

INFLUENCE DE L'ÉVALUATION CLINIQUE (INCLUANT L'ÂGE) ET DE L'ÉVALUATION GÉRIATRIQUE SUR LES DÉCISIONS THÉRAPEUTIQUES CHEZ LES PATIENTS ÂGÉS ATTEINTS DE CANCER.


Journal of Geriatric Oncology

23 / 05 / 2013

L. Decoster, C. Kenis, K. Van Puyvelde, J. Flamaing, G. Conings, J. De Grève, T. Mets, K. Milisen, J-P. Lobelle, H. Wildiers.

L. MONCEAU-BAROUX
Interne Oncologie Médicale
CHRU Brest

INTRODUCTION

- 
- > 50 % des diagnostics de cancer sont chez > 65 ans.
 - Population hétérogène.
 - Nécessitant des outils d'évaluation adaptés car tendance des oncologues à surestimer l'aptitude des patients pour la chimiothérapie.



- Un outil :

E(valuation) G(ériatrique) S(tandardisée).

- Multidimensionnelle.
- Permet de développer une intervention gériatrique individualisée.
- Associée à : possibilité majorée de vivre au domicile, amélioration des fonctions cognitives, diminution des hospitalisations.

- Chez les patients âgés cancéreux, l'EGS (et les interventions associées) peut majorer la qualité de vie.
- Semble avoir une valeur pronostique et prédictive
- Pourrait donc être un outil pour guider les décisions thérapeutiques.

- BUT DE L'ETUDE :
 - (1) Etudier l'influence de l'examen clinique (incluant l'âge) sur les décisions thérapeutiques chez les patients âgés et
 - (2) d'étudier l'impact des résultats de l'EGS dans la prise de décision.

PATIENTS ET METHODES

1. Population de patients

- **Où ?** CHU Bruxelles et Louvain
- **Qui ?** Critères d'inclusion
 - > 70 ans avec tumeur maligne
 - Diagnostic initial
 - Ou diagnostic de progression sous ttt / rechute après ttt
 - 6 types tumoraux : sein, ovaire, poumon, prostate, colorectal, hématologiques
- **Quand ?** D'Octobre 2009 à Juillet 2011.


2. EGS de l'étude

- **Par qui ?** Investigateurs + Société Belge de Gérontologie et de Médecine Gériatrique.
- **Basé sur ?** G(eriatic) M(inimum) D(ata) S(et) (For Clinical Trials).
- **Menée par ?** IDE spécialisée oncologie / gériatrie.

- **Données de l'EGS et facteurs de risques associés :**
 - Données démographiques → Seuls
 - Données fonctionnelles (ADL, IADL, chutes depuis 1 an)
→ ADL > 6 ; IADL (F) < 8 ou (H) < 5
 - Fatigue (MOB-T)
 - Cognition (MMSE) → < 24 / 30
 - Thymie (GDS-15) → ≥ 5 / 15
 - Nutrition (MNA) → < 24 / 30
 - Index de Comorbidité de Charlson (CCI) → ≥ 1
 - Polymédication
 - ECOG

3. Décisions thérapeutiques

- **Par qui ?** Oncologue / Hématologue
- Sur la base d'une histoire de la maladie complète + examen clinique + histologie + stade carcinologique.
- Pouvant être ≥ 1 : chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie, hormonothérapie.
- **→ Décision initiale.**

- 
- Résultats EGS joints au dossier et communiqués au référent AVANT la décision thérapeutique finale.
 - Décision du référent de l'utiliser ou non
- Décision finale.**

Questionnaires pour référents *a posteriori*

- → **Après la décision finale.**
- (1) Etiez-vous au courant des résultats de l'EGS au moment de la décision finale ?
- (2) Quelle aurait été votre proposition thérapeutique pour le même cancer chez un patient de 55 ans sans comorbidités ? (= traitement standard).
- (3) Votre proposition est-elle différente en ce qui concerne l'âge **sans** les informations de l'EGS ?
- -> Si oui, quelle était votre première proposition et pourquoi ?
- (4) Votre proposition finale a-t-elle été modifiée par la connaissance de l'EGS du patient ?
- -> Si oui, quel est votre traitement final et pourquoi ?

RÉSULTATS

1. Caractéristiques des patients - Oncologie

Table 1 – Patient characteristics (n = 937).

Characteristic	Total patients N = 937 N (%)	New diagnosis N = 572 N (%)	Disease progression/ Relapse N = 365 N (%)
<i>Age, years</i>			
Median (range)	76 (70–95)	76 (70–95)	76 (70–93)
<i>Sex</i>			
Female	595 (63.5)	376 (65.7)	219 (60)
Male	342 (36.5)	196 (34.3)	146 (40)
<i>Carcinoma</i>			
Carcinoma type	788 (84.1)	493 (86.2)	295 (80.8)
Breast cancer	379 (48)	242 (49)	137 (46.4)
Colorectal cancer	193 (24.5)	110 (22.3)	83 (28.1)
Lung cancer	73 (9.3)	66 (13.4)	7 (2.4)
Ovarian cancer	59 (7.5)	37 (7.5)	22 (7.5)
Prostate cancer	84 (10.7)	38 (7.7)	46 (15.6)
<i>Carcinoma stage</i>			
I	91 (11.5)	79 (16)	12 (4.1)
II	173 (22)	161 (32.7)	11 (3.7)
III	116 (14.7)	109 (22.1)	6 (2.0)
IV	408 (51.8)	144 (29.2)	266 (90.2)

<i>Hematological malignancy</i>			
Type			
ALL	149 (15.9)	79 (13.8)	70 (19.2)
ALL	4 (2.7)	4 (5.1)	0 (0)
AML	12 (8.1)	11 (13.9)	1 (1.4)
CLL	15 (10.1)	5 (6.3)	10 (14.3)
CML	2 (1.3)	2 (2.5)	0 (0)
Hodgkin Lymphoma	3 (2)	2 (2.5)	1 (1.4)
Multiple Myeloma	23 (15.4)	10 (12.7)	13 (18.6)
Non Hodgkin Lymphoma	86 (57.7)	42 (53.2)	44 (62.9)
Other	4 (2.7)	3 (3.8)	1 (1.4)
<i>Setting</i>			
Curative	48 (32.2)	44 (55.7)	4 (5.7)
Palliative	101 (67.8)	35 (44.3)	66 (94.3)
<i>ECOG performance score</i>			
0	449 (48)	287 (50.3)	162 (44.4)
1	228 (24.3)	141 (24.7)	87 (23.8)
2	112 (12.0)	59 (10.3)	53 (14.5)
3	136 (14.5)	75 (13.1)	61 (16.7)
4	11 (1.2)	9 (1.6)	2 (0.5)

ECOG: Eastern Cooperative Oncology Group; ALL: acute lymphoblastic leukemia; AML: acute myeloid leukemia; CLL: chronic lymphocytic leukemia; CML: chronic myelogenous leukemia.

1. Caractéristiques des patients - Gériatrie

Table 2 – Geriatric assessment results.

GA	Instrument	Score	N (%)
Demographic data	Living situation (n = 937)	Home alone	283 (30.2)
		Home with partner	533 (56.9)
		Home with family member	67 (7.2)
		Service flat	12 (1.3)
		Institution	31 (3.3)
		Other	11 (1.2)
	Marital status (n = 937)	Single	43 (4.6)
		Married	529 (56.5)
		Divorced	33 (3.5)
		Widow-er	320 (34.2)
		Legally cohabiting	10 (1.1)
		Other	2 (0.2)
	Educational level (n = 936)	Primary education	75 (8.0)
		Lower secondary education	409 (43.7)
		Higher secondary education	307 (32.8)
Higher education		79 (8.4)	
University education		57 (6.1)	
Other		9 (1.0)	
Functionality	ADL (6-24) (n = 937)	Independent: score 6	455 (48.6)
		Dependent: score ≥ 7	482 (51.4)
	IADL (0-5/8) (n = 937)	Independent: score 8 (female) or 5 (male)	399 (42.6)
		Dependent: score < 8 or 5	538 (57.4)
	Falls (n = 937)	No falls	642 (68.5)
		1 fall without injury	41 (4.4)
		1 fall with injury	114 (12.2)
		≥ 2 falls without injury	35 (3.7)
		≥ 2 falls with injury	105 (11.2)

Mental status	MMSE (0-30) (n = 936)	Normal cognition: score ≥ 24	837 (89.4)	
		Mild cognitive decline: score 18-23	84 (9.0)	
		Severe cognitive decline: score ≤ 17	15 (1.6)	
Nutrition	GDS-15 (0-15) (n = 933)	Not at risk for depression: score < 5	741 (79.4)	
		At risk for depression: score ≥ 5	192 (20.6)	
		MNA-SF (0-14) (n = 937)	Normal nutritional status: score ≥ 12	340 (36.3)
Co-morbidities	CCI (n = 937)	Risk of malnutrition: score < 12	597 (63.7)	
		MNA (0-30) [*] (n = 593)	Normal nutritional status: score ≥ 24	101 (17)
		Risk of malnutrition: score 17-23.5	411 (69.3)	
Polypharmacy	Number of concomitant medications (n = 910)	Malnutrition: score < 17	81 (13.7)	
		No co-morbidities: score 0	432 (46.1)	
		Co-morbidities: score 1	232 (24.8)	
		Co-morbidities: score ≥ 2	273 (29.1)	
		0-4	427 (46.9)	
		≥ 5	483 (53.1)	

Legend: GA: geriatric assessment; ADL: Activities of Daily Living; IADL: Instrumental Activities of Daily Living; MMSE: Mini-Mental Status Evaluation; GDS: Geriatric Depression Scale; CCI: Charlson Comorbidity Index; MNA-SF: Mini Nutritional Assessment-Short Form; MNA: Mini-Nutritional Assessment.

^{*} Only for patients with a positive MNA screening test, excluding 4 patients with missing data for full MNA.

2. Influence de l'examen clinique (incluant l'âge) sur les décisions thérapeutiques

Table 3 – Influence of clinical assessment on cancer treatment decisions in older patients.

Differences in cancer treatment decisions in older versus younger/fit patients ^a	N (%)
Chemotherapy	310/902 (34.4)
Standard schedule at reduced dose	15 (4.8)
Less toxic schedule at standard dose	163 (52.6)
Less toxic schedule at reduced dose	5 (1.6)
No chemotherapy	127 (41)
Surgery	52/902 (5.8)
Less extensive surgery	9 (17.3)
Delay surgery	6 (11.5)
No surgery	36 (69.2)
Surgical castration instead of hormonal therapy	1 (2.0)
Radiotherapy	50/902 (5.5)
Less intensive radiotherapy	5 (10.0)
Radiotherapy instead of surgery/chemotherapy	24 (48.0)
Radiotherapy alone instead of concomitant radiochemotherapy	1 (2.0)
No radiotherapy	20 (40.0)
Hormonal therapy	58/902 (6.4)
Different choice of hormonal therapy	6 (10.3)
Hormonal therapy instead of surgery/chemotherapy	49 (84.5)
No hormonal therapy	3 (5.2)

^a For 902 patients, the treating physician answered the questionnaire on cancer treatment decisions. This table shows 381 patients for whom the physician indicated that one or more of the treatment modalities would be different for the patient if he/she was 55 years old and in perfect health.

- Questionnaires remplis : 902/937 – 54 médecins
- 73,2% patients à risque gériatrique
- 42,2% de décisions ≠ standard (IC95% 39-45,5%)
- 33,9% (82pt) de patients « aptes » gériatriquement n'ont pas reçu le standard
- 54,7% (361 pt) des patients à risque gériatrique ont reçu le standard
- Traitements plus souvent modifiés **lors du diagnostic initial.** (47% vs 34,9% p<0,001)

Facteurs décisifs pour les Oncologues

- **En analyse multivariée :**
 - Âge
 - CCI
 - Nouveau diagnostic vs Rechute / Progression
 - ECOG
- **Analyse multivariée – Tumeurs solides :**
 - Type de cancer / Stade
 - Âge
 - CCI
 - ECOG

3. Influence de l'EGS sur les décisions finales.

Table 4 – Influence of geriatric assessment results on cancer treatment decisions in older patients.

Differences in cancer treatment decisions with versus without knowledge of GA results ^a	N (%)
Chemotherapy	24/505 (4.8)
Standard schedule at reduced dose	1 (4.2)
Less toxic schedule at standard dose	2 (8.3)
Less toxic schedule at reduced dose	1 (4.2)
No chemotherapy	12 (50.0)
More aggressive chemotherapy	8 (33.3)
Surgery	6/505 (1.2)
Less extensive surgery	2 (33.3)
No surgery	4 (66.7)
Radiotherapy	2/505 (0.4)
Radiotherapy instead of surgery/chemotherapy	1 (50.0)
Radiotherapy alone instead of concomitant radiochemotherapy	1 (50.0)
Hormonal therapy	3/505 (0.6)
Different choice of hormonal therapy	1 (33.3)
Hormonal therapy instead of surgery/chemotherapy	2 (66.7)

^a For 505 patients, the treating physician was aware of the GA results at the time of final cancer treatment decision. This table shows 31 patients for whom the physician indicated that treatment in one or more modalities was changed because of the GA results.

- EGS consultée chez **56 %** des patients (505pt)
- **Chez ces patients :**
 - Décision initiale différente pour 44,2 % (223pt) (IC 95% 39,9-48,5) p/r au standard
 - 6,1% (31pt) décision finale modifiée par l'EGS
 - Influence EGS plus importante quand traitement différent du standard (9% vs 3,9% p = 0,018)
- Pas de différence d'influence de l'EGS chez les patients aptes p/r à risque (4,1% vs 6,8% p = 0,292)

DISCUSSION

- Oncogériatrie difficile car patients hétérogènes.
- Âge chronologique vs âge physiologique et/ou comorbidités
- 56% de consultation de l'EGS
- Sachant que l'examen clinique de l'oncologue change le traitement dans 42,2% des cas.
- Facteurs les plus influençant : Âge, ECOG, polymédication et comorbidités.
- Dans l'étude de Barthélémy : âge ++. Patients « aptes » gériatriquement, ne reçoivent pas toujours le traitement optimal.

- 54,7% de patients à risque gériatrique reçoivent le traitement standard. => Surestimation de l'aptitude par les oncologues.
 - Dans l'étude, EGS influe sur le traitement de 6,1% des patients. Chimiothérapie/thérapie ciblée ++
 - Diminution OU intensification.
- ⇒ Biais : pas d'information concernant le devenir des patients suite à cette modification de traitement.
- ⇒ Biais : dans les études, les patients bénéficiant d'une EGS avant la décision thérapeutique sont les plus « à risque ».



⇒ Intérêt de pratiquer l'EGS chez tout le monde ?

⇒ Outils de dépistage approprié pour savoir chez qui l'EGS serait la plus pertinente ?

- Selon Hamaker et al. : n'existe pas.

- G8 ?

Forces de l'étude

- Objectif principal bien défini au début de l'étude
- Inclusion de tous les patients âgés chez qui une décision thérapeutique allait être portée


Biais

- Vaste majorité des patients ont bon PF et vivent à domicile
 - ⇒ Plus vulnérables / faibles non référés en oncologie ?
- 45,3% de non-consultation de l'EGS
 - ⇒ Capacité à utiliser l'information prodiguée ?
- Hétérogénéité de la population concernant les maladies

EGS

- Impact sur la décision thérapeutique
 - **MAIS AUSSI :**
 - Information pronostique permettant de calculer l'estimation de la survie attendue.
 - Prédiction de la toxicité attendue des chimiothérapies et de la baisse de qualité de vie durant les traitements.
 - Révélation des problèmes gériatriques jusque là méconnus... Dont la prise en charge améliore qualité de vie et parfois survie.
- ⇒ Mais études sur populations hétérogènes, pas de vraie comparaison entre efficacité de l'EGS et soins standard.

CONCLUSION

- 
- Décision thérapeutique orientée par l'examen clinique + âge
 - Décisif d'enseigner l'EGS et son utilisation aux praticiens
 - Inciter les gériatres à prendre en charge les malades atteints de cancer
 - Nécessité d'étudier l'influence de l'EGS sur toxicités et survie
 - Nécessité de déterminer un outil de dépistage pour savoir chez qui pratiquer l'EGS
 - L'oncogériatrie nécessite des études basées sur l'EGS et son influence sur le devenir et la qualité de vie.

MERCI DE VOTRE
ATTENTION
