

Adéquation entre les recommandations issues de l'Évaluation gériatrique personnalisée (EGP) et la réalisation d'un traitement oncologique en région Centre-Val de Loire

Carine SAUGER, Véronique DARDAINE-GIRAUD, Julie BIOGEAU, Émilie MARIE, Étienne DORVAL
Réseaux régionaux d'oncogériatrie et des paramédicaux d'oncogériatrie, Antenne d'OncoGériatrie Centre-Val de Loire, France.

Auteur correspondant : Carine Sauger, Antenne d'OncoGériatrie Centre-Val de Loire, Réseau OncoCentre, 37044 Tours cedex 9, France.

Tél. : +33 (0)2 18 37 08 51 (tel:0218370851) ; Courriel : c.sauger@chu-tours.fr (mailto: sauger@chu-tours.fr)

Paru le 1 Mars 2022

Résumé

Introduction et objectif : L'Évaluation gériatrique personnalisée (EGP) est une évaluation spécifique de la fragilité des sujets âgés atteints de cancer qui conduit le gériatre à faire des propositions de prise en soins oncologique et/ ou de support adaptée à discuter avec l'oncologue en Réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP).

L'objectif de ce travail mené par l'Antenne d'OncoGériatrie Centre-Val de Loire (AOG CVL) a été d'évaluer, chez les patients ayant eu une EGP, la concordance entre la proposition thérapeutique du gériatre et le traitement oncologique ou symptomatique réalisé.

Matériel et méthode : Les dossiers de tous les patients âgés atteints de cancer, ayant eu une EGP et au moins un suivi gériatrique post-EGP renseignés dans le Dossier communiquant en cancérologie (DCC) entre février 2019 et février 2020 en CVL, ont été inclus. Leurs données ont été extraites de façon anonyme de la base régionale (infocentre) du DCC.

Pour chaque dossier, la proposition du gériatre à l'issue de l'EGP « favorable à une mise en traitement oncologique » ou « encourageant une abstention thérapeutique » a été comparée à la réalisation effective d'un traitement oncologique (optimal ou adapté) ou symptomatique seul.

Une analyse de l'échantillon total puis par groupe de vieillissement selon les critères de fragilité déterminés par Balducci a été menée.

Résultats : Parmi les 96 dossiers de patients extraits sur la période, 2 ont été exclus en l'absence de proposition du gériatre pour un traitement oncologique après l'EGP (n = 1) ou en cas de décès précoce (n = 1).

Chez les 94 patients analysés, un traitement oncologique était réalisé chez 77/94 et inversement associé au degré de fragilité (21/21 robustes 100 %, 47/53 vulnérables 88,7 %, 9/20 fragiles 45 %) (p < 0,05). L'avis du gériatre était suivi chez 85/94 patients (90 %) et également inversement corrélé au degré de fragilité (p < 0,05). Ainsi l'avis du gériatre était suivi chez tous les patients robustes, 90,5 %

En poursuivant votre navigation, vous acceptez l'utilisation de cookies pour pouvoir utiliser les fonctionnalités du site. Pour en savoir plus sur notre politique en matière de cookies et paramétrer les cookies, [cliquer ici \(https://www.pegase-healthcare.com/data-privacy/\)](https://www.pegase-healthcare.com/data-privacy/)

traitement oncologique était réalisé chez 3 patients (1 vulnérable, 2 fragiles) et un traitement symptomatique chez 6 patients (4 vulnérables et 2 fragiles).

Conclusion : Le fort taux de traitements entrepris conformément à l'avis du gériatre conforte la place de l'EGP dans le parcours de soins des patients âgés atteints de cancer. Les rares discordances qui conduisent à la réalisation d'un traitement non-conforme à l'avis du gériatre sont observées chez des patients vulnérables ou fragiles. Elles nécessitent une analyse prospective portant notamment sur la caractérisation d'éventuels refus des patients, la détérioration rapide de leur état de santé, la réticence des oncologues ou la complexité du traitement oncologique proposé.

Mots clés : oncogériatrie, traitement oncologique, avis gériatrique

JOG J Oncogériatr 2021 ; 12 (4) : 143-8.

Introduction et objectif

L'Évaluation gériatrique personnalisée (EGP) est une évaluation spécifique de la fragilité des sujets âgés atteints de cancer qui conduit le gériatre à faire des propositions de prise en soins oncologique et/ou de support adaptée à discuter avec l'oncologue **1-4** en Réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP).

Cette EGP est particulièrement recommandée pour les patients déjà connus comme fragiles ou dépistés par exemple par le test G8 **5,6** et pour lesquels la stratégie thérapeutique oncologique est questionnée.

La description et l'analyse des fragilités au cours de l'EGP permettent au gériatre de formuler des souhaits d'interventions ciblées sur des problématiques identifiées, et d'émettre un avis sur les choix thérapeutiques personnalisés et adaptés au patient.

Alors que les preuves s'accumulent montrant que les interventions guidées par l'EGP améliorent la tolérance des traitements oncologiques et la qualité de vie des patients **4,7-10**, les données de la littérature concernant l'impact de l'EGP dans l'initiation du traitement oncologique lui-même et l'adéquation entre la proposition du gériatre et le traitement oncologique réalisé sont plus minces **11-15**.

Objectif

Évaluer, chez les patients ayant eu une EGP, la concordance entre la proposition thérapeutique du gériatre et la réalisation d'un traitement oncologique ou symptomatique seul.

Patients et méthode

Recueil des données

En CVL, les outils constitutifs du dispositif d'oncogériatrie (test de dépistage de la fragilité par le G8, EGP et suivi post-EGP) sont structurés et harmonisés. Ils ont été implémentés sous forme de formulaires dans le Dossier communicant en cancérologie (DCC) **16**, plateforme régionale unique du parcours patient en cancérologie.

Dans cette étude observationnelle rétrospective multicentrique, tous les patients âgés atteints de cancer, ayant eu une EGP dans leur parcours et au moins un suivi gériatrique post-EGP entre février 2019 et février 2020 renseignés dans le DCC en CVL, ont été inclus.

Les données structurées de l'EGP initiale et du suivi post-EGP ont été extraites de la base régionale du DCC (infocentre). Un retour au dossier patient dans l'établissement de santé a été réalisé pour compléter les éventuelles données manquantes dans le DCC.

Indicateurs retenus

Pour chaque dossier, la proposition du gériatre à l'issue de l'EGP initiale « favorable à une mise en traitement oncologique » ou « encourageant une abstention thérapeutique » a été recueillie de même que le traitement oncologique éventuellement entrepris à la date du suivi

Critères de jugement

La proposition du gériatre à l'issue de l'EGP initiale a été comparée à la réalisation effective d'un traitement oncologique (optimal ou adapté) ou symptomatique seul déclaré au moment du suivi post-EGP.

Chez les patients ayant reçu un traitement oncologique, l'avis du gériatre a été considéré comme pris en compte indépendamment de la stratégie thérapeutique réellement mise en oeuvre (ex. : dans le cancer du sein, gériatre en faveur

En poursuivant votre navigation, vous acceptez l'utilisation de cookies pour pouvoir utiliser les fonctionnalités du site. Pour en savoir plus sur notre politique en matière de cookies et paramétrer les cookies, [cliquer ici \(https://www.pegase-healthcare.com/data-privacy/\)](https://www.pegase-healthcare.com/data-privacy/)

et une analyse (test exact de Fisher) a été réalisée sur les 3 phénotypes de vieillissement - robuste, vulnérable ou fragile - selon Balducci **17,18**.

Résultats

Parmi les 4 213 nouveaux patients âgés atteints de cancer sur la période, 412 ont eu une EGP et 96 dossiers répondants aux critères d'inclusion (EGP et au moins un suivi) ont été extraits. 2 ont été exclus au motif d'absence de proposition du gériatre sur un traitement oncologique après l'EGP (n = 1) ou en cas de décès précoce (n = 1).

Description de la population

Les caractéristiques démographiques et informations cliniques sont présentées dans le **tableau 1**.

L'âge moyen était de 84,5 ans et 43,6 % des patients avaient 85 ans ou plus. Les femmes représentaient 79,8 % de l'échantillon. Les tumeurs gynécologiques (39,4 %) et digestives (29,8 %) étaient les plus fréquentes dans la population étudiée. 29,8 % des patients inclus avaient une tumeur métastatique.

Les patients vulnérables (groupe 2 selon Balducci) représentaient 56,4 % de l'échantillon total tandis que les patients robustes et fragiles représentaient respectivement 22,3 % et 21,3 % de la population étudiée.

Le test de dépistage de la fragilité était positif ($G8 \leq 14/17$) pour 85 % des patients.

Dans 84 % des cas (79/94), le suivi était réalisé dans le 1er trimestre suivant l'EGP initiale.

Les résultats sont présentés dans le **tableau 2**.

Chez les 94 patients inclus, un traitement oncologique était réalisé pour 77 (82 %) d'entre eux.

La proposition thérapeutique du gériatre était suivie chez 85 des 94 patients soit 90 % des cas dont 11 (13 %) en faveur d'une abstention thérapeutique.

Parmi les 9 dossiers pour lesquels l'avis du gériatre n'était pas suivi, 3 patients avaient reçu un traitement oncologique et 6 un traitement symptomatique seul alors que le gériatre s'était prononcé en faveur d'un traitement oncologique.

La réalisation d'un traitement oncologique était inversement associée au degré de fragilité ($p < 0,05$). Ainsi, les patients robustes avaient tous reçu un traitement contre 45 % des patients fragiles.

L'avis du gériatre était également inversement corrélé au degré de fragilité ($p < 0,05$). Il était suivi chez tous les patients robustes, pour 90,5 % des patients vulnérables et 80 % des patients fragiles.

Chez les 9 patients pour lesquels l'avis du gériatre n'était pas retenu, aucun n'était robuste. Un traitement oncologique était réalisé chez 3 patients (1 vulnérable, 2 fragiles) et un traitement symptomatique chez 6 patients (4 vulnérables et 2 fragiles).

Tableau 1 : Description de la population.
Table 1: Patient characteristics.

Caractéristiques	Patients (n = 94)	
	Nb	%
Âge		
Moyen	84,5	
Extrême	[73-96]	
Sexe		
Femme	75	79,8
Homme	19	20,2
Groupe de vieillissement selon Balducci		
Robuste, groupe 1	21	22,3
Vulnérable, groupe 2	53	56,4
Fragile, groupe 3	20	21,3
Type tumeur		
Gynéco sénologie	37	39,4
Digestif	28	29,8
Urologie	5	5,3
Thoracique	4	4,3
Dermatologie	3	3,2
Autre tumeur	3	3,2
Hématologie	2	2,1
ORL	2	2,1
Donnée manquante	10	10,6
Stade		
Localisé	48	51,1
Métastatique	28	29,8
Donnée manquante	18	19,1
Score G8		
≤ 14	80	85,1
> 14	4	4,3
Donnée manquante	10	10,6
Délai entre EGP et suivi		
Moins d'un mois	23	24,5
1 et 3 mois	56	59,6
3 à 6 mois	7	7,4
6 à 12 mois	3	3,2
Plus d'un an	5	5,3

Tableau 2 : Traitement oncologique selon l'avis du gériatre en fonction du groupe de vieillissement de Balducci.
Table 2: Geriatrician therapeutic proposals according to Balducci frailty criteria.

Sujets âgés atteints de cancer	Pop. totale	Robustes	Vulnérables	Fragiles	Test exact de Fisher
	94	21 (22,3 %)	53 (56,4 %)	20 (21,3 %)	NS
Proposition d'un Tnt oncologique	77 (82 %)	21 (100 %)	47 (88,7 %)	9 (45 %)	$p < 0,05$
Proposition thérap du gériatre suivie	85 (90 %)	21 (100 %)	48 (90,5 %)	16 (80 %)	$p < 0,05$
Tnt onco réalisé malgré avis gériatre	3	0	1	2	NS
Tnt sympt seul malgré avis gériatre	6	0	4	2	NS
Tnt sympt seul selon avis gériatre	11	0	2	9	NS

En poursuivant votre navigation, vous acceptez l'utilisation de cookies pour pouvoir utiliser les fonctionnalités du site. Pour en savoir plus sur notre politique en matière de cookies et paramétrer les cookies, [cliquer ici \(https://www.pegase-healthcare.com/data-privacy/\)](https://www.pegase-healthcare.com/data-privacy/)

pour lesquels un traitement oncologique est questionné par l'oncologue, reçoivent ce traitement confirmant ainsi la possibilité d'une stratégie anticancéreuse active chez les patients vulnérables ou fragiles et que l'âge seul ne doit pas freiner l'accès à ces thérapeutiques.

Notre recueil de données ne permettait pas d'évaluer si les traitements oncologiques réalisés étaient conformes aux recommandations des sociétés savantes, ou adaptés en nature ou en intensité. Le caractère rétrospectif de l'étude rend compte de cette imprécision qui limite l'analyse fine de l'impact de la proposition gériatrique dans le parcours de soins cancérologique.

Malgré son faible effectif, la population de l'étude apparaît comparable à la population régionale des patients ayant eu une EGP entre 2014 et 2017 **19** en CVL en termes d'âge, de stade de la tumeur, de fragilité identifiée par le test G8 et de proportion des cancers gynécologiques et digestifs, qui sont les plus fréquents chez les sujets âgés **20**. On observe cependant une surreprésentation des femmes possiblement liée aux pratiques courantes des centres.

L'effectif limité de notre population ainsi que les données manquantes liées au caractère rétrospectif de l'étude ne nous ont pas permis d'analyser avec une puissance suffisante les autres facteurs potentiels influençant la réalisation ou non d'un traitement oncologique. Il s'agit en particulier des données oncologiques (type de tumeur, stade) ou gériatriques (éléments de l'EGP, interventions proposées et effectivement réalisées, devenir au long cours des patients). Ceci apparaît particulièrement dans les rares cas de discordance relevés entre l'avis du gériatre et le traitement réalisé.

Dans notre étude, la diminution significative de la prise en compte de l'avis gériatrique avec l'augmentation du degré de fragilité montre la complexité croissante de la prise en soins de ces patients. Les 9 dossiers pour lesquels l'avis du gériatre n'a pas été retenu concernaient des patients vulnérables ou fragiles. Pour un tiers d'entre eux un traitement oncologique a été entrepris alors que le gériatre était favorable à un traitement symptomatique. Pour les deux autres tiers, une abstention thérapeutique a été décidée alors que le gériatre se prononçait en faveur d'une mise en traitement. Une étude prospective visant à identifier les facteurs explicatifs de ces discordances pourrait être envisagée. La recherche d'indicateurs témoignant d'une dégradation de l'état de santé, d'un refus de soins du patient ou à l'inverse de son souhait de recevoir un traitement, de la réticence des oncologues à proposer des traitements à des patients fragiles ou la crainte des gériatres des traitements oncologiques lourds chez des patients fragiles serait particulièrement intéressante.

L'avis du gériatre était sollicité pour des patients très majoritairement vulnérables ou fragiles et sa proposition était plus fréquemment une abstention thérapeutique chez les patients fragiles par rapport aux patients robustes ou vulnérables. Notre travail montre cependant certaines limites de la classification de Balducci puisque 45 % des patients identifiés fragiles ont reçu un traitement oncologique. Ici encore une étude prospective serait utile pour évaluer le rôle respectif des fragilités, des caractéristiques de la tumeur (localisation et stade notamment), du type de traitement oncologique et de son risque d'effets indésirables inacceptables.

L'étude PAGAPAC **21**, menée en Pays de Loire, a mesuré les modifications de traitements oncologiques engendrées par l'avis du gériatre. Ainsi, le gériatre proposait une modification du schéma thérapeutique pour 15 % des patients (29/188 dossiers) qui se traduisait soit par un changement des modalités de traitement ou du protocole proposé, ou bien l'adaptation de la dose délivrée. L'intégralité des réserves émises par le gériatre sur le schéma thérapeutique avait été prise en compte et 75 % des mesures correctives proposées lors de l'EGP initiale étaient mises en oeuvre.

Les études GAP-70 **7** et GAIN **8**, présentées à l'ASCO en 2020, ont démontré l'intérêt des interventions guidées par l'EGP dans la diminution des toxicités liées à la chimiothérapie. L'essai INTEGRATE **9** montre, quant à lui, une amélioration de la qualité de vie des patients. L'étude randomisée multicentrique PREPARE **22**, en cours sur le territoire national a pour objectif d'évaluer, l'impact de l'intervention gériatrique sur la survie globale et la qualité de vie des patients.

Une investigation complète de l'ensemble des décisions prises et mesures réalisées dans le parcours patient, depuis la proposition de la RCP initiale, permettrait de mesurer l'impact de la prise en soins gériatrique dans le dispositif global d'oncogériatrie.

C'est en partie l'objectif poursuivi dans une étude rétrospective en cours en Centre-Val-de-Loire qui mesure le niveau de suivi et de mise en oeuvre des recommandations gériatriques à l'issue de l'EGP initiale en vue d'identifier d'éventuels facteurs prédictifs à la réalisation de ces interventions.

Conclusion

Le fort taux de traitements entrepris conformément à l'avis du gériatre conforte la place de l'EGP dans le parcours de soins des patients âgés atteints de cancer. Les rares discordances qui conduisent à la réalisation d'un traitement non-conforme à l'avis du gériatre sont observées chez des patients vulnérables ou fragiles. Elles nécessitent une analyse prospective portant également sur la caractérisation d'éventuels refus des patients, la détérioration rapide de leur état de santé, la réticence des oncologues ou la complexité du traitement oncologique proposé.

Bibliographie

- 1** Hamaker ME, Vos AG, Smorenburg CH, de Rooij SE, van Munster BC. The value of geriatric assessments in predicting treatment tolerance and all-cause mortality in older patients with cancer. *Oncologist* 2012 ; 17 : 1439-49.
- 2** Caillet P, Laurent M, Bastuji-Garin S, Liuu E, Culine S, Lagrange JL, *et al.* Optimal management of elderly cancer patients: usefulness of the Comprehensive Geriatric Assessment. *Clin Interv Aging* 2014 ; 9 : 1645-60.
- 3** Extermann M, Aapro M, Bernabei R, Cohen HJ, Droz JP, Lichtman S, *et al.* Use of comprehensive geriatric assessment in older cancer patients: recommendations from the task force on CGA of the International Society of Geriatric Oncology (SIOG). *Crit Rev Oncol Hematol* 2005 ; 55 : 241-52.
- 4** Caillet P, Canoui-Poitrine F, Vouriot J, Berle M, Reinald N, Krypciak S, *et al.* Comprehensive geriatric assessment in the decision-making process in elderly patients with cancer: ELCAPA study. *J Clin Oncol* 2011 ; 29 : 3636-42.
- 5** Soubeyran P, Bellera C, Goyard J, Heitz D, Curé H, Rousselot H, *et al.* Screening for Vulnerability in Older Cancer Patients: The ONCODAGE Prospective Multicenter Cohort Study. *PLoS One* 2014 ; 9 : e115060.
- 6** Bellera CA, Rainfray M, Mathoulin-Pélissier S, Mertens C, Delva F, Fonck M, *et al.* Screening older cancer patients: first evaluation of the G-8 geriatric screening tool. *Ann Oncol* 2012 ; 23 : 2166-72.
- 7** Mohile S, Mohamed M, Culakova E, Xu H, Loh K, Magnuson A, *et al.* A geriatric assessment (GA) intervention to reduce treatment toxicity in older patients with advanced cancer: A University of Rochester Cancer Center NCI community oncology research program cluster randomized clinical trial (CRCT). *J Clin Oncol* 2020 ; 38 : 12009.
- 8** Li D, Sun C, Kim H, Chung V, Koczywas M, Fakhri M, *et al.* Geriatric assessment-driven intervention (GAIN) on chemotherapy toxicity in older adults with cancer: A randomized controlled trial. *J Clin Oncol* 2020 ; 38 : 12010.
- 9** Soo W, King M, Pope A, Parente P, Darzins P, Davis I. Integrated geriatric assessment and treatment (INTEGRATE) in older people with cancer planned for systemic anticancer therapy. *J Clin Oncol* 2020 ; 38 : 12011.
- 10** Qian C, Knight H, Ferrone C, Kunitake H, Fernandez-del Castillo C, Lanuti M, *et al.* Randomized trial of a perioperative geriatric intervention for older adults with cancer. *J Clin Oncol* 2020 ; 38 : 12012.
- 11** Girre V, Falcou MC, Gisselbrecht M, Gridel G, Mosseri V, Bouleuc C, *et al.* Does a Geriatric Oncology Consultation Modify the Cancer Treatment Plan for Elderly Patients? *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2008 ; 7 : 724-30.
- 12** Chaïbi P, Magne N, Breton S, Chebib A, Watson S, Duron JJ, *et al.* Influence of geriatric consultation with comprehensive geriatric assessment on final therapeutic decision in elderly cancer patients. *Crit Rev Oncol Hematol* 2011 ; 79 : 302-7.
- 13** Decoster L, Kenis C, Van Puyvelde K, Flamaing J, Coning G, De Grève J, *et al.* The influence of clinical assessment (including age) and geriatric assessment on treatment decisions in older patients with

geriatric evaluation on treatment decisions for older cancer patients. A systematic review. *Acta Oncol* 2014 ; 53 : 289-96.

15 Loh KP, Soto-Perez-de-Celis E, Hsu T, de Glas NA, Battisti NML, Baldini C, *et al.* What Every Oncologist Should Know About Geriatric Assessment for Older Patients With Cancer: Young International Society of Geriatric Oncology Position Paper. *J Oncol Pract* 2018 ; 14 : 85-94.

16 Sauger C, Dardaine V, Lefebvre C, Deloigne A, Duport R, Heitzmann P, *et al.* Le Dossier Communiquant en Cancérologie (DCC) au service de l'oncogériatrie en région Centre-Val de Loire. *Le Journal d'Oncogériatrie. JOG J Oncogériatr* 2019 ; 10 : 25-30.

17 Balducci L. Management of cancer in the elderly. *Oncology* 2006 ; 20 : 135-43.

18 Balducci L, Cohen HJ, Enstrom PF, Ettinger DS, Halter J, Gordon LI, *et al.* Senior adult oncology clinical practice guidelines in oncology. *J Natl Compr Canc Netw* 2005 ; 3 : 572-9.

19 Balzano V, Dardaine-Giraud V, Sauger C, Lefebvre C, Heitzmann P, Lecomte T, *et al.* Prevalence of malnutrition and frailty in elderly cancer patients and resulting impact on primary treatment recommendations in colorectal and breast cancer. *J Nutr Oncol* 2020 ; 5 : 162-9.

20 EpiDclic. Épidémiologie des données cliniques Centre-Val de Loire. OncoGériatrie. Population des 75 ans et plus domiciliée en Centre-Val de Loire. PMSI 2010-2019. https://www.esante-centre.fr/portail/gallery_files/site/136/2215/2306/2320/10638.pdf (https://www.esante-centre.fr/portail/gallery_files/site/136/2215/2306/2320/10638.pdf)

21 Bourcy V, Hospital-Bezier A, Amouriaux K, Bourbouloux E, Girre V, Bergerot P, *et al.* Étude de la Portée de l'Avis Gériatrique sur l'Adaptation des traitements des Personnes Âgées atteintes de Cancer (PAGAPAC). *Le Journal d'Oncogériatrie. JOG J Oncogériatr* 2018 ; 9 : 89-98.

22 Soubeyran P, Terret C, Bellera C, Bonnetain F, Jean OS, Galvin A, *et al.* Role of geriatric intervention in the treatment of older patients with cancer: rationale and design of a phase III multicenter trial. *BMC Cancer* 2016 ; 16 : 932.