=1.291)



behandeling van patiënten met cT2 N0 M0 nierkanker in 2012-2014, per leeftijdsgroep (n= 924)



behandeling van patiënten met cT3N0M0 nierkanker in 2012-2014, per leeftijdsgroep (n=343)

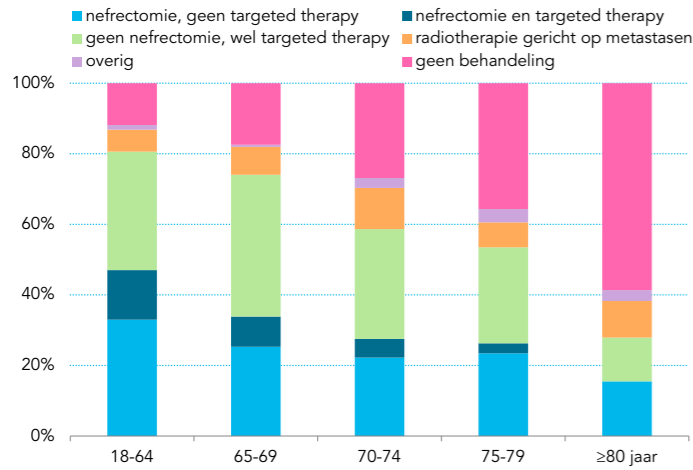
- Oudere patiënten worden minder vaak actief behandeld voor een cT1b niertumor dan jongere patiënten.

- Oudere patiënten met cT1b nierkanker die een nefrectomie ondergaan, krijgen in vergelijking met jongere patiënten vaker een radicale nefrectomie dan een partiële nefrectomie.
- De radicale nefrectomie is bij ouderen relatief gezien minder vaak laparoscopisch uitgevoerd.

- Vrijwel alle patiënten onder de 80 jaar met een cT2 tumor krijgen een nefrectomie.
- Bij patiënten ouder dan 80 jaar krijgt 35% geen nefrectomie.

- Patiënten van 75 jaar en ouder met een cT3N0M0 niertumor krijgen minder vaak een actieve behandeling dan jongere patiënten.
- Het percentage ouderen dat wel behandeld wordt, is echter wel hoger dan bij patiënten met cT1 en cT2 tumoren.

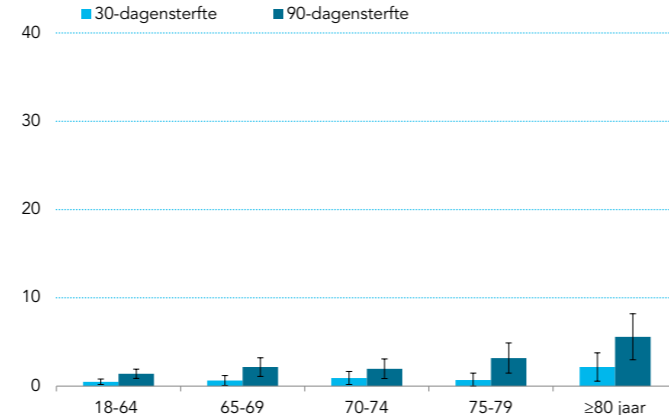
behandeling



behandeling van patiënten met cT4N+M1 nierkanker in 2012-2014, per leeftijdsgroep (n=1.793)

- Bij patiënten met cT4N+M1 nierkanker daalt het percentage patiënten dat een behandeling krijgt bij het toenemen van de leeftijd. Dit effect is al waarneembaar vanaf 65 jaar.
- Zowel nefrectomie als targeted therapy worden minder vaak toegepast bij oudere patiënten.

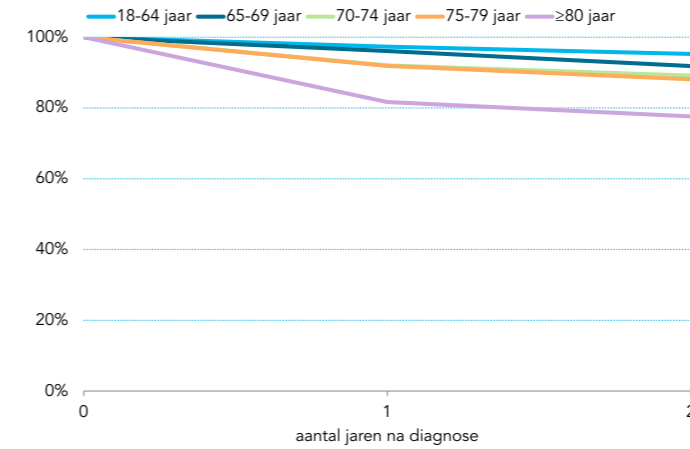
postoperatieve sterfte



30- en 90-dagensterfte na nefrectomie in 2012-2014, per leeftijdsgroep (n=4.223)

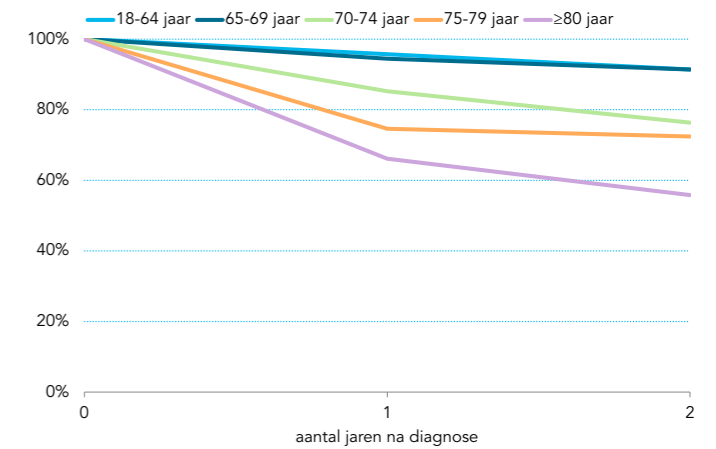
- De 30-dagensterfte na nefrectomie ligt onder de 1% bij patiënten jonger dan 75 jaar en is ongeveer 2% voor patiënten van 80 jaar en ouder, maar wel met een breed betrouwbaarheidsinterval.
- De 90-dagensterfte na nefrectomie lijkt toe te nemen bij oudere patiënten en is significant hoger voor patiënten van 80 jaar en ouder ten opzichte van patiënten jonger dan 64 jaar.

overleving



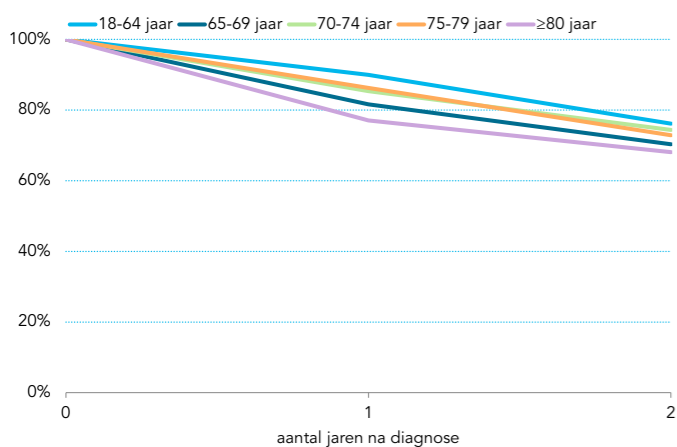
relatieve overleving van patiënten met T1 N0 M0 nierkanker in 2012-2013, per leeftijdsgroep (n=2.414)

- De relatieve overleving van patiënten met stadium I nierkanker is iets lager voor oudere patiënten.

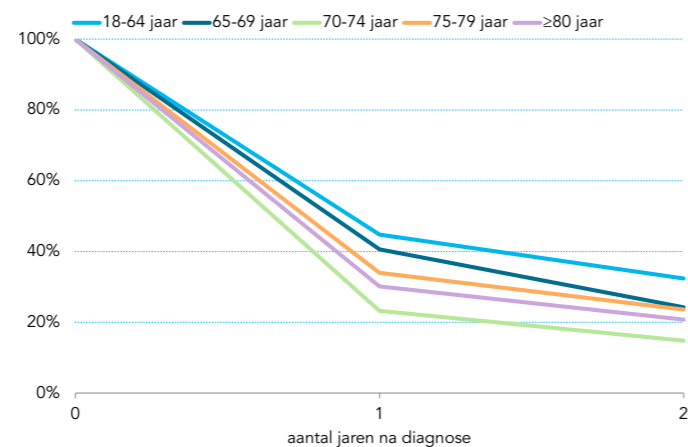


relatieve overleving van patiënten met T2 N0 M0 nierkanker in 2012-2013, per leeftijdsgroep (n=572)

overleving (vervolg)



relatieve overleving van patiënten met T3 N0 M0 nierkanker in 2012-2013, per leeftijdsgroep (n=602)



relatieve overleving van patiënten met T4N+M1 nierkanker in 2012-2013, per leeftijdsgroep (n=930)

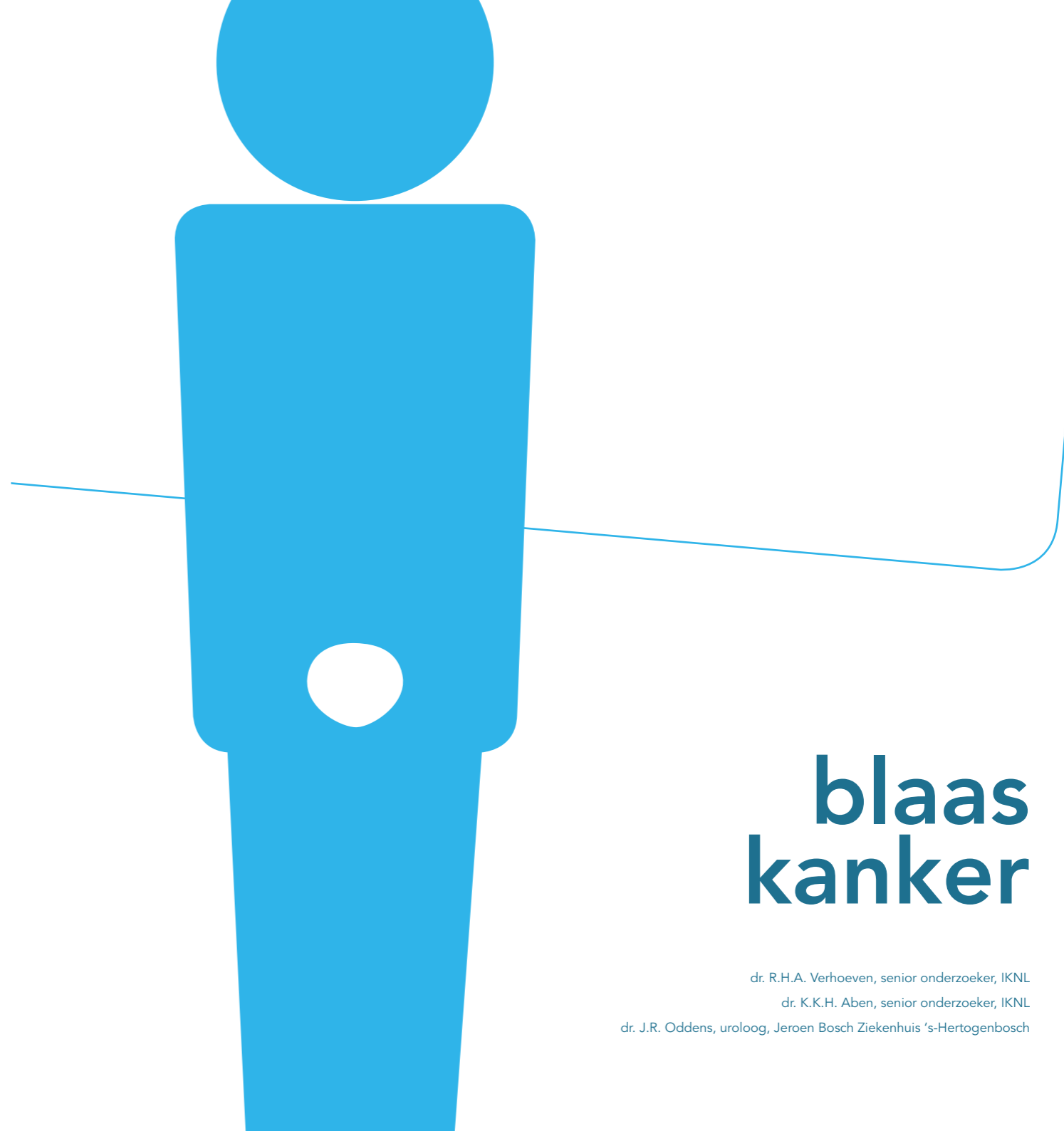
40% van de patiënten met nierkanker is 70 jaar of ouder bij diagnose. Patiënten boven de 80 jaar worden vaker met een verder gevorderd stadium gediagnosticeerd.

Dit zou ook de vraag kunnen beantwoorden of de verschillen in overleving veroorzaakt worden door de minder agressieve behandelingskeuze bij oudere patiënten.

Er is een duidelijke trend naar minder agressieve behandeling met het stijgen van de leeftijd, dit is zichtbaar bij alle stadia. Ouderen krijgen minder vaak een partiële nefrectomie. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat zij vaker andere nefron-sparende behandelingen (RFA of cryotherapie), active surveillance of een radicale nefrectomie krijgen. Deze radicale nefrectomie wordt bij ouderen relatief gezien minder vaak laparoscopisch uitgevoerd. Vooral bij de lagere ziektestadia wordt bij ouderen vaker gekozen voor active surveillance. Aangezien dit voor kleine niertumoren tot één van de opties behoort, is het lagere percentage patiënten dat geen behandeling krijgt, niet per definitie een slechte ontwikkeling. Ook het feit dat de partiële nefrectomie een gecompliceerdere ingreep is met een hogere kans op complicaties in vergelijking met een radicale nefrectomie, zou hierbij een rol

conclusies

kunnen spelen. Onderzoek naar de risk-benefit-ratio in de oudere populatie als het gaat om de keuze voor partiële versus radicale nefrectomie en de mogelijke voordelen van laparoscopische chirurgie bij oudere patiënten is gewenst. Hetzelfde geldt voor behandeling met targeted therapies bij ouderen, gezien de duidelijke leeftijdgerelateerde afname in de toepassing hiervan.



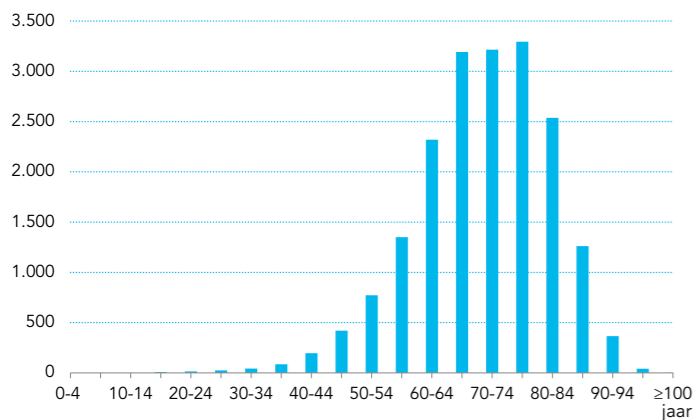
blaas kanker

dr. R.H.A. Verhoeven, senior onderzoeker, IKNL

dr. K.K.H. Aben, senior onderzoeker, IKNL

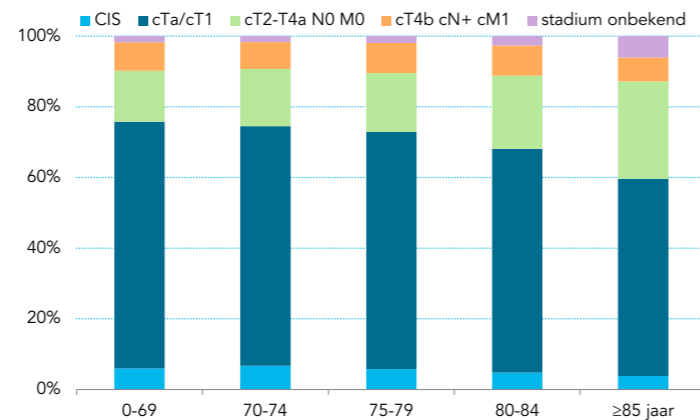
dr. J.R. Oddens, uroloog, Jeroen Bosch Ziekenhuis 's-Hertogenbosch

incidentie

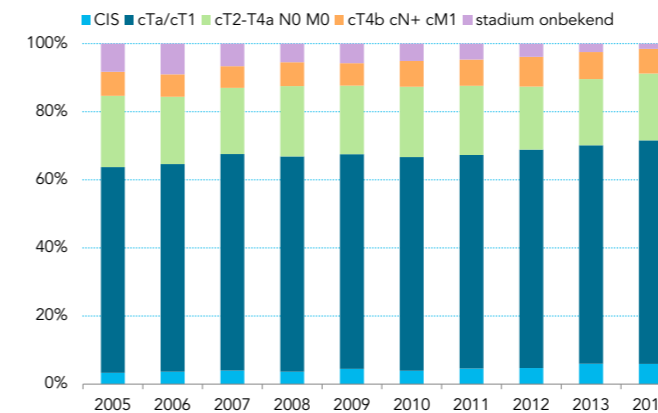


aantal nieuwe patiënten met blaaskanker in 2012-2014, per leeftijdsgroep (n=19.140)

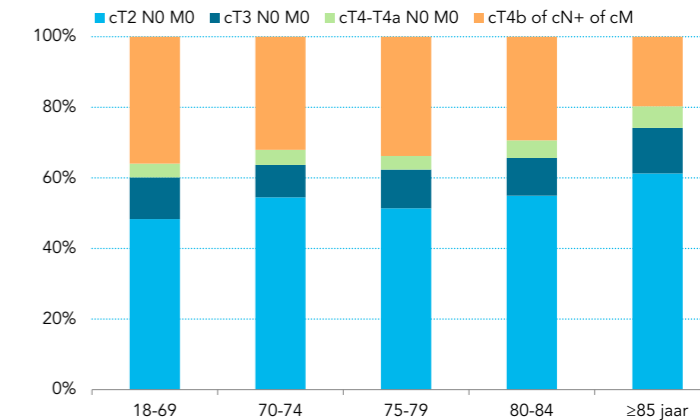
stadiumverdeling



cTNM-stadiumverdeling van patiënten met blaaskanker in 2012-2014, per leeftijdsgroep (n=19.140)



trend cTNM-stadiumverdeling bij patiënten met blaaskanker ≥70 jaar in de periode 2005-2014 (n=33.449)



cTNM-stadiumverdeling bij patiënten met spierinvasief blaaskanker in 2012-2014, per leeftijdsgroep (n=4.807)

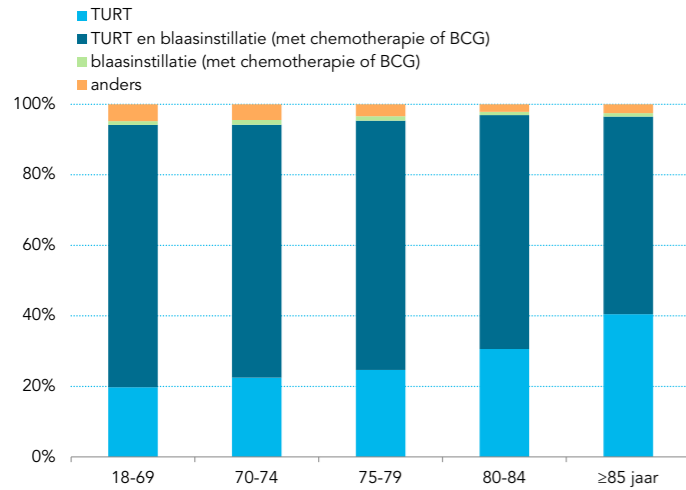
- Blaaskanker wordt het vaakst gediagnosticeerd bij patiënten tussen de 65 en 79 jaar.
- Bijna 40% van de patiënten is 75 jaar of ouder op het moment van diagnose.

- Patiënten van 75 jaar of ouder hebben vaker een spierinvasieve tumor.
- Patiënten van 85 jaar of ouder hebben vaker een onbekend stadium.

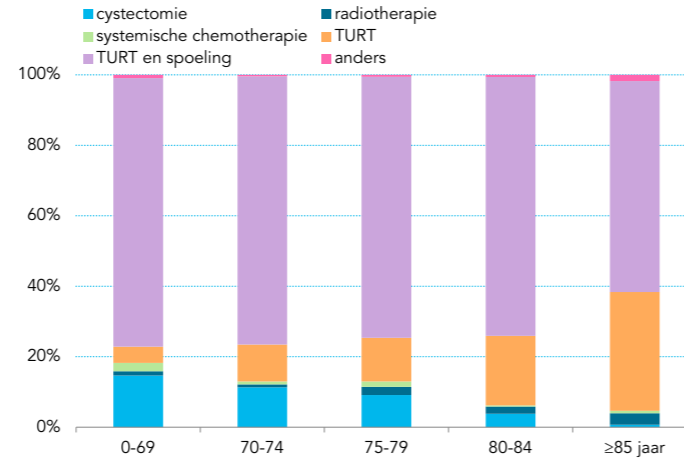
- Het percentage patiënten met een onbekend stadium bij patiënten van 70 jaar of ouder daalt tot minder dan 2% in 2014.

- Binnen de groep van patiënten met spierinvasieve tumoren hebben oudere patiënten relatief vaker een gunstig stadium (cT2 N0 M0) bij diagnose.

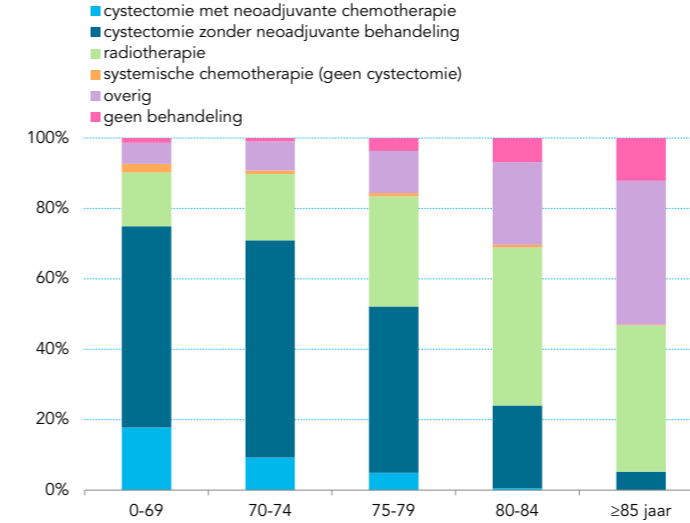
behandeling



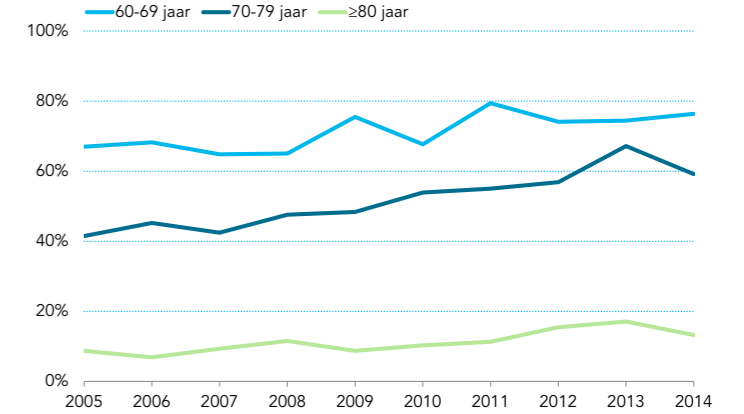
behandeling van patiënten met oppervlakkig blaaskanker in 2012-2014, per leeftijdsgroep (n=13.903)



behandeling van patiënten met cT1G3 blaaskanker in 2012-2014, per leeftijdsgroep (n= 2.687)



behandeling van patiënten met spierinvasief blaaskanker (cT2-cT4a cN0 cM0) in 2012-2014, per leeftijdsgroep (n= 3.268)



cystectomiepercentages bij patiënten met spierinvasief blaaskanker (cT2-cT4a cN0 cM0) in de periode 2005-2014, per leeftijdsgroep (n= 9.215)

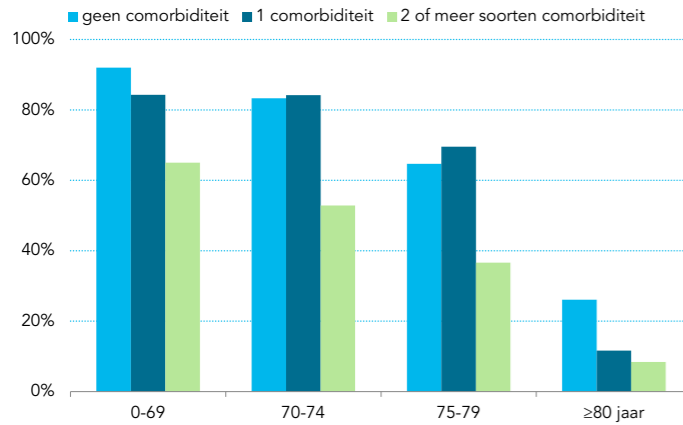
- Oudere patiënten krijgen minder vaak een (eenmalige postoperatieve en/of adjuvante) behandeling met blaasinstillaties dan jongere patiënten.

- Oudere patiënten krijgen minder vaak een cystectomie als behandeling voor een cT1 graad 3 tumor.

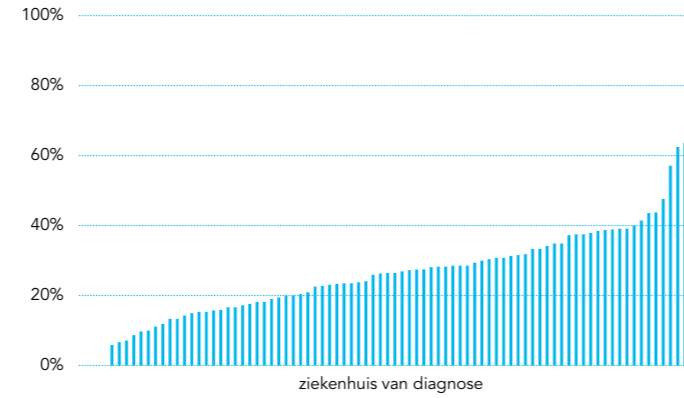
- Oudere patiënten met een potentieel curabele spierinvasieve blaastumor krijgen minder vaak een cystectomie dan jongere patiënten.

- Sinds 2005 is het percentage patiënten van 70 tot 79 jaar dat een cystectomie ondergaat voor een potentieel curabel spierinvasieve blaastumor gestegen van 41% naar 59% in 2014.
- Bij patiënten van 80 jaar en ouder lijkt er ook een toename te zijn, maar is deze minder uitgesproken.

behandeling (vervolg)



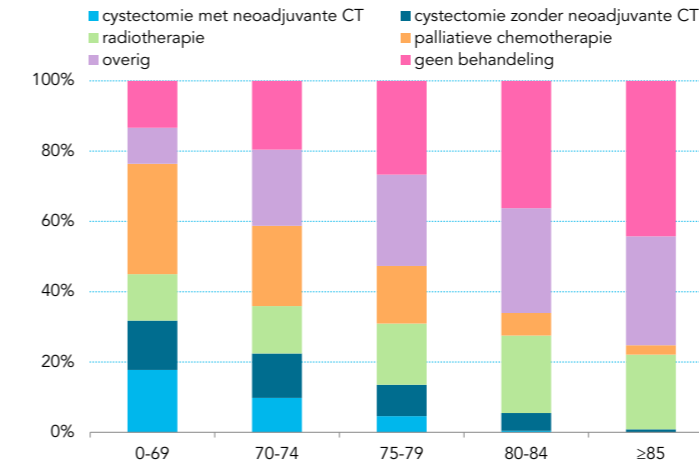
cystectomiepercentages bij patiënten met spierinvasief blaaskanker (cT2-cT4a cN0 cM0) in 2010-2014, gediagnosticeerd in Zuidoost-Nederland, per leeftijdsgroep en comorbiditeitsklasse (n=659)



cystectomiepercentages bij patiënten ≥75 jaar met spierinvasief blaaskanker (cT2-cT4A, cN0 cM0) in 2010-2014, per ziekenhuis van diagnose (n=2.635) (ziekenhuizen met minder dan 10 diagnoses zijn niet meegenomen in de figuur)

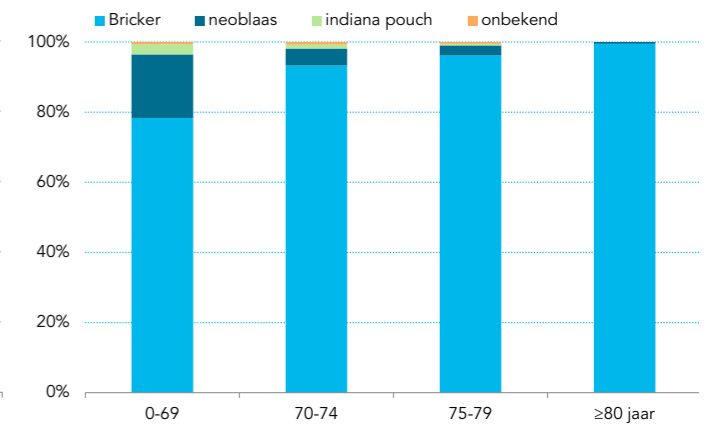
- Het hebben van 2 of meer soorten comorbiditeit heeft een groot effect op het wel of niet krijgen van een cystectomie.
- Het percentage cystectomie bij patiënten zonder comorbiditeit neemt af van 92% bij patiënten jonger dan 70 jaar tot 26% bij patiënten van 80 jaar of ouder.

- Er is een grote variatie in het percentage patiënten van 75 jaar of ouder dat een cystectomie ondergaat tussen de ziekenhuizen waarin de patiënten gediagnosticeerd zijn (ongeacht in welk ziekenhuis de patiënt de behandeling krijgt).



behandeling van patiënten met stadium IV blaaskanker (cT4b cN+ cM1) in 2012-2014, per leeftijdsgroep (n=1.539)

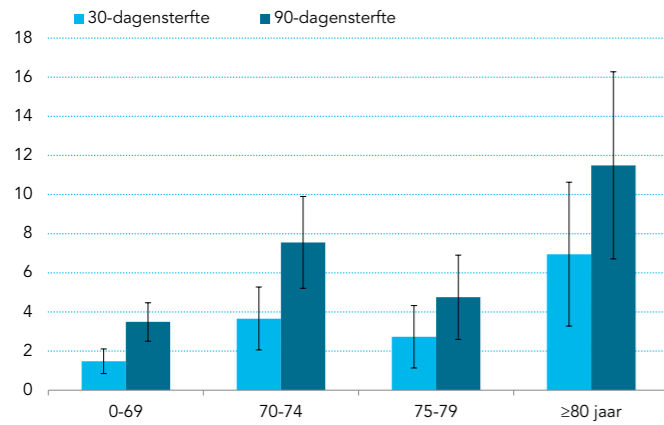
- Oudere patiënten met een incurabele blaastumor krijgen vaker geen behandeling.



toegepast type urinedeviatie na cystectomie in 2012-2014, per leeftijdsgroep (n= 2.599)

- Bij patiënten van 75 jaar of ouder wordt vrijwel altijd een Bricker-urinedeviatie toegepast.

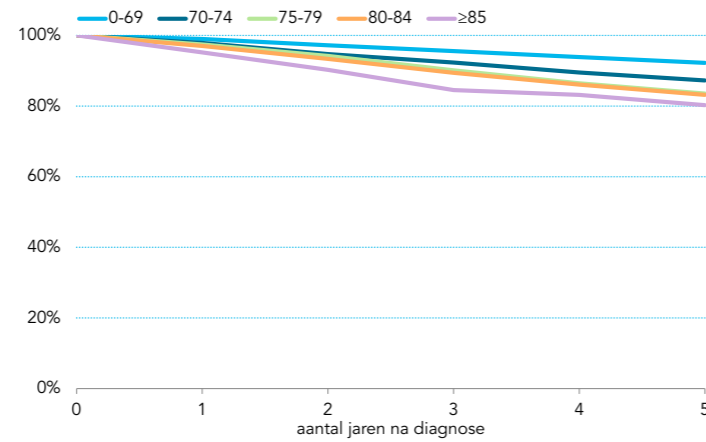
postoperatieve sterfte



30- en 90-dagensterfte na cystectomie in 2012-2014, per leeftijdsgroep (n=2.532)

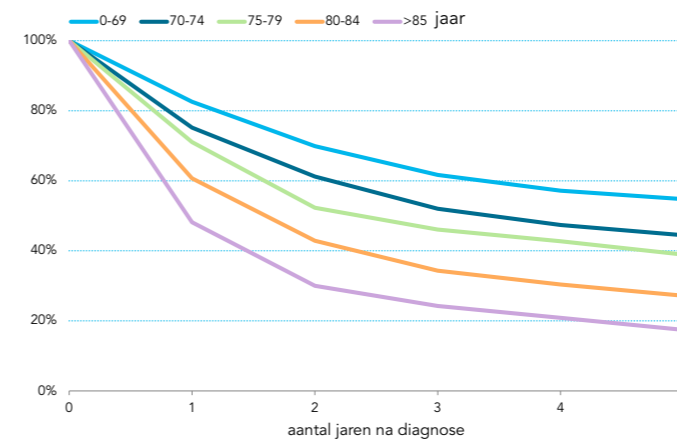
- De 30-dagensterfte na cystectomie van patiënten van 80 jaar of ouder is hoger dan die van patiënten van 70 jaar of jonger.

overleving

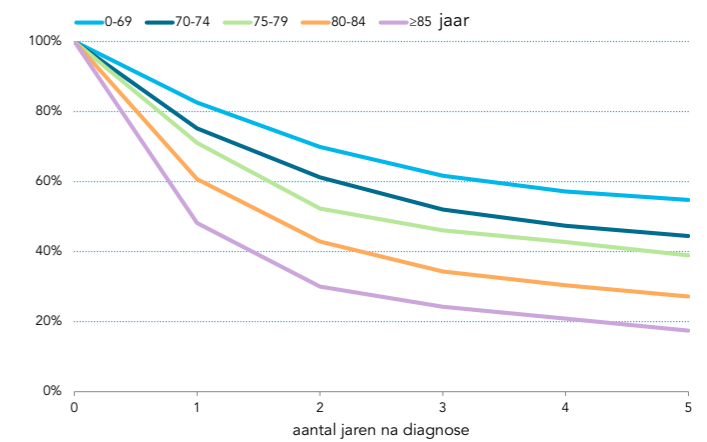


relatieve overleving van patiënten met oppervlakkig blaaskanker in 2005-2013, per leeftijdsgroep (n=37.514)

- Oudere patiënten hebben in alle stadia een duidelijk lagere relatieve overleving dan jongere patiënten.



relatieve overleving van patiënten met spierinvasief blaaskanker (T2-T4a N0 M0) in de periode 2005-2013, per leeftijdsgroep (n=9.547)



relatieve overleving van patiënten met stadium IV blaaskanker (cT4b cN+ cM1) in de periode 2005-2013, per leeftijdsgroep (n=4.056)

Blaaskanker is een ziekte die zich vooral op oudere leeftijd openbaart, waarbij 40% van de patiënten ouder dan 75 jaar is op het tijdstip van diagnose. Hoewel oudere patiënten vaker een spierinvasieve tumor hebben, is de stadiumverdeling binnen deze groep juist gunstiger bij de oudere patiënten. Daarbij moet worden opgemerkt dat het stadium bij ouderen vaker onbekend is, mogelijk als gevolg van lage levensverwachting en beperking in behandelmogelijkheden bij comorbiditeit.

Oudere patiënten krijgen minder vaak een (eenmalige post-operatieve en/of adjuvante) behandeling met blaasinstillaties. De reden hiervoor is niet bekend. Mogelijk valt het samen met de zorg over neveneffecten, die vooral na blaasinstillatie met BCG (Bacillus Calmette-Guérin) kunnen optreden. Daarnaast krijgen ouderen ook minder vaak een cystectomie. De richtlijn stelt dat er aanwijzingen zijn dat leeftijd alleen geen contra-indicatie is voor een cystectomie. Het percentage patiënten zonder comorbiditeit dat een cys-

• .> conclusies

tectomie krijgt, neemt echter toch af van 92% bij patiënten jonger dan 70 jaar tot 26% bij patiënten van 80 jaar of ouder. Daarnaast is er een grote variatie in de kans dat een patiënt van 75 jaar of ouder een cystectomie krijgt tussen de ziekenhuizen waarin de patiënten gediagnosticeerd zijn (ongeacht in welk ziekenhuis de patiënt de cystectomie ondergaat). Dit suggereert dat er duidelijk verschillend beleid is tussen ziekenhuizen in hoe agressief men patiënten van 75 jaar of ouder behandelt. Ook bij gevorderde ziekte worden ouderen minder vaak dan jongeren chirurgisch en met systemische therapie behandeld. Prospectief verzamelde data inclusief gegevens over complicaties na chirurgie, aan systemische

therapie gerelateerde toxiciteit, comorbiditeit, patiëntvoorkeuren en kwaliteit van leven zouden kunnen bijdragen aan de verklaring voor de waargenomen grote verschillen in relatieve overleving in de verschillende leeftijdsgroepen. Daarnaast kan dit het inzicht vergroten in redenen voor de ogenschijnlijke onderbehandeling van de oudere patiënt met blaaskanker.



prostaat kanker

prostaatcarcinoom

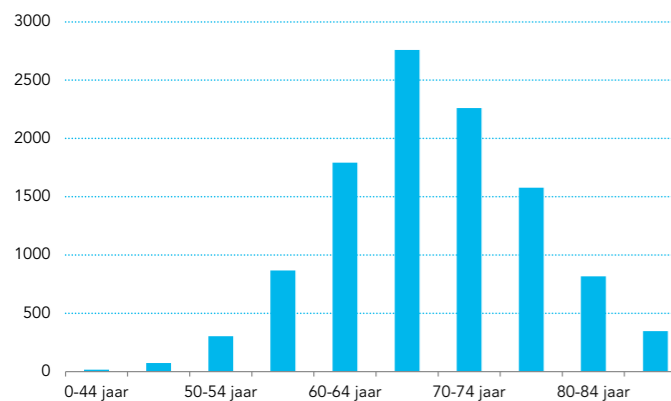
dr. K.K.H. Aben, onderzoeker, IKNL

dr. R.H.A. Verhoeven, onderzoeker, IKNL

dr. I.M. van Oort, uroloog, Radboudumc Nijmegen

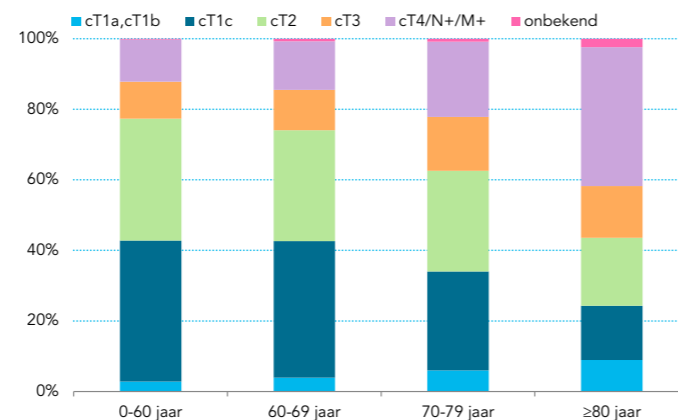
prof. dr. Th.M. de Reijke, uroloog, Academisch Medisch Centrum Amsterdam

incidentie

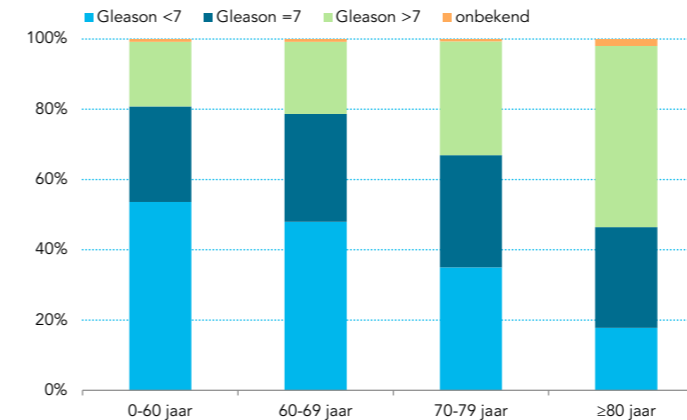


aantal nieuwe patiënten met prostaatkanker in 2013, per leeftijdsgroep (n=10.814)

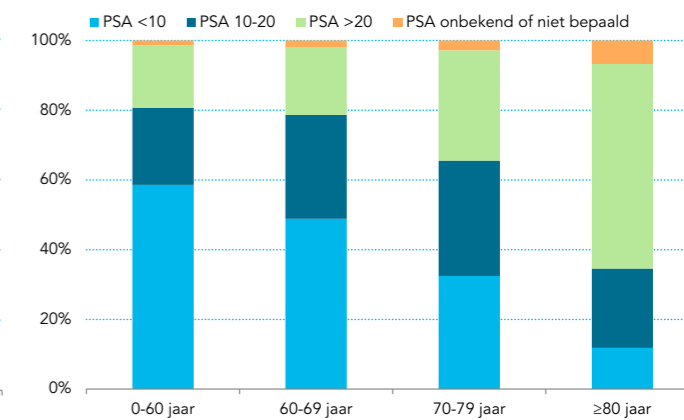
stadiumverdeling



cTNM-stadiumverdeling van patiënten met prostaatkanker in 2013, per leeftijdsgroep (n=10.542)



Gleason-score van het biopt bij diagnose van patiënten met prostaatkanker in 2013, per leeftijdsgroep (n=10.542)



PSA-waarde bij diagnose van patiënten met prostaatkanker in 2013, per leeftijdsgroep (n=10.542)

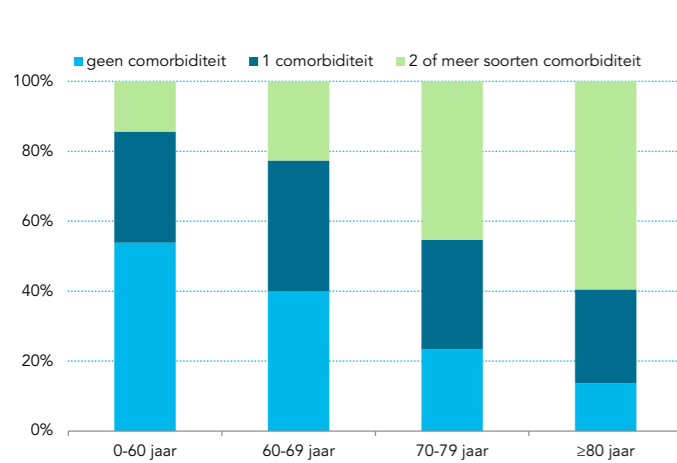
- In totaal zijn in 2013 bijna 11.000 mannen met prostaatkanker gediagnosticeerd in Nederland. Sinds 1989 is het absolute aantal prostaatkankerpatiënten toegenomen van ongeveer 4.200 naar ruim 11.600 in 2011. Na 2011 lijkt het aantal nieuwe patiënten af te nemen, waarschijnlijk als gevolg van het vervroegen van de prostaatkankerdiagnose bij een deel van de patiënten door toepassing van de PSA-test.
- Ongeveer 46% van alle prostaatkankerpatiënten in 2013 is 70 jaar of ouder (n=5.001). Ruim 10% van de patiënten is zelfs 80 jaar of ouder (n=1.164).

- Patiënten van 70 jaar en ouder worden vaker gediagnosticeerd met een gevorderde ziekte (cT4 of N+ of M+).
- Bij patiënten tot 60 jaar heeft 12% een cT4 of N+ of M+ prostaatkanker. Dit percentage neemt toe naar 14% bij patiënten van 60 tot 70 jaar, 21% bij patiënten van 70 tot 80 jaar en 39% bij patiënten van 80 jaar en ouder.

- De Gleason-score wordt ongunstiger met een toenemende leeftijd.
- Bij jongere patiënten tot 60 jaar heeft 54% van de patiënten bij diagnose een Gleason-score lager dan 7. Bij patiënten van 80 jaar of ouder is dit slechts 18%.
- Bij patiënten tot 60 jaar heeft 18% bij diagnose een Gleason-score van 8 of hoger. Dit percentage is bij de oudere patiënten van 70 tot 80 jaar en van 80 jaar en ouder respectievelijk 32% en 52%.

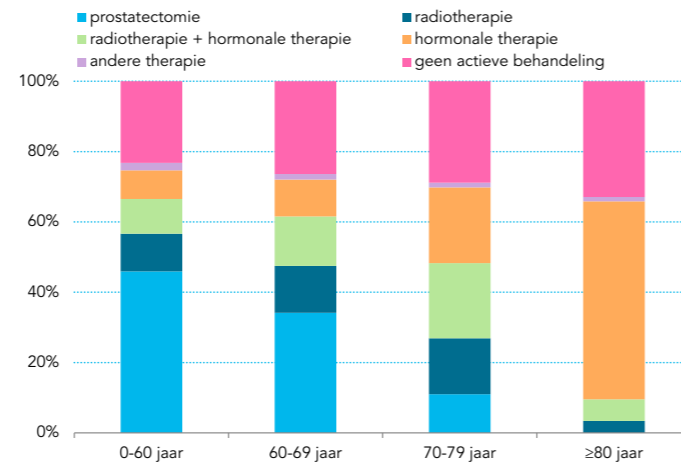
- De PSA-waarde bij diagnose is hoger naarmate de leeftijd toeneemt.

comorbiditeit

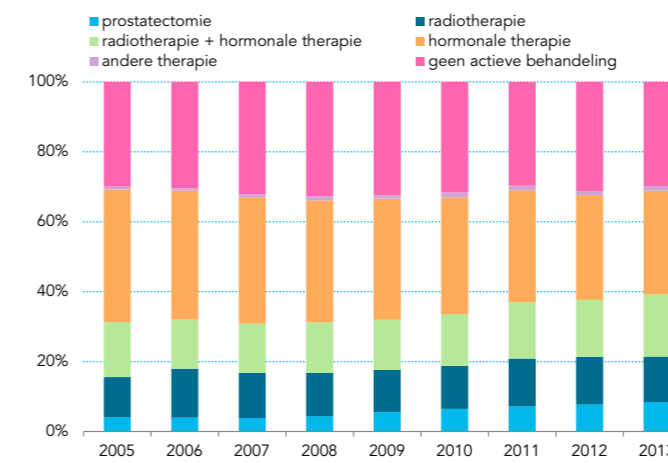


comorbiditeit bij patiënten met prostaatkanker in 2013, gediagnosticeerd in Zuidoost-Nederland, per leeftijdsgroep (n=1.448)

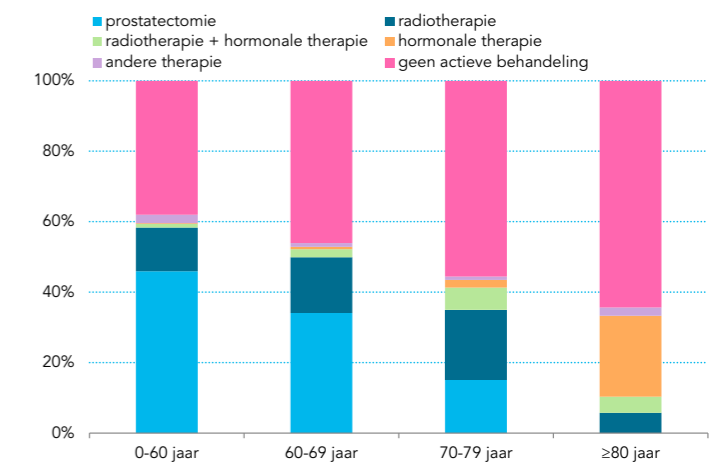
behandeling



behandeling van patiënten met prostaatkanker in 2013, per leeftijdsgroep (n=10.542)



behandeling van patiënten met prostaatkanker ≥70 jaar in de periode 2005-2013 (n=44.483)



behandeling van patiënten met cT1c prostaatkanker in 2013, per leeftijdsgroep (n=3.434)

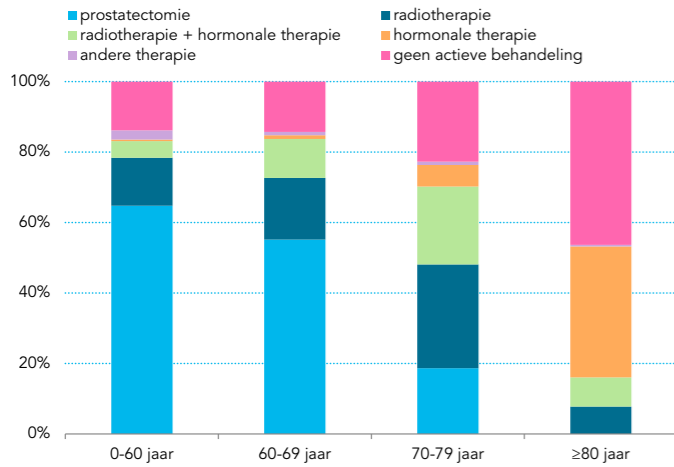
- Het percentage prostaatkankerpatiënten met 1 of meerdere soorten comorbiditeit bij de diagnose neemt toe met het stijgen van de leeftijd.
- Ongeveer 45% van de patiënten van 70 tot 80 jaar heeft 2 of meer soorten comorbiditeit bij diagnose. In de patiëntengroep van 80 jaar of ouder is dit bijna 60%.

- Het percentage prostaatkankerpatiënten dat geopereerd wordt, neemt af met een toenemende leeftijd.
- Patiënten van 70 tot 80 jaar krijgen vaker dan jongere patiënten radiotherapie, een combinatie van radiotherapie en hormonale therapie of alleen hormonale therapie.
- Meer dan 60% van de patiënten van 80 jaar of ouder krijgt hormonale therapie, waarvan slechts een klein deel gecombineerd met radiotherapie.
- Het aandeel geen actieve behandeling/afwachtend beleid neemt toe met het stijgen van de leeftijd.

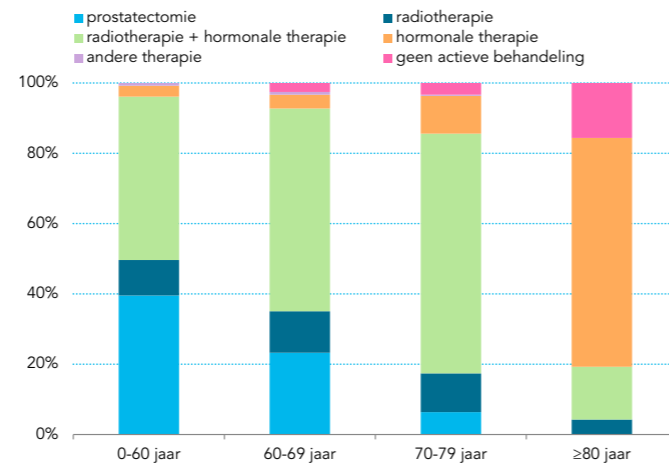
- Het percentage prostaatkankerpatiënten van 70 jaar of ouder dat in opzet curatief behandeld wordt, is toegenomen van 31% in 2005 tot bijna 40% in 2013.

- Een groot deel van de patiënten met cT1c prostaatkanker krijgt geen actieve behandeling. Het percentage patiënten dat niet actief behandeld wordt, is in de jongste groep 38% (n=187) en in de oudste groep patiënten 64% (n=112).
- Ongeveer 23% (n=40) van de patiënten ouder dan 80 met een cT1c tumor wordt hormonaal (zonder combinatie met radiotherapie) behandeld.

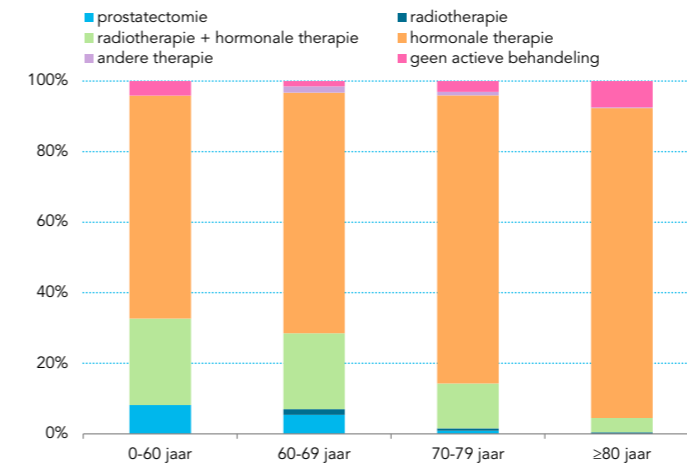
behandeling (vervolg)



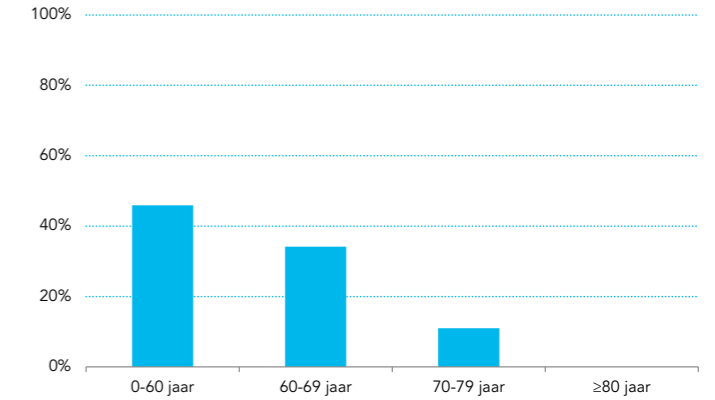
behandeling van patiënten met cT2 prostaatkanker in 2013, per leeftijdsgroep (n=3.109)



behandeling van patiënten met cT3 prostaatkanker in 2013, per leeftijdsgroep (n=1.372)



behandeling van patiënten met cT4 of N+ of M+ prostaatkanker in 2013, per leeftijdsgroep (n=1.998)



resectiepercentage (prostatectomie) van patiënten met prostaatkanker in 2013, per leeftijdsgroep (n=10.542)

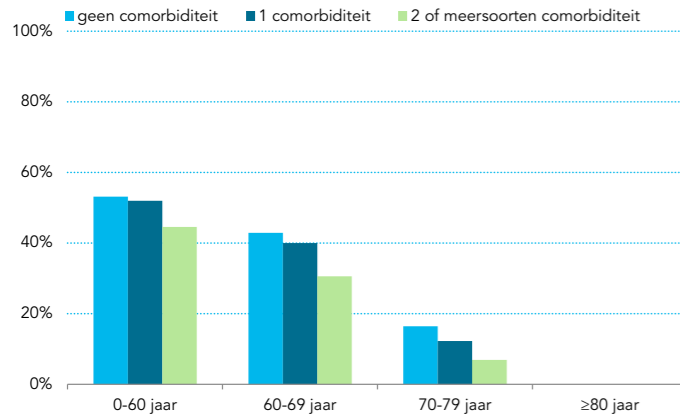
- Bijna 85% van de patiënten met cT2 prostaatkanker bij diagnose jonger dan 70 jaar wordt curatief behandeld. Dit aandeel neemt af tot 70% bij patiënten van 70 tot 80 jaar en 16% bij patiënten van 80 jaar en ouder.
- Ongeveer 37% (n=81) van deze patiënten van 80 jaar en ouder bij diagnose krijgt een hormonale behandeling.

- De meerderheid van patiënten met cT3 prostaatkanker krijgt een combinatie van radiotherapie en hormonale therapie.
- In de groep patiënten van 80 jaar en ouder bij diagnose is een duidelijke afname te zien in het aandeel patiënten dat in opzet curatief behandeld wordt (ongeveer 20%) ten opzichte van de patiënten jonger dan 80 jaar.
- De meeste patiënten van 80 jaar en ouder met een cT3 tumor krijgen een hormonale behandeling.

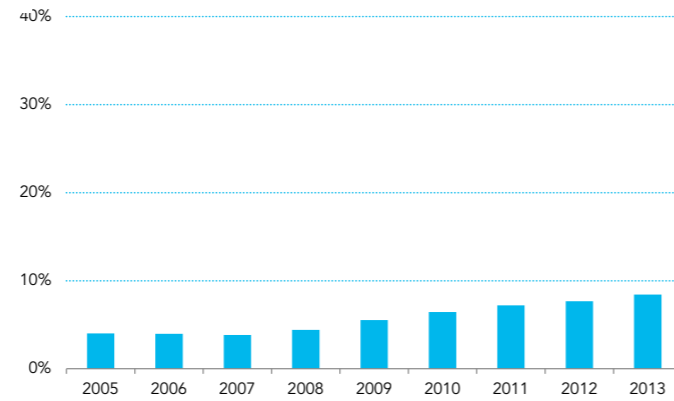
- Conform de richtlijn krijgt de overgrote meerderheid van patiënten met cT4 of N+ of M+ prostaatkanker hormonale therapie. Met name bij de jongere patiënten wordt deze therapie deels gecombineerd met radiotherapie.

- Het resectiepercentage neemt af met een toenemende leeftijd en met een toenemend aantal soorten comorbiditeit (zie volgend figuur).

behandeling (vervolg)



resectiepercentage (prostatectomie) van patiënten met prostaatkanker en aantal soorten comorbiditeit in 2011-2013, gediagnosticeerd in Zuidoost-Nederland, per leeftijdsgroep (n=4.310)

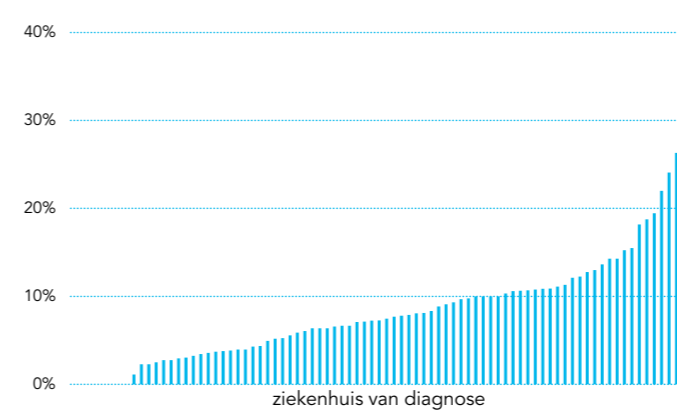


resectiepercentage (prostatectomie) van patiënten met prostaatkanker ≥70 jaar in de periode 2005-2013 (n=44.483)

- Ongeveer 11% (n=409) van de 70- tot 80-jarige patiënten krijgt een prostatectomie als primaire behandeling. Dit percentage varieert van 16% bij patiënten zonder comorbiditeit tot 7% bij patiënten met 2 of meer soorten comorbiditeit.

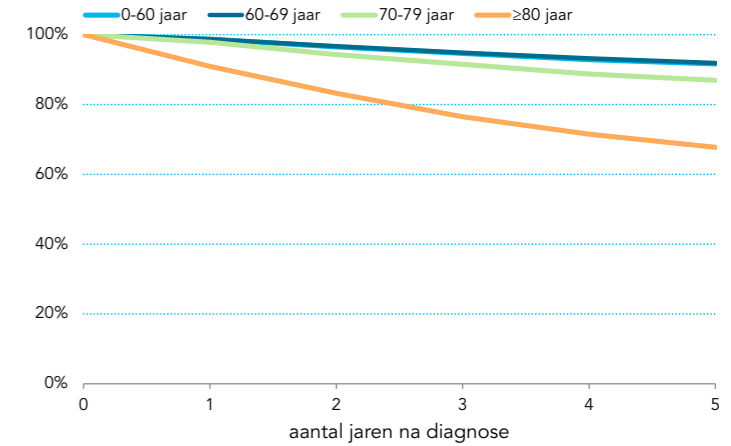
- Het percentage patiënten van 70 jaar of ouder bij diagnose dat een prostatectomie krijgt, is in de loop van de tijd toegenomen van 4% in 2005 tot 8,5% in 2013.

overleving



resectiepercentage (prostatectomie) van patiënten met prostaatkanker ≥70 jaar in 2013, per ziekenhuis van diagnose (n=4.659)

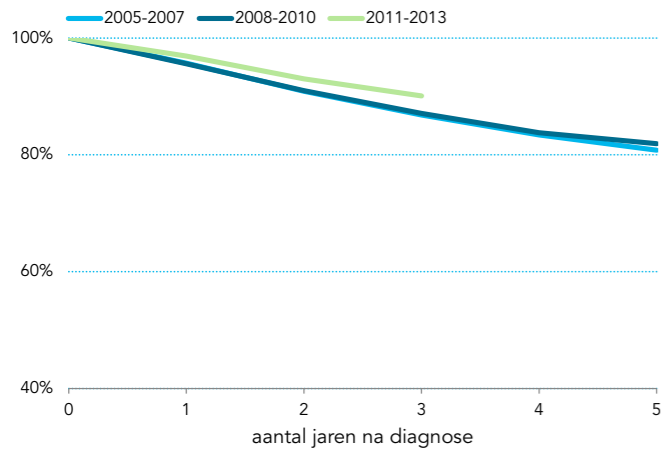
- Het resectiepercentage bij patiënten van 70 jaar of ouder varieert van 0 tot 26% per ziekenhuis van diagnose. Dit betekent dat de kans dat een patiënt van 70 jaar of ouder geopereerd wordt, varieert van 0 tot 26%, afhankelijk van het ziekenhuis waar de diagnose wordt gesteld. Dit ziekenhuis hoeft niet het ziekenhuis te zijn waar de prostatectomie daadwerkelijk plaats vindt.



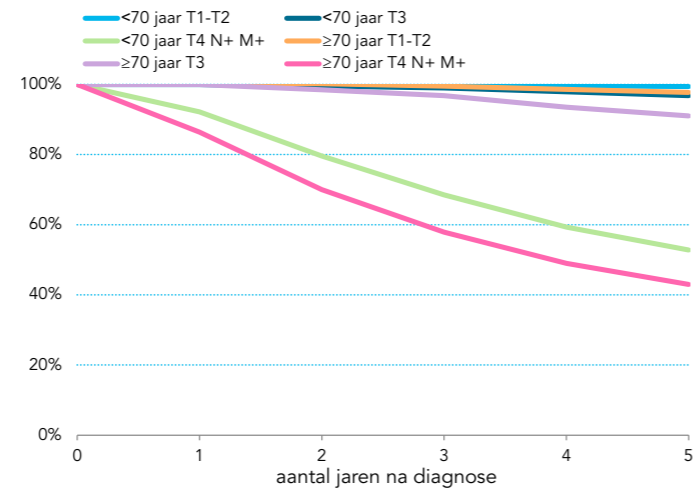
relatieve overleving van patiënten met prostaatkanker in de periode 2005-2013, per leeftijdsgroep (n=93.111)

- De prostaatkankerspecifieke overleving neemt af met een toenemende leeftijd. De 5-jaarsoverleving is 92% voor patiënten die bij diagnose jonger dan 60 jaar of tussen 60 en 70 jaar zijn, 87% voor patiënten van 70 tot 80 jaar en 68% voor patiënten van 80 jaar of ouder.

overleving (vervolg)



relatieve overleving van patiënten met prostaatkanker ≥70 jaar in de periode 2005-2013, per periode van diagnose (n=45.132)



relatieve overleving van patiënten met prostaatkanker in de periode 2005-2013, per leeftijd en per stadium (n=90.517)

- De prostaatkankerspecifieke overleving van patiënten van 70 jaar of ouder is door de tijd heen verbeterd.

- De 5-jaarsoverleving van jongere en oudere patiënten is voor T1-T2 prostaatkanker vergelijkbaar.
- Prostaatkankerpatiënten van 70 of ouder met een T3 tumor hebben een slechtere 5-jaarsoverleving vergeleken met patiënten jonger dan 70 jaar (91% versus 97%).
- De 5-jaarsoverleving van patiënten van 70 jaar en ouder met T4 N+ M+ prostaatkanker is slechter in vergelijking met de patiënten jonger dan 70 jaar (43% versus 53%).

Prostaatkanker is een ziekte die zeer frequent voorkomt bij oudere mannen. Juist bij deze oudere mannen wordt de ziekte vaak in een later stadium ontdekt, wat vooral bij de 80-plussers tot uiting komt in een slechtere overleving. Er zijn drie mogelijke verklaringen voor deze latere diagnosestelling. Oudere mannen raadplegen later de huisarts in vergelijking met jongere mannen (mogelijk pas wanneer er sprake is van urologische of kankergerelateerde klachten), er is minder passieve screening (of actieve screening in onderzoekverband) bij oudere mannen en/of oudere mannen worden (bij hogere PSA-waardes) mogelijk later naar de specialist verwezen dan jongere mannen.

Niet alleen in de diagnostiek, maar ook bij de behandeling, zijn er grote verschillen. Zo ondergaan ouderen minder vaak een prostatectomie, waarbij er overigens grote verschillen zijn tussen ziekenhuizen.

past, wat de behandelkeuze is en welk effect dit heeft op de uitkomst van hun ziekte en hun kwaliteit van leven. Dit levert in de nabije toekomst waardevolle informatie op over de keuze van de behandeling voor de oudere patiënt met prostaatkanker.

conclusies

Desondanks is ook voor oudere patiënten de overleving de laatste jaren verbeterd. Juist bij prostaatkanker is de relatie tussen de verschillende behandelopties en de kwaliteit van leven voor de patiënt van groot belang.

Dankzij financiering van KWF Kankerbestrijding legt IKNL op dit moment in nauwe samenwerking met de Nederlandse Vereniging voor Urologie (NVU), de Nederlandse Vereniging voor Pathologie (NVvP), de Nederlandse Vereniging voor Radiotherapie en Oncologie (NVRO) en de Nederlandse Vereniging voor Radiologie (NVvR) van alle mannen met prostaatkanker in detail vast welke diagnostiek wordt toege-



eierstok kanker

ovariumcarcinoom

drs. M.S. Schuurman, onderzoeker, IKNL

dr. J.E.A. Portielje, internist-oncoloog, HagaZiekenhuis 's-Gravenhage

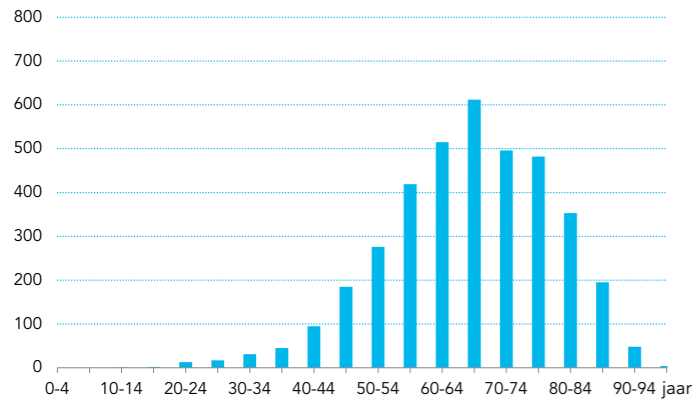
dr. E.M. Roes, gynaecologisch oncoloog, Erasmus MC Rotterdam

prof. dr. R.P.F.M. Kruitwagen, gynaecologisch oncoloog, Maastricht UMC+ Maastricht

dr. M.A. van der Aa, senior onderzoeker, IKNL

dr. N. Ezendam, postdoc, IKNL

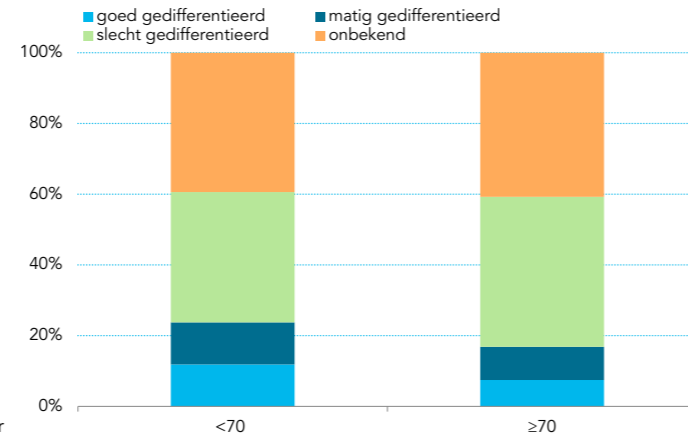
incidentie



aantal nieuwe patiënten met een ovariumcarcinoom in 2011-2013, per leeftijdsgroep (n=3.764)

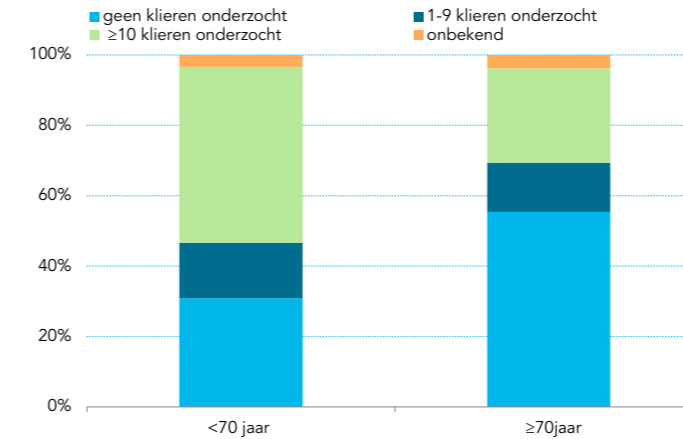
- Ovariumcarcinoom wordt het meest gediagnosticeerd bij patiënten tussen 65 en 69 jaar.
- Meer dan 40% van de patiënten is 70 jaar en ouder bij diagnose.

diagnostiek



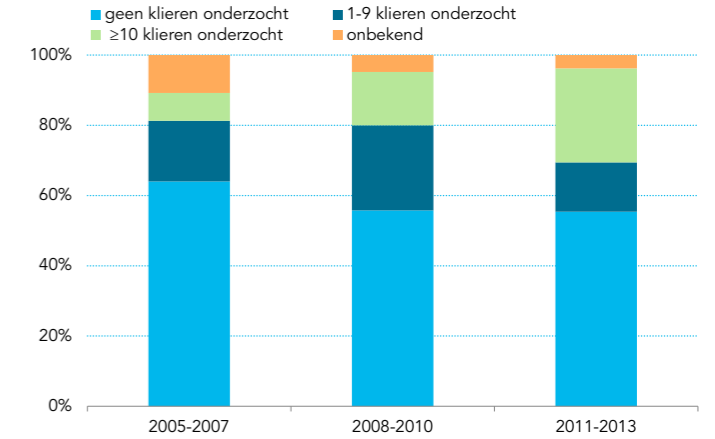
differentiatiegraad van geopereerde patiënten met een ovariumcarcinoom in 2011-2013, per leeftijdsgroep (n=2.785)

- Het percentage slecht gedifferentieerde tumoren ligt hoger bij vrouwen van 70 jaar en ouder.



aantal onderzochte lymfeklieren bij geopereerde patiënten met een (klinisch) laag stadium ovariumcarcinoom in 2011-2013, per leeftijdsgroep (n=688)

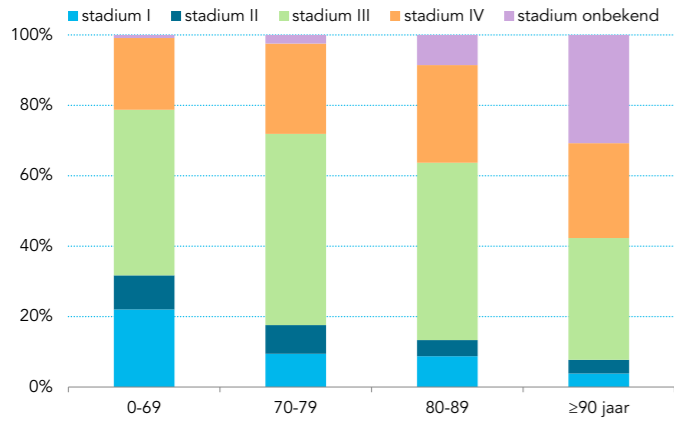
- Bij vrouwen van 70 jaar en ouder worden minder vaak klieren onderzocht.



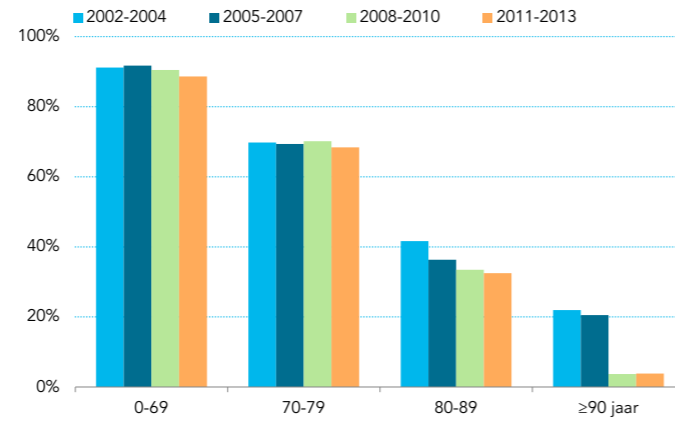
aantal onderzochte lymfeklieren bij geopereerde patiënten ≥70 jaar met een (klinisch) laag stadium ovariumcarcinoom, per periode van diagnose (n=461)

- Het percentage patiënten van 70 jaar en ouder bij wie 10 of meer klieren zijn onderzocht, stijgt over de tijd.
- Het percentage patiënten bij wie geen lymfeklieren zijn onderzocht, daalt van 2005-2007 en 2008-2010 en blijft daarna constant.

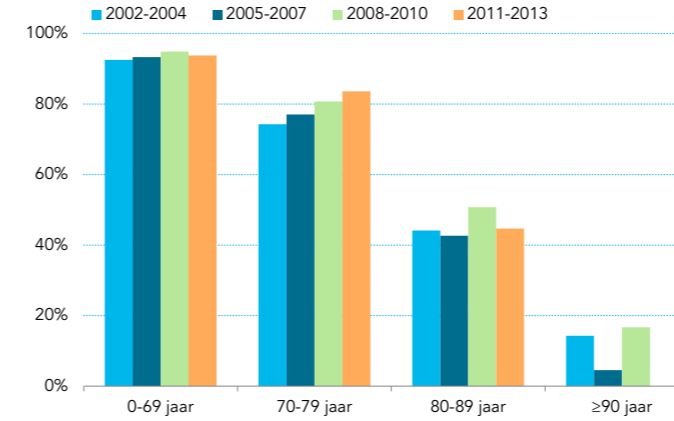
stadiumverdeling behandeling



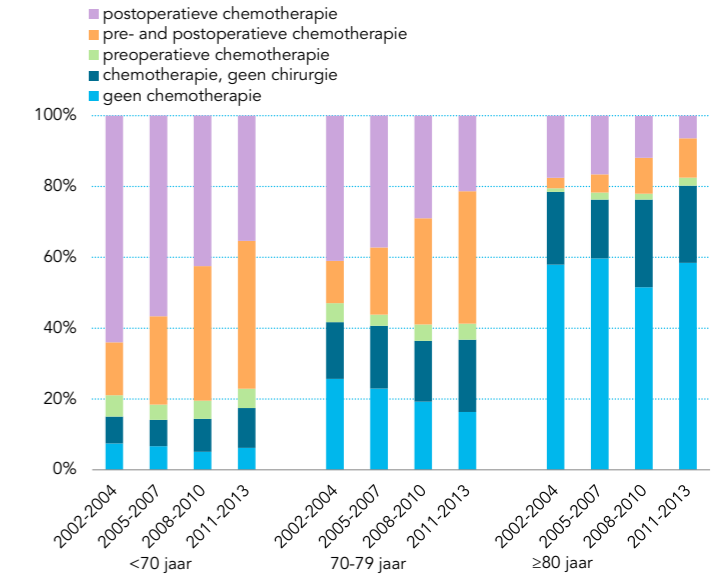
FIGO-stadiumverdeling van patiënten met een ovariumcarcinoom in 2011-2013, per leeftijdsgroep (n=3.764)



percentage chirurgie bij vrouwen met een ovariumcarcinoom, per leeftijdsgroep en periode van diagnose (n=14.321)



percentage chemotherapie bij patiënten met een hoog stadium ovariumcarcinoom (FIGO IIB-IV), per leeftijdsgroep en periode van diagnose (n=10.361)



(type) chemotherapie bij patiënten met een hoog stadium ovariumcarcinoom (FIGO IIB-IV), per leeftijdsgroep en periode van diagnose (n=10.361)

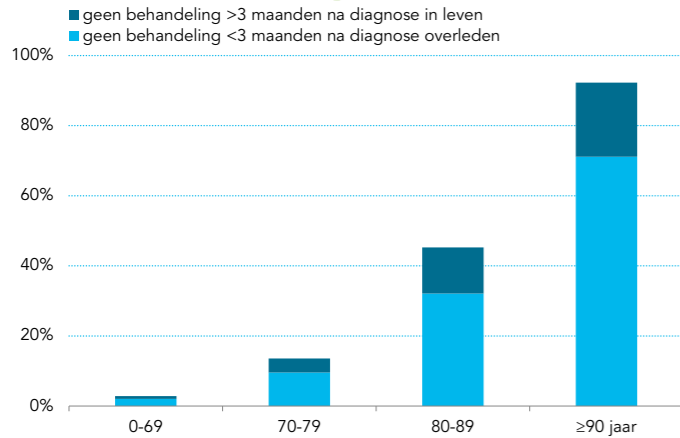
- Het percentage vrouwen met een FIGO I tumor (Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique) neemt af met een toenemende leeftijd: 22% bij vrouwen jonger dan 70 jaar en 4% bij vrouwen van 90 jaar en ouder.
- De percentages FIGO stadium IV en onbekend stijgen met een toenemende leeftijd.

- Het percentage vrouwen bij wie chirurgie onderdeel van de behandeling is, daalt met een stijgende leeftijd.
- Het percentage vrouwen van 80 jaar en ouder met een ovariumcarcinoom dat geopereerd is, daalt over de tijd.

- Het percentage patiënten met een hoog stadium ovariumcarcinoom dat chemotherapie krijgt, daalt met een toenemende leeftijd.
- Het percentage patiënten in de leeftijdsgroep van 70 tot 79 jaar dat chemotherapie krijgt, stijgt over de tijd.

- De toepassing van chemotherapie daalt met het toenemen van de leeftijd.
- Het percentage vrouwen dat is behandeld met pre- en postoperatieve chemotherapie stijgt in alle leeftijdsgroepen.

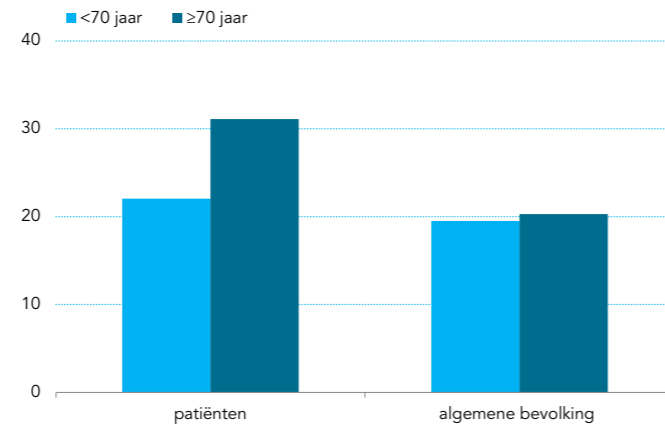
behandeling (vervolg)



percentage behandeling van patiënten met een ovariumcarcinoom in 2011-2013, per leeftijdsgroep (n=3.764)

- Het percentage vrouwen dat geen primaire therapie krijgt, loopt sterk op met een toenemende leeftijd.
- 92% van de vrouwen van 90 jaar en ouder met een ovariumcarcinoom krijgt geen primaire therapie.
- De meerderheid van de vrouwen die geen primaire therapie krijgt, overlijdt binnen 3 maanden na de diagnose.

kwaliteit van leven*

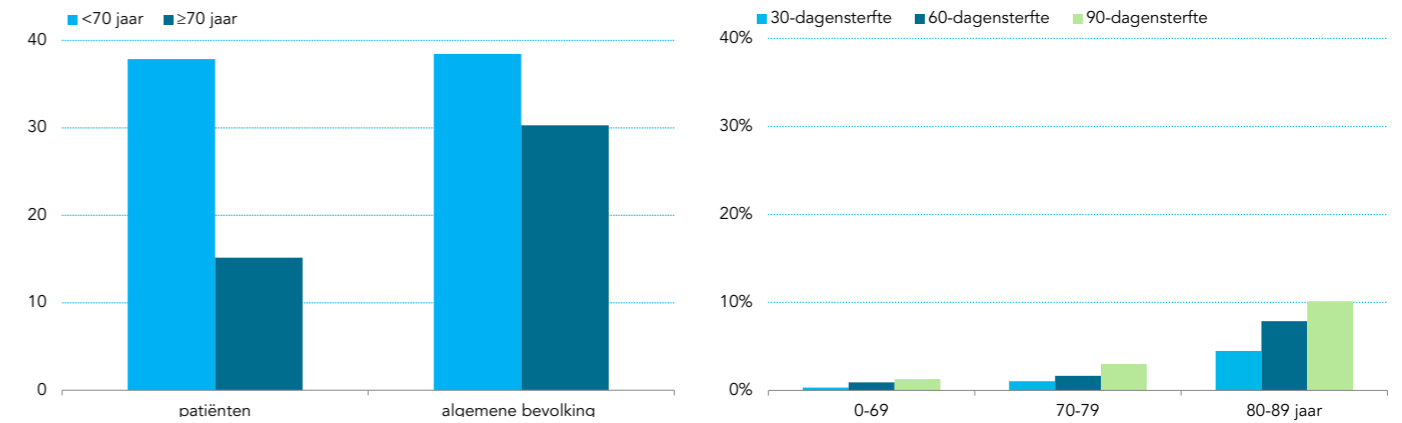


vermoeidheidsklachten bij patiënten na een ovariumcarcinoom in 2012, per leeftijdsgroep (n=191) en in de algemene bevolking (n=249) (hoe hoger de score hoe hoger de score op vermoeidheidsklachten)

- Vermoeidheidsklachten na ovariumcarcinoom komen vaker voor bij vrouwen van 70 jaar en ouder dan bij vrouwen jonger dan 70 jaar. Bij vrouwen uit de algemene populatie die vergelijkbaar zijn qua leeftijd en opleiding is er geen verschil tussen de leeftijdsgroepen.

*De gegevens over de kwaliteit van leven zijn verzameld in een cross-sectionele population-based vragenlijststudie met behulp van PROFIEL (www.profielstudie.nl). In 2012 is een vragenlijst gestuurd naar 346 vrouwen in Zuid-Nederland, die tussen 2000 en 2010 zijn gediagnosticeerd met ovariumkanker. In totaal hebben 191 vrouwen de vragenlijst teruggestuurd. Deze vrouwen zijn op geslacht, leeftijd en opleidingsniveau gematcht met een normbestand uit de algemene bevolking (n=249).

postoperatieve sterfte

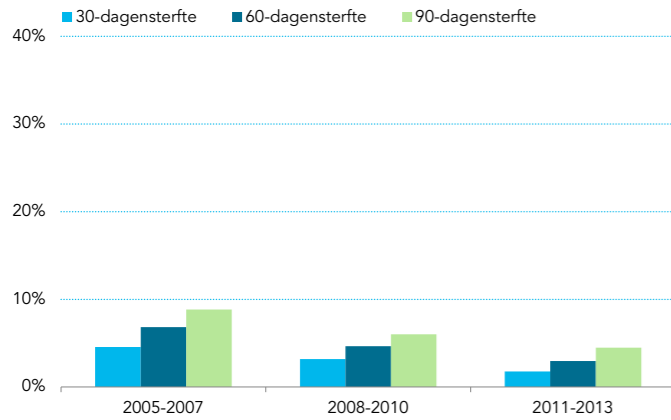


postoperatieve sterfte van vrouwen met een ovariumcarcinoom in 2011-2013, per leeftijdsgroep (n=2.769)

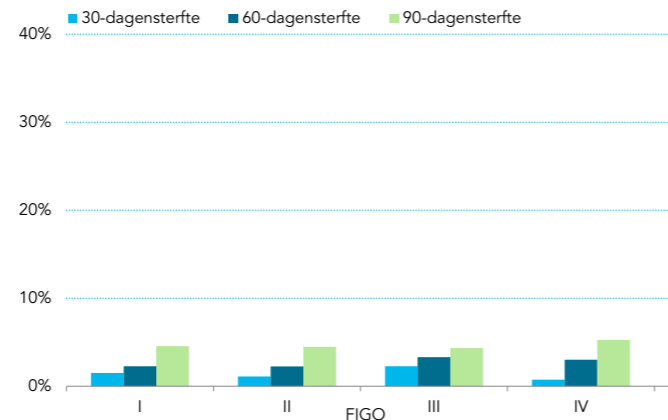
- Verlies van eetlust na een ovariumcarcinoom komt vaker voor bij vrouwen van 70 jaar en ouder dan bij vrouwen jonger dan 70 jaar. Het verschil tussen beide leeftijdsgroepen is significant groter dan bij vrouwen met een vergelijkbare leeftijd en opleiding uit de algemene bevolking.

- De postoperatieve sterfte stijgt met de leeftijd, vooral vanaf 80 jaar.

postoperatieve sterfte (vervolg)



postoperatieve sterfte van vrouwen ≥ 70 jaar met een ovariumcarcinoom, per periode van diagnose (n=2.358)

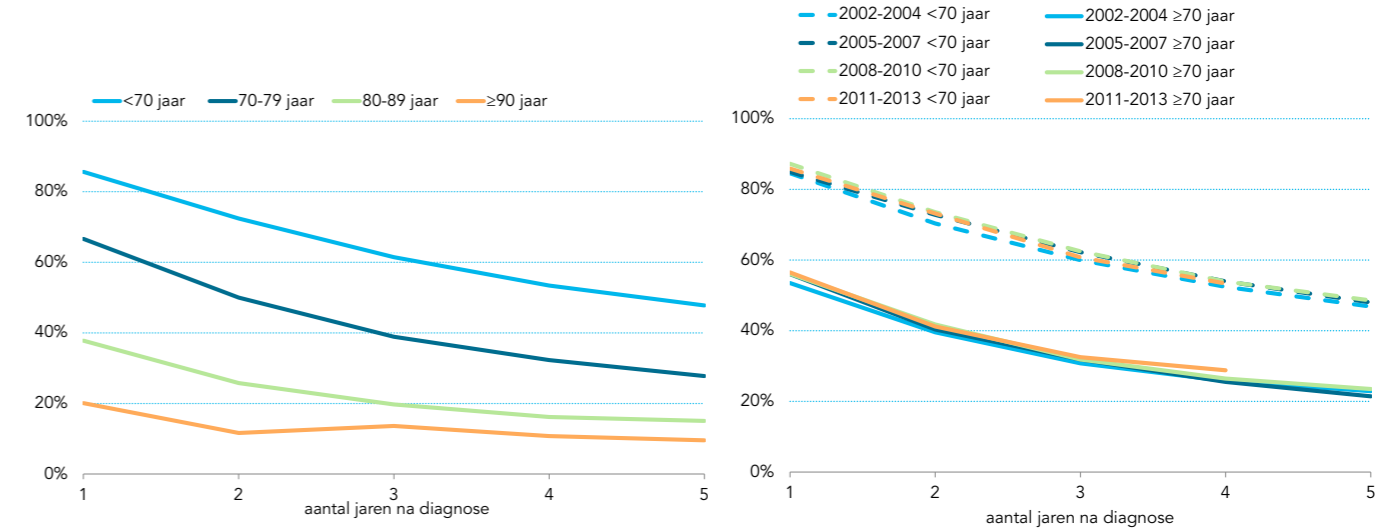


postoperatieve sterfte bij vrouwen ≥ 70 jaar met een ovariumcarcinoom in 2011-2013, per FIGO-stadium (n=843)

- De postoperatieve sterfte daalt over de tijd.

- De 60- en 90-dagen postoperatieve sterfte verschilt niet voor de verschillende FIGO-stadia.
- De 30-dagensterfte ligt bij FIGO stadium III hoger en bij FIGO stadium IV iets lager dan bij de overige stadia.

overleving



relatieve overleving van patiënten met een ovariumcarcinoom in de periode 2002-2013, per leeftijdsgroep (n=14.306)

relatieve overleving van patiënten met een ovariumcarcinoom, per leeftijdsgroep en periode van diagnose (n=14.306)

- De overleving van vrouwen met een ovariumcarcinoom daalt sterk met een toenemende leeftijd.

- Oudere patiënten hebben een aanzienlijk slechtere overleving dan de jongere patiënten.
- De relatieve 5-jaarsoverleving bedraagt 48% voor vrouwen jonger dan 70 jaar en 23% voor vrouwen van 70 jaar of ouder.
- De relatieve 5-jaarsoverleving is niet verbeterd in het afgelopen decennium.

Meer dan 40% van alle vrouwen met een ovariumcarcinoom is 70 jaar of ouder bij diagnose en in de toekomst zal dit aandeel verder toenemen. Oudere patiënten hebben vaker ongunstige prognostische factoren zoals een hoger FIGO-stadium bij de diagnose en een slecht gedifferentieerde tumor. Tevens wordt er bij de oudere patiënten vaker een stadium onbekend of onbekende differentiatiegraad afgegeven. Dit weerspiegelt de minder intensieve diagnostiek en behandeling bij oudere patiënten in vergelijking tot de jongere groep.

Circa een kwart van de patiënten van 70 jaar en ouder krijgt geen primaire behandeling, dat wil zeggen dat er afgezien wordt van chirurgie en/of chemotherapie en er ook geen andere behandelingen worden geboden met uitzondering van eventueel ondersteunende behandelingen. Hoewel volgens de richtlijn de standaardbehandeling voor een hoog stadium ovariumcarcinoom bestaat uit primaire debulking gevolgd door chemotherapie, heeft het afgelo-

• → conclusies

pen decennium een verschuiving plaatsgevonden richting neoadjuvante chemotherapie gevolgd door intervaldebulking. Deze laatste behandeling gaat gepaard met minder postoperatieve morbiditeit en mortaliteit en wordt vooral beschouwd als behandelmogelijkheid voor patiënten bij wie geen optimale debulking kan worden bereikt of voor oudere patiënten.

De verschuiving verklaart mogelijk de toename van chemotherapie bij vrouwen van 70 tot 79 jaar. Zowel het aandeel patiënten dat alleen chemotherapie krijgt als het aandeel patiënten dat behandeld wordt met zowel chirurgie als chemotherapie is licht gestegen. Mogelijk wordt door de

opkomst van neoadjuvante chemotherapie met intervaldebulking bij deze groep eerder besloten te behandelen met chemotherapie.

Bij patiënten ouder dan 80 jaar wordt dit niet teruggezien. Het dalende aantal patiënten ouder dan 80 jaar dat wordt geopereerd, kan duiden op een verbeterde selectie van patiënten die voor chirurgie in aanmerking komen. Dit wordt ondersteund door de daling in postoperatieve mortaliteit bij ouderen over de tijd. Andere verklaringen voor een lagere postoperatieve mortaliteit kunnen verbeteringen in de perioperatieve zorg zijn en het vaker toepassen van neoadjuvante chemotherapie gevolgd door intervaldebulking in plaats van primaire debulking.

Ondanks deze ontwikkelingen is de overleving van ouderen met een ovariumcarcinoom de laatste jaren niet toegenomen en is de 5-jaarsoverleving van patiënten van 70 jaar en ouder slechts de helft van patiënten jonger dan 70 jaar.



baar- moeder kanker

endometriumcarcinoom

drs. M.S. Schuurman, onderzoeker, IKNL

dr. F.P. Peters, radiotherapeut-oncoloog, Leids Universitair Medisch Centrum Leiden

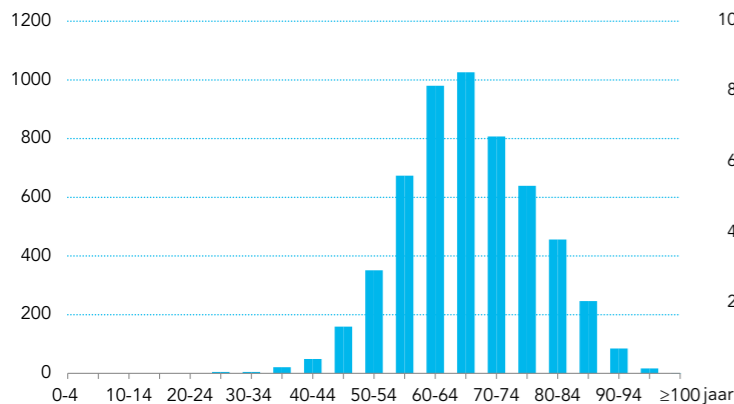
dr. W.J. van Driel, gynaecologisch oncoloog, Antoni van Leeuwenhoek Amsterdam

prof. dr. H.W. Nijman, gynaecologisch oncoloog,

Universitair Medisch Centrum Groningen

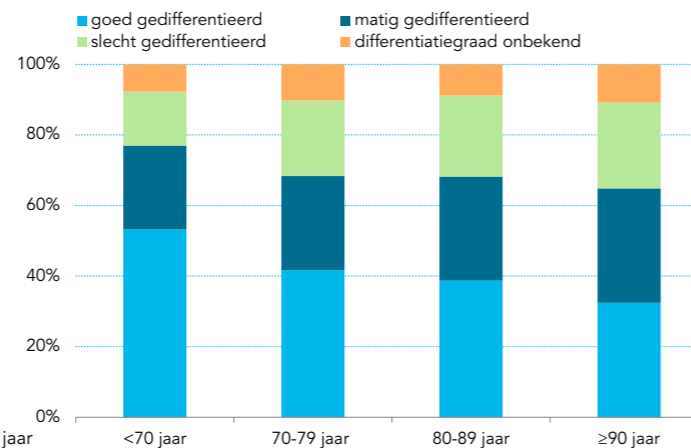
dr. M.A. van der Aa, senior onderzoeker, IKNL

incidentie

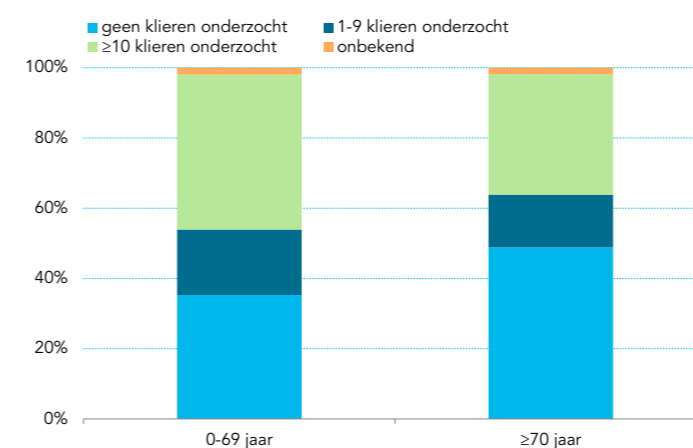


aantal nieuwe patiënten met een endometriumcarcinoom 2011-2013, per leeftijdsgroep (n=5.521)

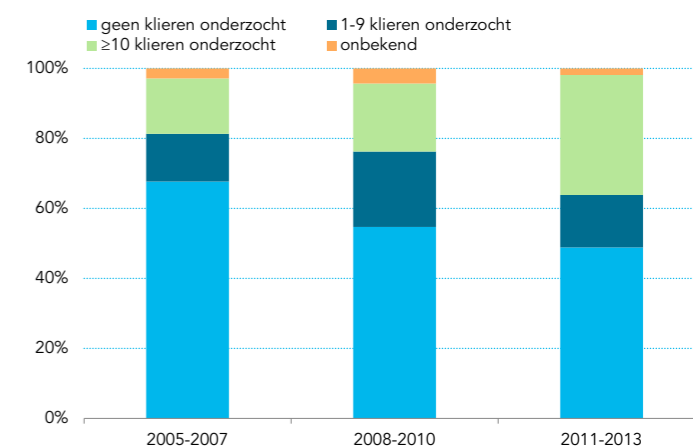
diagnostiek



differentiatiegraad in 2011-2013, per leeftijdsgroep (n=5.048)



aantal onderzochte lymfeklieren bij vrouwen met een endometriumcarcinoom (serous en clear cell type) in 2011-2013, per leeftijdsgroep (n=417)



aantal onderzochte lymfeklieren bij vrouwen ≥70 jaar met een endometriumcarcinoom (serous of clear cell type), per periode van diagnose (n=491)

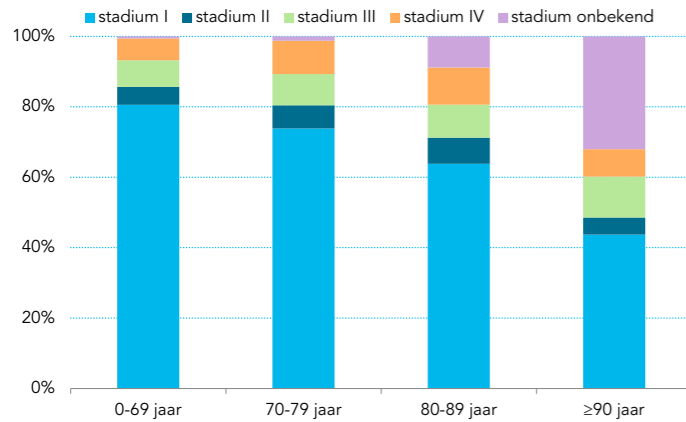
- Endometriumcarcinoom wordt het vaakst gediagnosticeerd bij vrouwen tussen 60 en 69 jaar.
- 40% van de patiënten is ouder dan 70 jaar bij diagnose.

- Het percentage geopereerde vrouwen met een goed gedifferentieerde tumor daalt met een toenemende leeftijd.

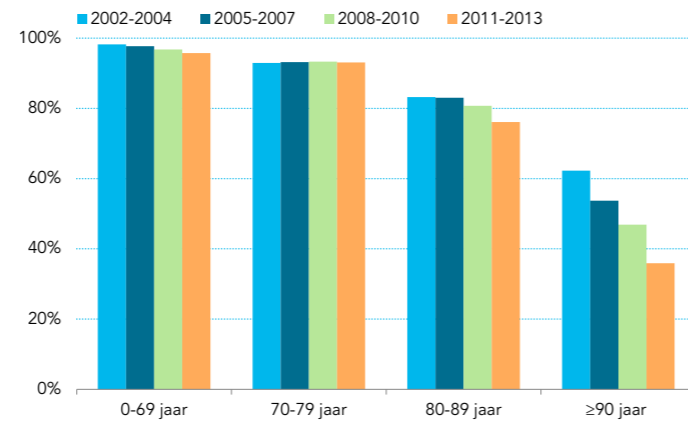
- Bij vrouwen van 70 jaar en ouder met een endometriumcarcinoom (serous of clear cell type) worden minder vaak lymfeklieren onderzocht (49% bij vrouwen vanaf 70 jaar versus 63% bij vrouwen jonger dan 70 jaar).

- Het percentage vrouwen bij wie 10 of meer klieren zijn onderzocht, is toegenomen in de loop van de tijd (van 15% naar 34%).

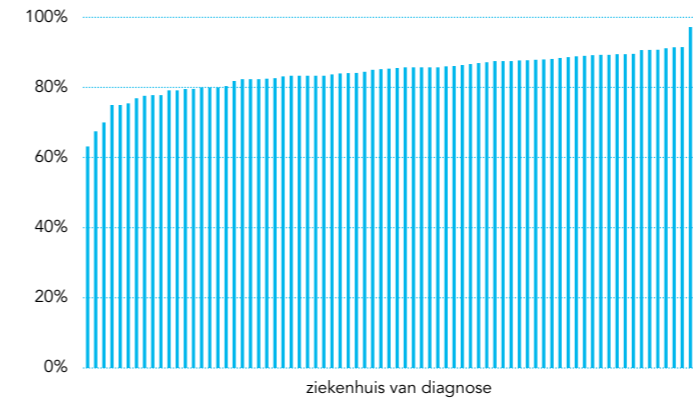
stadiumverdeling behandeling



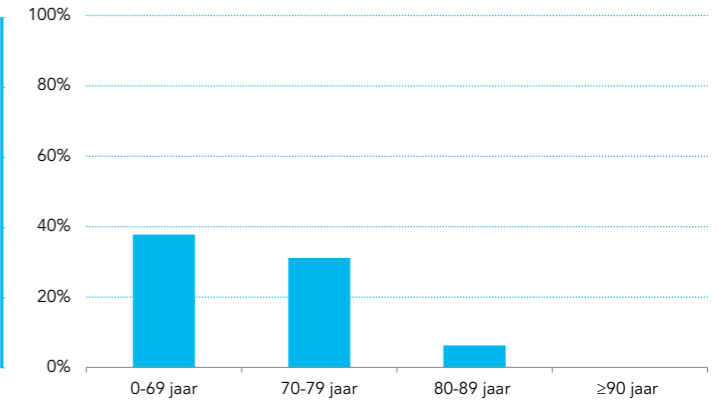
FIGO-stadiumverdeling van patiënten met een endometriumcarcinoom in 2011-2013, per leeftijdsgroep (n=5.521)



percentage chirurgie bij vrouwen met een endometriumcarcinoom per periode van diagnose, per leeftijdsgroep (n=20.375)



percentage chirurgie bij vrouwen met een endometriumcarcinoom ≥70 jaar in 2009-2013, per ziekenhuis van diagnose (n=3.722)



percentage behandelingen met chemotherapie bij patiënten met FIGO-stadium II-IV endometriumcarcinomen in 2011-2013, per leeftijdsgroep (n=1.194)

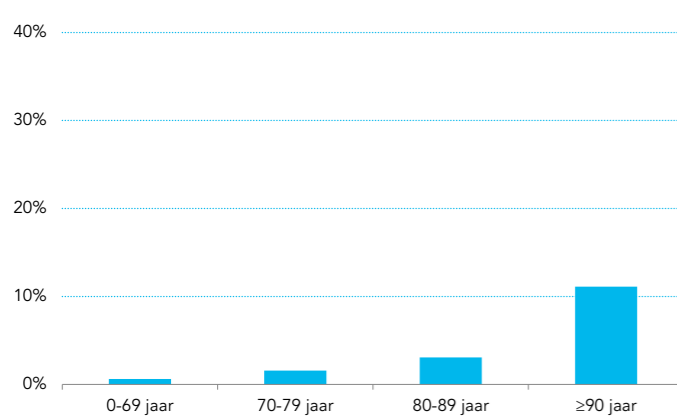
- Het percentage vrouwen met een laag stadium endometriumcarcinoom daalt bij een toenemende leeftijd, terwijl het percentage met een onbekend stadium stijgt met de leeftijd. Bij vrouwen van 90 jaar en ouder heeft 32% een onbekend FIGO-stadium (Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique: FIGO). Bij oudere patiënten wordt er vaker afgezien van complete staging.

- Het percentage vrouwen met een endometriumcarcinoom van 80 jaar en ouder die worden geopereerd (hysterectomie), is afgenomen in de loop van de tijd.
- 96% van de vrouwen onder de 70 jaar met een endometriumcarcinoom krijgt een hysterectomie, bij vrouwen van 90 jaar en ouder is dit slechts 36%.

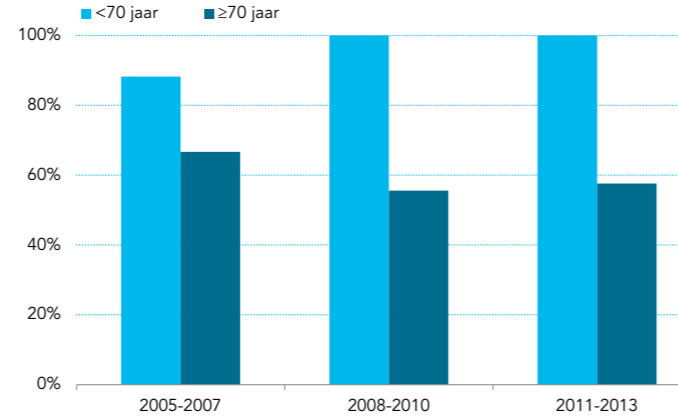
- In totaal wordt 86% van de vrouwen met een endometriumcarcinoom van 70 jaar of ouder geopereerd.
- Het percentage vrouwen ouder dan 70 jaar met een endometriumcarcinoom dat wordt geopereerd, varieert van 63% tot 100% voor de verschillende ziekenhuizen.

- Het percentage patiënten met FIGO-stadium II-IV endometriumcarcinomen dat wordt behandeld met chemotherapie, neemt af met het toenemen van de leeftijd.
- Patiënten ouder dan 90 jaar krijgen geen chemotherapie (n=25).

behandeling (vervolg)



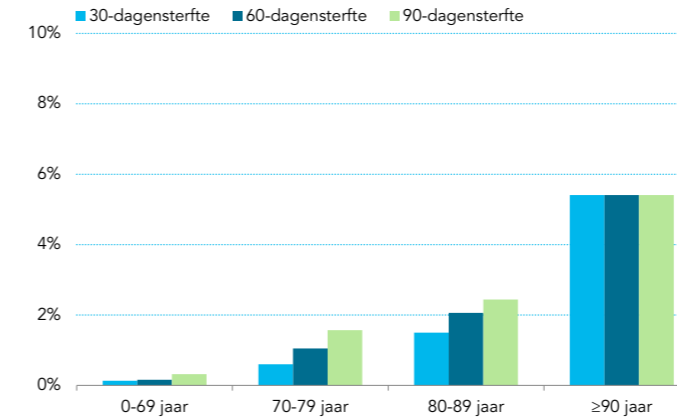
percentage hormonale therapie bij vrouwen met een endometriumcarcinoom in 2011-2013, per leeftijdsgroep (n=5.521)



percentage adjuvante (radio- of chemo)therapie bij vrouwen met een endometriumcarcinoom (sereus of clear cell type) en positieve lymfeklieren, per leeftijdsgroep en periode van diagnose (n=143)

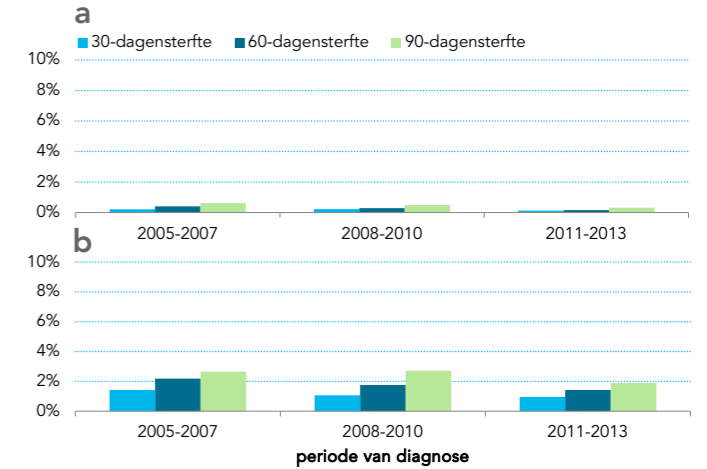
- Het percentage vrouwen met een endometriumcarcinoom dat behandeld wordt met hormonale therapie, stijgt met het toenemen van de leeftijd.
- Bij vrouwen van 70 jaar en ouder met positieve lymfeklieren stijgt het percentage dat adjuvante therapie krijgt niet in de loop van de jaren.
- 58% van de oudere vrouwen krijgt adjuvante therapie in 2011-2013, terwijl vanaf 2008 alle vrouwen jonger dan 70 jaar adjuvante therapie krijgen.

postoperatieve sterfte



postoperatieve sterfte bij vrouwen met een endometriumcarcinoom in 2011-2013, per leeftijdsgroep (n=5.003)

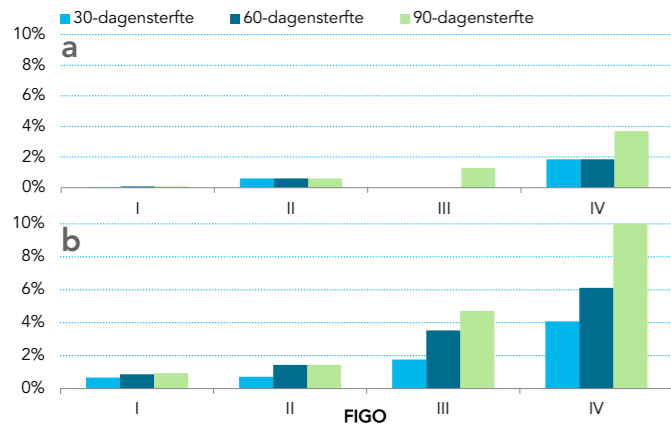
- De postoperatieve sterfte is laag bij vrouwen jonger dan 70 jaar maar loopt op met het toenemen van de leeftijd.



a: <70 jaar (n=9.099)
b: >70 jaar (n=5.478)
postoperatieve sterfte bij vrouwen met een endometriumcarcinoom, per periode van diagnose

- In de meest recente periode (2011-2013) is de 30-, 60- en 90-dagensterfte het laagst.
- De postoperatieve sterfte is gedurende alle perioden laag en de verschillen over de perioden zijn klein.

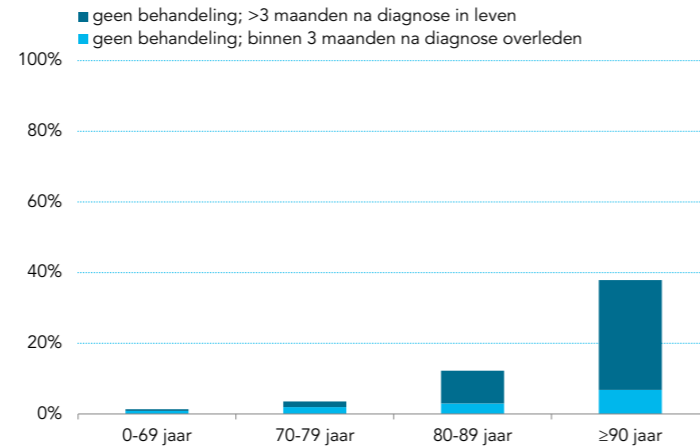
postoperatieve sterfte (vervolg)



a: <70 jaar (n=3.094); b: ≥70 jaar (n=1.900)
postoperatieve sterfte bij vrouwen met een endometriumcarcinoom 2011-2013, per FIGO-stadium

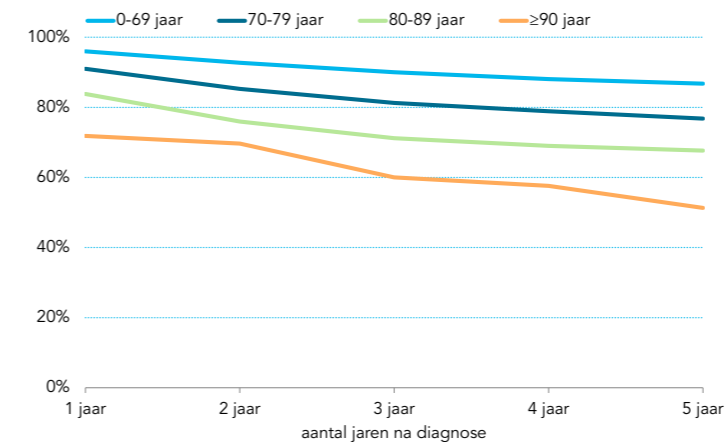
- De postoperatieve sterfte stijgt met een oplopend FIGO-stadium.

overleving



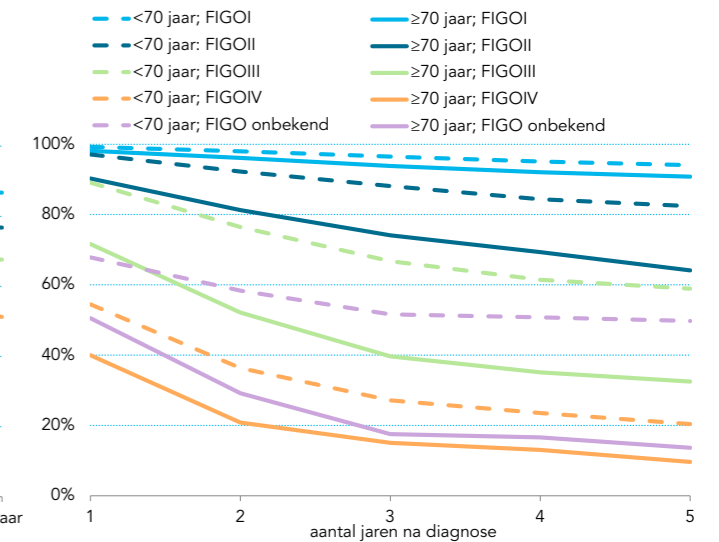
percentage patiënten met een endometriumcarcinoom zonder primaire behandeling in 2011-2013, per leeftijdsgroep (n=5.521)

- Het percentage vrouwen met een endometriumcarcinoom dat niet geopereerd wordt, neemt toe met de leeftijd; van de vrouwen van 90 jaar en ouder krijgt 38% geen primaire behandeling terwijl vrijwel alle vrouwen onder de 70 wordt behandeld.
- Van de vrouwen van 90 jaar en ouder die geen behandeling krijgen, is de meerderheid 3 maanden na de diagnose nog in leven. 7% van de vrouwen ouder dan 90 jaar krijgt geen behandeling en is binnen 3 maanden na diagnose overleden.



relatieve overleving van vrouwen met een endometriumcarcinoom in de periode 2002-2013, per leeftijdsgroep (n=20.382)

- De relatieve overleving daalt met een toenemende leeftijd.
- Relatieve 5-jaarsoverleving is 87% voor vrouwen jonger dan 70 jaar en 51% voor vrouwen van 90 jaar en ouder



relatieve overleving van vrouwen met een endometriumcarcinoom in de periode 2002-2013, per FIGO-stadium (n=20.382)

- De relatieve 5-jaarsoverleving is 91% voor vrouwen met een FIGO-stadium I en 10% voor vrouwen met een FIGO-stadium IV.
- Bij een FIGO-stadium II en hoger en een onbekend stadium zitten er grote verschillen in overleving tussen vrouwen tot 70 jaar en vrouwen van 70 jaar en ouder.
- De overleving van vrouwen van 70 jaar en ouder met een endometriumcarcinoom is niet veranderd sinds 2002 (figuur niet opgenomen).
- Het verschil in overleving tussen vrouwen jonger dan 70 jaar en vrouwen van 70 jaar en ouder met een endometriumcarcinoom is niet kleiner geworden over de jaren (figuur niet opgenomen).

Endometriumcarcinoom is de meest voorkomende gynaecologische maligniteit. 40% van de patiënten is ouder dan 70 jaar bij de diagnose endometriumcarcinoom. Het kent een relatief gunstige prognose doordat het meestal in een vroeg stadium wordt vastgesteld. Naast stadium zijn differentiatiegraad, diepte-invasie en histologisch subtype belangrijke prognostische factoren. De slechtere prognose van oudere patiënten kan onder meer worden verklaard doordat zij vaker een hoog stadium, hoge differentiatiegraad en meer non-endometrioïde tumoren hebben.

Er zijn verschillen waarneembaar tussen jongere en oudere patiënten in behandeling, die vooral zichtbaar worden vanaf 80-jarige leeftijd. Oudere patiënten krijgen minder vaak een chirurgische behandeling en/of adjuvante therapie. Daarentegen wordt er wel vaker hormonale therapie voorgeschreven als (adjuvante) behandeling. Het aandeel patiënten van 80 jaar en ouder dat wordt behandeld met chirurgie is gedaald. Wel worden er bij oudere

• .> conclusies

vrouwen met een hoog risicoprofiel (sereus of clear cell type) vaker klieren onderzocht in de loop van de tijd.

Er is sprake van variatie tussen de ziekenhuizen in het percentage oudere patiënten met chirurgische behandeling. Mogelijk verschilt het beleid voor de oudere patiënten tussen de ziekenhuizen, maar ook casemixverschillen en toevalsvariatie zullen een rol spelen.

De postoperatieve mortaliteit voor endometriumcarcinoom is laag. Oudere leeftijd in combinatie met een hoog stadium endometriumcarcinoom geeft het hoogste risico op postoperatief overlijden.



Patiënten met een **primair onbekende maligniteit** (PTO) zijn geen zeldzaamheid. Ongeveer 2,5% van het totaal aantal nieuwe patiënten per jaar heeft een maligniteit waarvan de primaire tumor onbekend is. Hiermee is een PTO de op 8 na meest voorkomende vorm van kanker in Nederland. De aantallen hebben betrekking op patiënten bij wie bij de diagnose en de behandeling niet bekend is om welke primaire kanker het gaat en er zelfs geen vermoeden bestaat van een primaire oorzaak (International Classification of Diseases for Oncology (ICD-O) code C80).

primair onbekende maligniteiten

C80

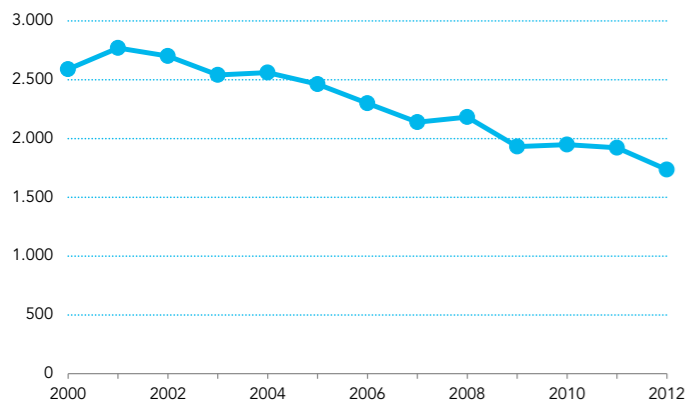
dr. ing. C. Schroten-Loef, onderzoeker, IKNL

dr. A.J. van de Wouw, internist oncoloog, VieCuri Medisch Centrum Venlo

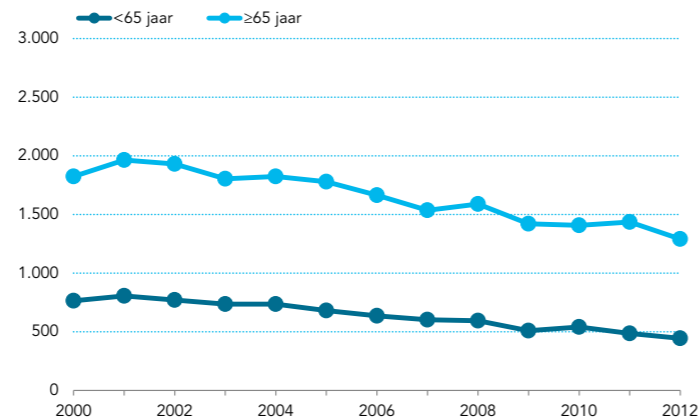
dr. I.H.J.T. de Hingh, chirurg, Catharina Ziekenhuis Eindhoven

prof. dr. H.W.M. van Laarhoven, internist-oncoloog, Academisch Medisch Centrum Amsterdam

incidentie



incidentie van PTO in de periode 2000-2012 (n=29.784)

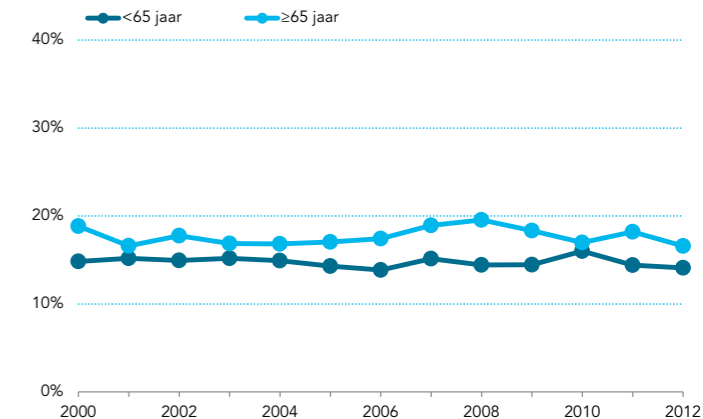


incidentie van PTO in de periode 2000-2012, per leeftijdsgroep, <65 jaar (n= 8.311) en ≥65 jaar (n=21.473)

- Het aantal maligniteiten met een 'primaire tumor onbekend' (PTO) neemt af in de periode 2000-2012, van 2.589 patiënten in 2000 naar 1.736 patiënten in 2012.

- De incidentie is in de periode 2000-2012 voor beide leeftijdsgroepen afgenomen.
- Zowel bij mannen als bij vrouwen komen primair onbekende maligniteiten vaker voor bij patiënten van 65 jaar en ouder dan bij patiënten jonger dan 65 jaar (figuur niet opgenomen).

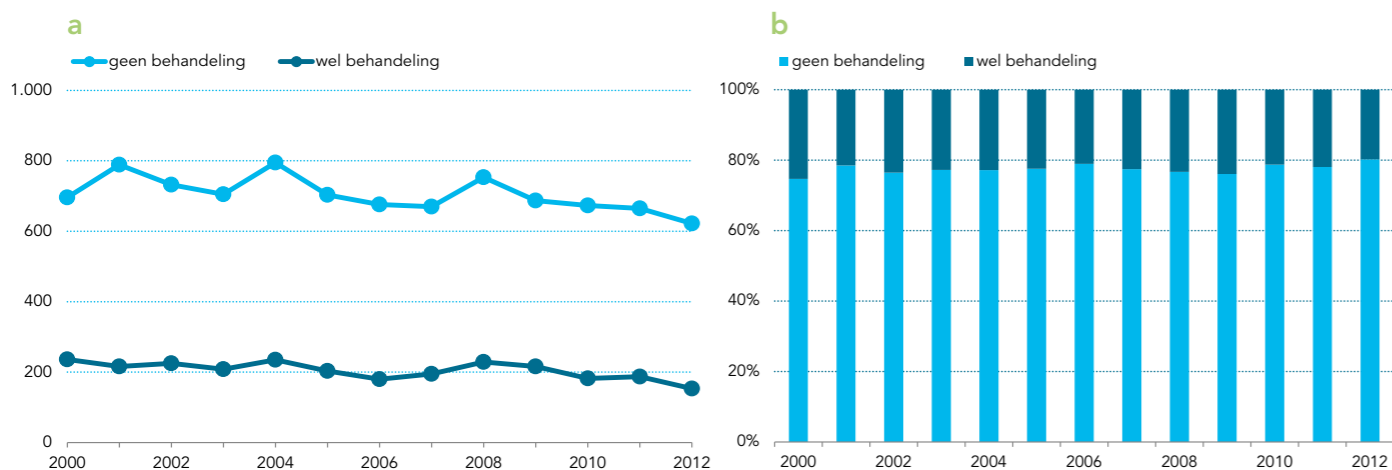
behandeling



percentage behandelde patiënten met PTO in de periode 2000-2012, per leeftijdsgroep (n=29.784)

- Het aantal behandelde patiënten met PTO is laag, waarschijnlijk door het uitblijven van identificatie van de primaire tumor en daardoor het ontbreken van een effectieve behandeling.

behandeling (vervolg)

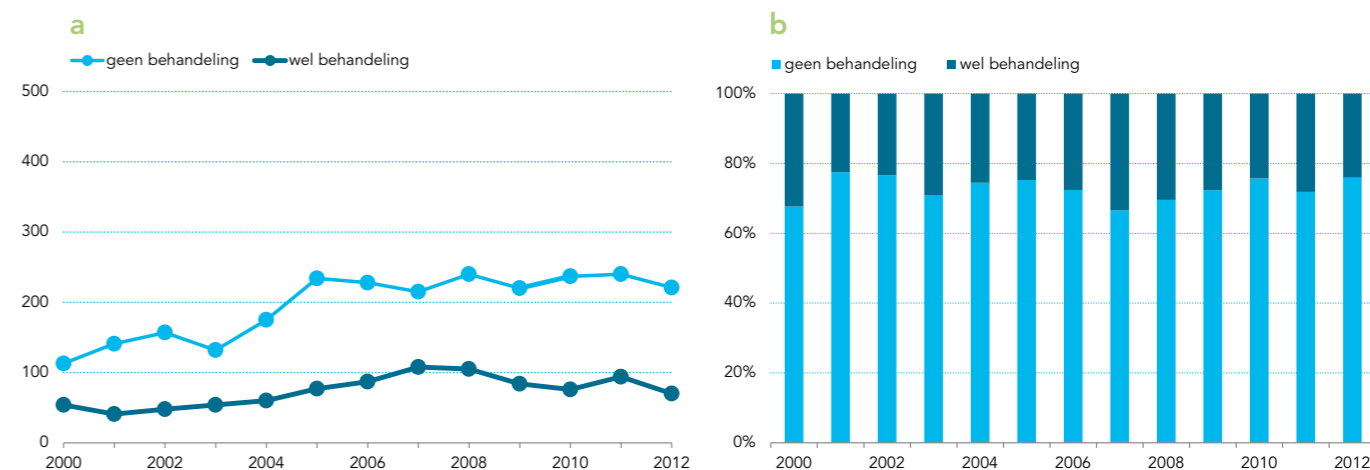


één orgaan aangedaan bij diagnose

aantallen (a) en percentages (b) behandelde patiënten met een PTO ≥ 65 jaar, in de periode 2000-2012 (n=17.560)

- Gemiddeld krijgt 77,5% van de patiënten van 65 jaar of ouder met één metastaselocatie bij diagnose geen behandeling.

NB Tussen 2000 tot 2007 is het niet altijd bekend of patiënten één of meer metastaselocaties hadden. Dit was in die tijd optioneel om te registreren in de NKR. Voor de analyses van het aantal metastasen zijn die patiënten geëxcludeerd bij wie het aantal metastaselocaties niet bekend is. De aantallen zijn bij deze analyses daarom niet 29.784 patiënten maar 24.384 patiënten.

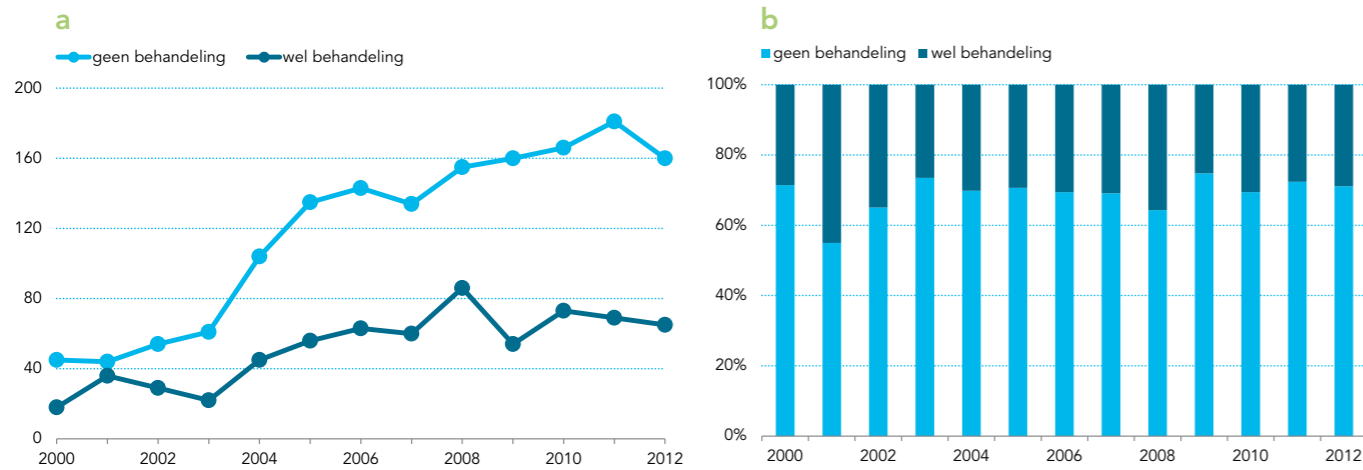


twee organen aangedaan bij diagnose

aantallen (a) en percentages (b) behandelde patiënten met een PTO ≥ 65 jaar in de periode 2000-2012 (n=17.560)

- Gemiddeld krijgt 72,8% van de patiënten van 65 jaar of ouder met twee metastasenlocaties bij diagnose geen behandeling.

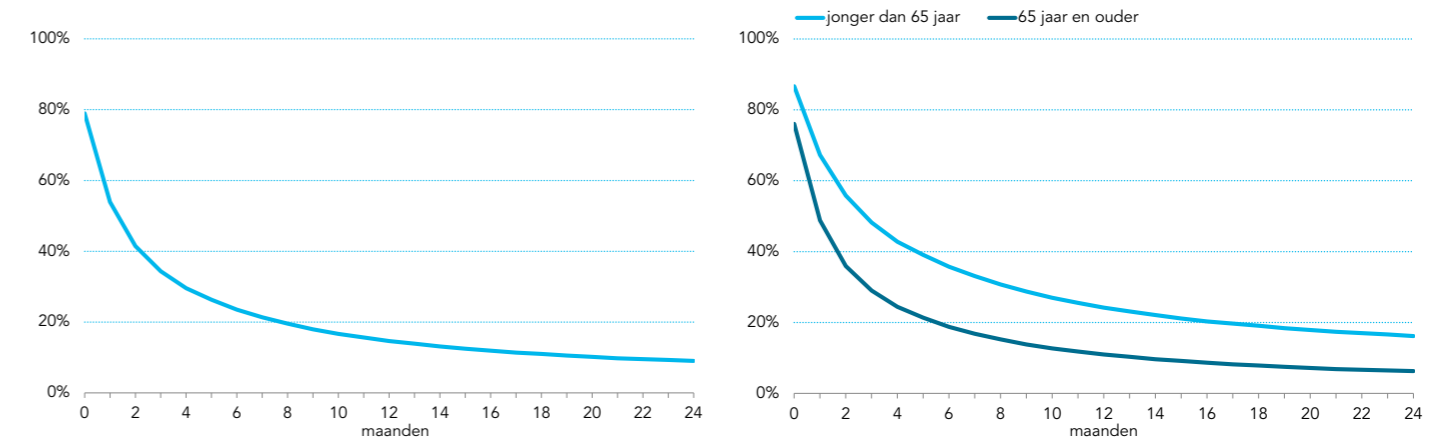
behandeling (vervolg)



drie organen aangedaan bij diagnose
aantallen (a) en percentages (b) behandelde patiënten met een PTO ≥65 jaar in de periode 2000-2012 (n=17.560)

- Gemiddeld krijgt 68,9% van de patiënten van 65 jaar of ouder met drie of meer metastasenlocaties bij diagnose geen behandeling.

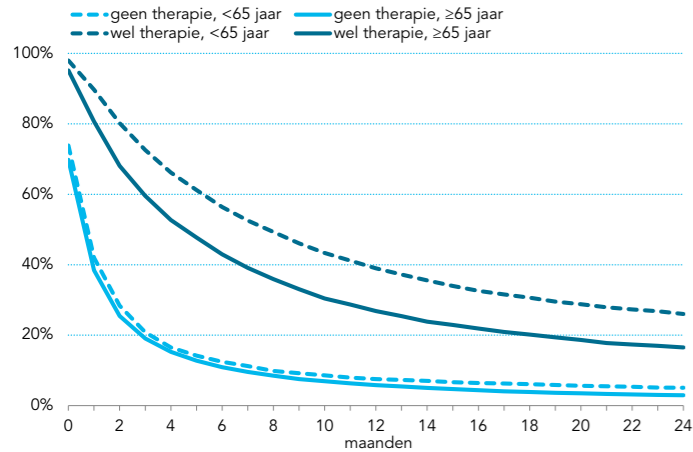
overleving



- In de eerste maand na diagnose overlijdt 37% van de PTO-patiënten.
- De helft van de patiënten is binnen twee maanden na diagnose overleden.
- Slechts 15% van de patiënten is nog in leven een jaar na diagnose.

- PTO-patiënten jonger dan 65 jaar overleven iets langer dan PTO-patiënten van 65 jaar of ouder.

overleving (vervolg)



ruwe overleving van patiënten met een PTO in de periode 2000-2012 per behandeling (wel/niet) en leeftijdsgroep (n=29.784)

- PTO-patiënten die een behandeling krijgen, zowel jonger dan 65 jaar als 65 jaar en ouder, overleven langer dan patiënten die geen therapie krijgen.

Het aantal patiënten met een PTO is in de periode 2000-2012 gedaald. Deze daling is waarschijnlijk het gevolg van verbeterde diagnostiek, waardoor de primaire tumorlocatie steeds vaker uiteindelijk wel wordt gevonden, of dat er een sterk vermoeden is van de primaire tumorlocatie. Indien er een sterk vermoeden is, neemt IKNL deze patiënt op basis van de vermoedelijke primaire tumorlocatie op in de NKR.

In de periode 2000-2012 werden steeds vaker patiënten gezien met meer dan één aangedaan orgaan. Naar verwachting is ook dit een effect van betere diagnostische methoden, waarbij steeds vaker kleinere metastasehaarden opgespoord kunnen worden.

Het aantal patiënten dat een behandeling krijgt, blijft laag. Oudere patiënten worden minder vaak behandeld en overleven nog iets korter dan jongere patiënten met PTO. Dit heeft waarschijnlijk te maken met zowel de conditie van de patiënt, als het gebrek aan effectieve behandelingen.

conclusies

Therapierichtlijnen zijn immers vrijwel allemaal gebaseerd op de primaire tumorlocatie.

bijlage

methode en herkomst gegevens

Gebruik makend van gegevens uit de Nederlandse Kankerregistratie (NKR) zijn in deze rapportage de variatie en trends in incidentie, diagnostiek, behandeling en uitkomst van de zorg voor oudere patiënten met kanker beschreven. Vaak zijn de resultaten vergeleken met de zorg voor de jongere patiënt.

Nederlandse Kankerregistratie (NKR)

De NKR is sinds 1989 een landelijk dekkende database die wordt beheerd door IKNL. Speciaal opgeleide datamanagers verzamelen de gegevens op basis van informatie in de medisch dossiers. IKNL heeft hiervoor toestemming van de ziekenhuizen. De datamanagers registreren de gegevens van alle patiënten met kanker die in een ziekenhuis zijn gediagnosticeerd en/of behandeld en/of waarvan de ziekte door middel van weefselonderzoek is vastgesteld.

De registratie betreft een tumorregistratie, wat betekent dat er van een patiënt meer tumoren in de registratie kunnen voorkomen.

De belangrijkste signaleringsbron voor de diagnoses die zijn gesteld op basis van cytologisch of histologisch materiaal is het Pathologisch-Anatomisch Landelijk Geautomatiseerd Archief (PALGA). Aanvullend daarop vindt signalering plaats via de ontslagdiagnoses in de Landelijke Medische Registratie (LMR, inmiddels overgegaan in Landelijke Basisregistratie Ziekenhuiszorg, LBZ). In recente jaren en in enkele ziekenhuizen die niet participeerden in de LMR, worden DBC-registraties geraadpleegd.

Codering en stadiëring

De standaardset van gegevens die IKNL verzamelt, is gebaseerd op codeersystemen van de Wereldgezondheidsorganisatie (World Health Organisation, WHO) en de International Association of Cancer Registries (IACR), zodat internationale datavergelijking mogelijk is. De lokalisatie en weefseltypering worden gecodeerd met behulp van de International Classification of Diseases for Oncology (ICD-O). Bij het vaststellen van het stadium wordt uitgegaan van de op dat moment vigerende TNM-stadiumclassificatie (voor deze rapportage betreft dit vooral de zesde en zevende editie (vanaf 2010). Voor bepaalde kankervormen is gebruikgemaakt van andere classificaties, zoals de FIGO-classificatie bij gynaecologische tumoren.

Registratie van behandeling

IKNL registreert initiële behandelingen. Dat wil zeggen behandelingen, die zijn uitgevoerd op basis van het behandelplan dat is opgesteld na diagnostiek. Bij afwijking van het behandelplan registreren de datamanagers de daadwerkelijk gegeven behandelingen. Wanneer er bij recidief of progressie aanvullende behandelingen zijn ingezet, wordt dit niet standaard geregistreerd.

Behandelingen zijn ingedeeld in de meest voorkomende categorieën, waarbij bij enkele tumorsoorten een meer gedetailleerde onderverdeling wordt vastgelegd, bijvoorbeeld borstsparende operatie of amputatie.

Indeling ziekenhuizen

Ziekenhuizen zijn ingedeeld naar algemene, STZ- en universitaire ziekenhuizen, waarbij het Antoni van Leeuwenhoek is ingedeeld bij de umc's.

Bij vergelijking van diagnostiek en behandeling tussen ziekenhuizen is uitgegaan van het eerste ziekenhuis waar de diagnose kanker is gesteld (klinisch of pathologisch). De behandeling kan vervolgens plaatsvinden in hetzelfde ziekenhuis maar ook in een ander ziekenhuis. Het (terecht) doorverwijzen van patiënten kan gezien worden als kwalitatief goede zorg van het verwijzend ziekenhuis. Het percentage doorverwezen patiënten verschilt per tumorsoort. Voor onder andere operatiesterfte wordt wel gekeken naar ziekenhuis van operatie en niet naar ziekenhuis van diagnose.

Uitkomsten en overlevingsanalyses

Afhankelijk van de specifieke soort kanker is de operatiesterfte als uitkomstmaat beschreven. Deze is gedefinieerd als sterfte binnen een gespecificeerd aantal dagen na operatie, ongeacht de doodsoorzaak. De operatiedatum is vanaf 2005 landelijk beschikbaar in de NKR.

Voor alle soorten kanker zijn de overlevingscijfers berekend vanaf de datum van diagnose. De vitale status en eventuele overlijdensdatum zijn verkregen door een koppeling met de Gemeentelijke Basisadministratie (GBA). Deze gegevens zijn compleet tot en met 2015.

De overleving is weergegeven als relatieve overleving. De overleving van de patiëntengroep wordt hierbij gerelateerd aan de leeftijdspecifieke overleving in de totale populatie (geobserveerd gedeeld door verwacht). Dit is een benadering van de ziektespecifieke overleving.

Selectie van gegevens

De gepresenteerde resultaten zijn slechts een selectie van de gegevens in de NKR. Bij elk tumorspecifiek hoofdstuk in deze rapportage zijn experts betrokken die samen met de onderzoekers van IKNL hebben bepaald welke onderdelen van de zorg te beschrijven. Daarnaast hebben de experts de resultaten beoordeeld en geïnterpreteerd.

Voor deze rapportage zijn patiënten met maligne tumoren gediagnosticeerd in Nederland tot en met 2013 geïncludeerd. Patiënten woonachtig in het buitenland zijn niet opgenomen in de analyses, evenals tumoren die zijn ontdekt als toevallsbevinding bij obductie.

De selectie kan per tumorsoort verschillen: leeftijdsgroepen en periodes zijn tumorspecifiek ingedeeld. Omdat de diagnostiek en behandeling - daar waar relevant - gelieerd wordt aan de 5-jaarsoverleving, is ervoor gekozen om data tot en met 2013 te gebruiken. Zo is er voldoende lange follow-up voor zinvolle overlevingsanalyses.

uitgave van

Integraal Kankercentrum Nederland

t 088 234 60 00

info@iknl.nl, www.iknl.nl

december 2016

