

Prognose

daniel.bueche@kssg.ch

Basiskurs Palliative Care ORL

WORÜBER SPRECHEN WIR

Worüber sprechen wir?

- Was möchte der Patient wissen?
- Was können wir beitragen?
- Beispiel, das 5 D-Modell

Worüber sprechen wir? 5 D

<p>Wie lange noch? Wann werde ich sterben?</p>	<p>Death</p>	<p>Prognose</p>
<p>Wie ist der Verlauf der Krankheit mit und ohne Therapie? Wie werde ich sterben?</p>	<p>Disease / Dying</p>	<p>Priority, Präferenz</p>
<p>Was sind die Einschränkungen? Planen, hoffen, leben Good death</p>	<p>Discomfort</p>	<p>Patient / Proxies</p>
<p>Was nehme ich auf mich? In welcher Qualität? Leiden? Autonomie? Mögliche Aus-/Nebenwirkungen</p>	<p>Drug - Toxicity</p>	<p>Prävention / Providers</p>
<p>Was wird es kosten? Wo werde ich sterben? Was bedeutet dies?</p>	<p>Dollars</p>	<p>Prize: Pain & and. Symptome</p>

Nicht (nur) über die zeitliche Dimension....

...trotzdem sollten wir eine Idee der zeitlichen
Dimension haben.....

...doch wir liegen häufig falsch, deshalb besser
nichts sagen

DIE ZEITLICHE DIMENSION

Ärzte

Christakis N (2000) BMJ 320:469-473,

Glare P (2003) BMJ 327: 195-200

Justice AC (1999) Ann Int Med 130:515

Vigano A (1999) Cancer 86:170-176

- Überschätzen die Prognose eines Patienten um den Faktor 3 – 5
- Am Lebensende scheint die Prognose realistischer zu sein
- Die Einschätzung wird besser, wenn wir sie in andere Prognosemodelle einbetten

Frage

Moss AH (2010) J Palliat Med 13:837-840

Wären Sie überrascht, wenn ihr Patient im nächsten Jahr versterben würde?

- Onkologie
- Falls Antwort „Nein“ ist, 7 fache Odds ratio, dass der Patient im nächsten Jahr stirbt

Prognose-Zeiträume

- Für kurzfristige Prognose-Zeiträume sind:
 - Performance Status
 - Hypercalcämie
 - Hirnmetastasen
 - Pleuraerguss
- Für mit geschätztem Überleben von 6 Monaten oder mehr:
 - Überlebensdaten von neueren Studien fügen allgemeinen Überlebens-Daten wenig hinzu

Tumorstadium

- Das Tumorstadium T N M allein ist im individuellen Fall wenig hilfreich für die Bestimmung der Prognose

Performance Status

Yates JW (1980) Cancer 45:2220-2224

Maltoni M. (1995) Cancer 75:2613-2622

Evans C (1985) Lancet 1:1204-1206

- Performance quantifiziert die Funktion des Tumorpatienten
- Hat die beste Korrelation mit der Prognose bei Tumorpatienten
- Karnofsky Performance Scale (KPS)

KPS > 50	86.1 Tage
KPS 30 – 40	49.8 Tage
KPS 10 – 20	16.8 Tage

Performance Status

Miller RJ (1991) Henry Ford Hosp Med 39:81-84

ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group), WHO Performance Status

- Entwickelt von Zubrod
- Einfacher für Ungeübten zu handhaben
- Gleich hilfreich wie Karnofsky
- Score von 3 medianes Überleben < 3 Mte
 Score von 4 medianes Überleben < 1 Mt

Performance Status

Anderson F (1996) J Palliat Care 12:5-11

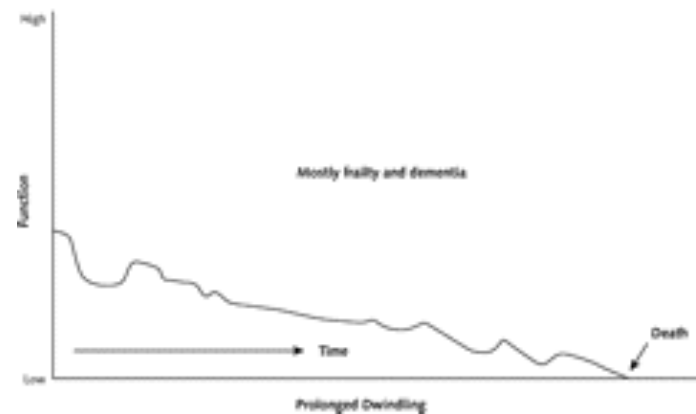
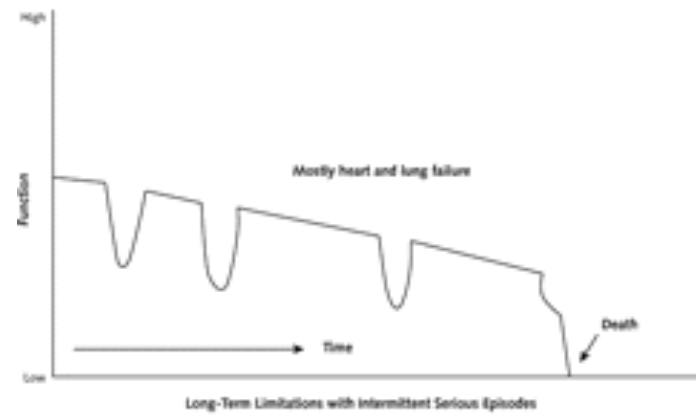
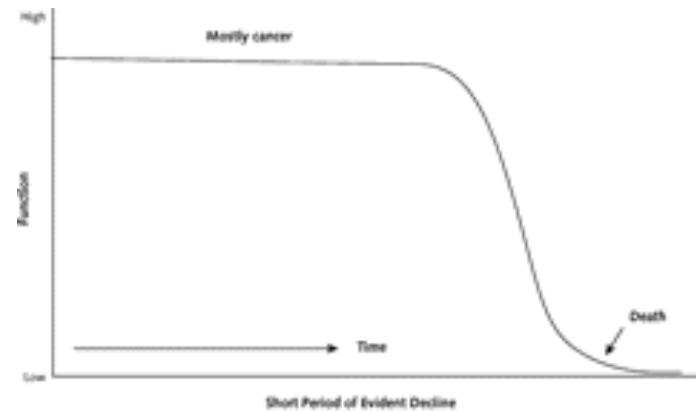
Lau F (2009) J Pain Symptom Manage 38:134-144

Lau F (2006) J Palliat Med 9:1066-1075

Palliative Performance Scale (PPS)

- Modifizierter KPS
- Bewegungsfähigkeit/Bettlägrigkeit, Tumoraktivität, Selbstpflege, Bewusstsein, Nahrungsaufnahme
- PPS 50 18-55 Tage 81% 6 Mt-Mort
- PPS 30/40 7-37 Tage 89% 6 Mt-Mort
- PPS 10/20 1-9 Tage 96% 6 Mt-Mort
- medianes Überleben

PROGNOSE



Labordaten

Verschiedene Labordaten wurden mit schlechter Prognose assoziiert

Leukozytose

Lymphpenie

CRP

Albumin

Serum-Calcium

Vit B12

Serum Calcium

Ralston SH (1990) Ann Int Med 112:499-504

- 30 Tage medianes Überleben
 - falls keine tumorspezifische Therapie möglich
- 135 Tage medianes Überleben
 - Falls tumorspezifische Therapie möglich

Klinische Zeichen

Reuben DB (1988) Arch Intern Med 148:1586-1591

Verschiedene Symptome und klinische Zeichen wurden mit schlechter Prognose assoziiert:

kognitive Faktoren

Gewichtsverlust

Inappetenz / Anorexie

Dysphagie

Xerostomie

Dyspnoe

Maligner Pleuraerguss

Burrows CM (2000) Chest 117:73-78

Chernow B (1977) Am J Med 63:695-702

Pleuraerguss bedeutet insgesamt schlechte
Prognose: < 4 Monate

Rezidiv. symptom. Pleuraerg	KPS	Medianes Überleben
ja	>70	13 Mte
ja		
ja	<30	1 Mt

Zudem ist die Prognose stark von der Art des Primärtumors abhängig

Maligner Pleuraerguss

- Nicht kleinzelliges Bronchuscarcinom:
 - Mit malignem Pleurarguss: med Üb 2.9 Mte
 - Werner-Wasik M (2000) Int J Radiat Oncol Biol Phys 48:1475-1482
- Mammacarciom:
 - Mit malignem Pleuraerguss: med Üb 10 Mte
- Ovarialcarcinom:
 - Mit malignem Pleuraerguss: med Üb 9 Mte

Hirnmetastasen

Gaspar L (1997) J Radiat Oncol Biol Phys 37:745-751
Agboola O (1998) Int J Radiat Oncol Biol Phys 42:155-159

Alter	KPS	Tumor unter Kontrolle	Medianes Überleben in Mte	Med surv nach Op (1)
< 65 J	> 70	ja	7.1	14.8
			4.2	9.9
	< 70		2.3	6

(1)Prognose nach chirurgischer Resektion der Hirnmetastase mit oder ohne RT

Patienten KPS > 70, kein Tumornachweis ausserhalb ZNS:

Überleben > 1 Jahr

Literatur

- Agboola O (1998) Prognostic factors derived from recurrence partition analysis (RPA) of RTOG brain metastases trials applied to surgically resected and irradiated brain metastatic cases. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 42:155-159
- Anderson F (1996) Palliative Performance Scale: a new tool. *J Palliat Care* 12:5-11
- Brown DJF (2007) The relationship between an inflammation-based prognostic score (GPS) and changes in serum biochemical variables in patients with advanced lung and gastrointestinal cancer. *J Clin Pathol* 60:705-708
- Bruera E (1992) Estimate of survival of patients admitted to a palliative care unit: A prospective study. *J Pain Symptom Manage* 7:82-86
- Burrows CM (2000) Predicting survival in patients with recurrent symptomatic malignant pleural effusions. *Chest* 117:73-78
- Chernow B (1977) Carcinomatous involvement of the pleura. *Am J Med* 63:695-702
- Christakis N (2000) Extent and determinants of error in doctors' prognoses. *BMJ* 320:469-473
- Evans C (1985) Prognostic uncertainty in terminal care. Can the Karnofsky index help? *Lancet* 1:1204-1206
- Gaspar L (1997) Recursive partitioning analysis (RPA) of prognostic factors in three Radiation Therapy Oncology Group (RTOG) brain metastases trials. *J Radiat Oncol Biol Phys* 37:745-751
- Glare P (2003) A systematic review of physicians survival predictions in terminally ill cancer patients. *BMJ* 327: 195-200

- Justice AC (1999) Assessing review the generalizability of prognostic information. *Ann Int Med* 130:515
- Lau F (2009) Using the Palliative Performance Scale to provide meaningful survival estimates. *J Pain Symptom Manage* 38:134-144
- Lau F (2006) Use of PPS in end-of-life prognostication. *J Palliat Med* 9:1066-1075
- Maltoni M (1995) Prediction of survival of patients terminally ill with cancer. *Cancer* 75:2613-2622
- Maltoni M (1999) Successful validation of the palliative prognostic score in terminally ill cancer patients. *J Pain Symptom Manage* 17:240-247
- Miller RJ (1991) Predicting survival in the advanced cancer patient. *Henry Ford Hosp Med* 39:81-84
- Morita T (1999) The Palliative Prognostic Index. *Support Care Cancer* 7:128-133
- Moss AH (2010) Prognostic significance of the „surprise“ question in cancer patients. *J Palliat Med* 13:837-840
- Murri AM (2006) Evaluation of an inflammation-based prognostic score in patients with metastatic breast cancer. *Br J of Cancer* 94:227-230
- Pirovano M (1999) A new palliative prognostic score. *J Pain Symptom Manage* 17:231-239
- Ralston SH (1990) Cancer-associated hypercalcemia: morbidity and mortality. *Ann Int Med* 112:499-504

- Reuben DB (1988) Clinical Symptoms and length of survival in patients with terminal cancer. Arch Intern Med 148:1586-1591
- Vigano A (1999) The relative accuracy of the clinical estimation of the duration of life for patients with end of life cancer. Cancer 86:170-176
- Werner-Wasik M (2000) Recursive partitioning analysis of 1999 RTOG patients with locally-advanced non-small cell lung cancer. Int J Radiat Oncol Biol Phys 48:1475-1482
- Yates JW (1980) Evaluation of patients with advanced cancer using the Karnofsky performance status. Cancer 45:2220-2224
- Yun YH (2001) Development of terminal cancer prognostic score as an index in terminally ill cancer patients. Oncol Rep 8:795-800