

Hodgkin Lymphoma and the Impact of Age

James O. Armitage, ME
The Joe Shapiro
Professor of Medicine
Section of Oncology/Hematology
University of Nebraska
Medical Center
Omaha, Nebraska

Настоящая статья посвящена исследованию лимфомы Ходжкина у пожилых пациентов.

Возраст и Прогноз

Возраст – важный прогностический фактор, упоминающийся в Международном Прогностическом Индексе (IPI) для агрессивной неходжкинской лимфомы [2]. Для пациентов с индолентными лимфомами используется международный прогностический индекс фолликулярной лимфомы (FLIPI) [3] и наиболее широко используется прогностический индекс при ходжкинской лимфоме [4]. Однако у пожилых пациентов возможно наличие других факторов, определяющих плохой результат при неходжкинской лимфоме. Они включают сопутствующие заболевания, измененный метаболизм химиотерапевтических агентов, позднюю диагностику, различные гистологические подтипы, и многое другое. Все они могут быть применены у пациентов с любым типом лимфомы или любым другим опухолевым заболеванием.

Лимфома Ходжкина уникальна, когда развивается у пожилых пациентов и, по мнению некоторых авторов, представляет отдельную нозологическую единицу [5,6]. Те, кто одобряет эту интерпретацию, используют бимодальную кривую уровня с пиками в молодом возрасте и у пациентов старше 60 лет, когда отмечается более высокий уровень смешано-клеточного гистологического варианта лимфомы Ходжкина. Эти же авторы предполагают, что лимфома Ходжкина у пожилых больных – типичное злокачественное заболевание, тогда как болезнь в молодом возрасте могла бы быть связана с инфекционным процессом.

Несмотря на различия, замеченные у пожилых пациентов с лимфомой Ходжкина, многие исследования сообщают о сопоставимых результатах при использовании программ, разработанных для терапии молодых пациентов [7,8]. Напротив, иные

исследователи находят, что пожилые пациенты интенсивные методы лечения переносят хуже, чем молодые больные [9].

Одним из важных моментов, который может быть потерян при аргументации соответствующего лечения пациентов старше 60 лет как с лимфомой Ходжкина, так и с другими онкологическими заболеваниями, является различия между хронологическим и «биологическим» возрастом. Не возникает сомнения, что 45-летний пациент с давним сахарным диабетом, или хронический почечный недостаточностью в сочетании с ишемической болезнью сердца, или давним ревматическим артритом на иммунодепрессивной терапии, вероятно, будет более терапевтически сложным, имеющим худшую перспективу, чем активный, здоровый 68-летний пациент.

Многочисленные авторы указывают, что пожилые пациенты реже должны рассматриваться как кандидаты на «оптимальные» режимы, чем молодые пациенты [10,11]. Goodwin и другие сообщили, что во многих онкологических исследованиях пожилые пациенты представлены мало (7%), в то время как их представительство среди всех заболевших составляло 31% [12].

Chen и другие, оценивая II фазу рандомизированного исследования у пациентов с агрессивной лимфомой, учли всех пациентов старше 65 лет, кого можно было включить в исследование. В общей сложности у 68 пациентов были найдены соответствующие критерии включения, но 30 пациентам (44 %) было отказано во введении в исследование. Пациенты были исключены из клинических испытаний из-за пожилого возраста, низкого рабочего индекса [13]. Исследователи заключили, что результаты, о которых сообщают в клинических испытаниях пожилых пациентов, не отражают истинное состояние проблемы, потому что фактически в них участвуют только самые здоровые пациенты.

Заключение

Для лучшего понимания биологии болезни, объективной оценки пациента и идентификации самых эффективных программ лечения необходимо проведение исследования пожилых пациентов, страдающих лимфомой Ходжкина. Подобный аргумент правомочен для исследования пожилых пациентов с другими онкологическими заболеваниями.

James O. Armitage, MD

Литература

1. Kennedy BJ: Aging and cancer. *J Clin Oncol* 6:1903-1911, 1988.
2. A predictive model for aggressive non-Hodgkin's lymphoma. The International Non-Hodgkin's Lymphoma Prognostic Factors Project. *N Engl J Med* 329:987-994, 1993.
3. Solal-Celigny P, Roy P, Colombat P, et al: Follicular Lymphoma International Prognostic Index. *Blood* 104:1258-1265, 2004.
4. Hasenclever D, Diehl V: A prognostic score for advanced Hodgkin's disease. International Prognostic Factors Project on Advanced Hodgkin's Disease. *N Engl J Med* 339:1506-1514, 1998.
5. MacMahon B: Epidemiology of Hodgkin's disease. *Cancer Res* 26:1189-1201, 1966.
6. MacMahon B: Epidemiological considerations in staging of Hodgkin's disease. *Cancer Res* 31:1854-1857, 1971.
7. Diaz-Pavon JR, Cabanillas F, Majlis A, et al: Outcome of Hodgkin's disease in elderly patients. *Hematol Oncol* 13:19-27, 1995.
8. Austin-Seymour MM, Hoppe RT, Cox RS, et al: Hodgkin's disease in patients over sixty years old. *Ann Intern Med* 100:13-18, 1984.
9. Klimm B, Eich HT, Haverkamp H, et al: Poorer outcome of elderly patients treated with extended-field radiotherapy compared with involved-field radiotherapy after chemotherapy for Hodgkin's lymphoma: An analysis from the German Hodgkin Study Group. *Ann Oncol* 18:357-363, 2007.
10. Samet J, Hunt WC, Key C, et al: Choice of cancer therapy varies with age of patient. *JAMA* 255:3385-3390, 1986.
11. Mor V, Masterson-Allen S, Goldberg RJ, et al: Relationship between age at diagnosis and treatments received by cancer patients. *J Am Geriatr Soc* 33:585-589, 1985.
12. Goodwin JS, Hunt WC, Humble CG, et al: Cancer treatment protocols. Who gets chosen? *Arch Intern Med* 148:2258-2260, 1988.
13. Chen CI, Skingley P, Meyer RM: A comparison of elderly patients with aggressive histology lymphoma who were entered or not entered on to a randomized phase II trial. *Leuk Lymphoma* 38:327-334, 2000.