

**“ IL N'Y A PAS D'AGE
POUR SE FAIRE SOIGNER
DU CANCER ”**



► EN FRANCE,
1 PATIENT SUR 3
ATTEINT DE CANCER
A PLUS DE 75 ANS.

⌚ Plus tôt le diagnostic
est posé, plus vite
vous aurez accès aux
traitements adaptés
à votre santé.

👤 Vous constatez
des signes anormaux,
parlez-en à votre
médecin.



Quand demander une évaluation gériatrique approfondie (EGA) chez un patient âgé atteint de cancer ?

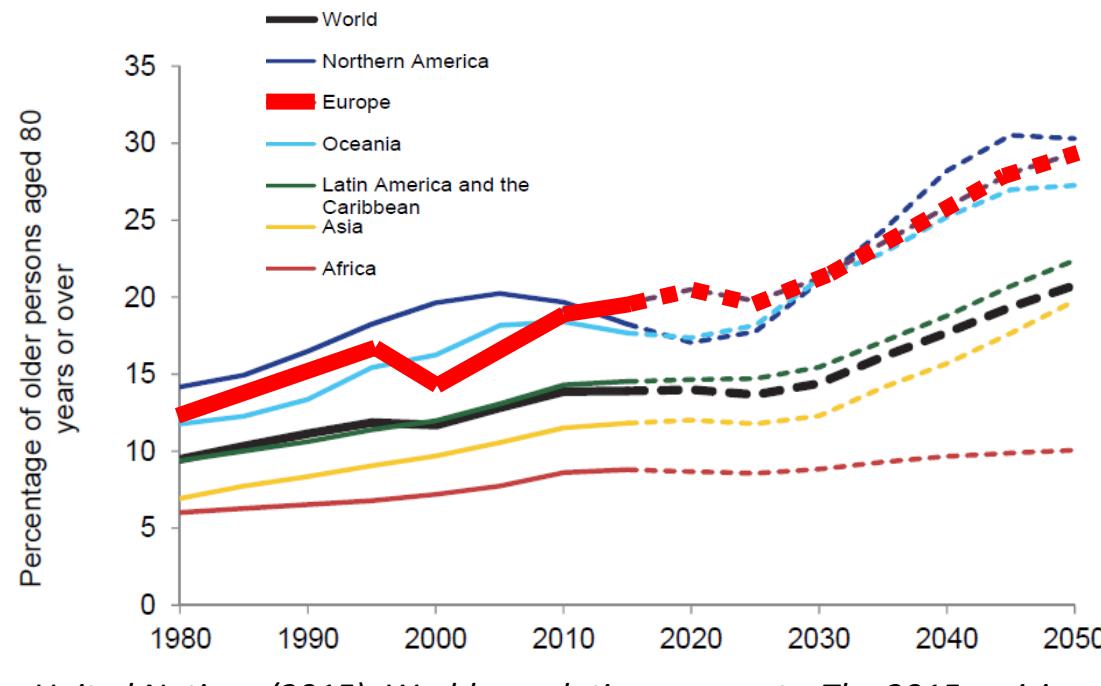
Philippe Caillet

Unité d'onco-gériatrie – HEGP (Paris) / Corentin Celton (Issy-les-Moulineaux)

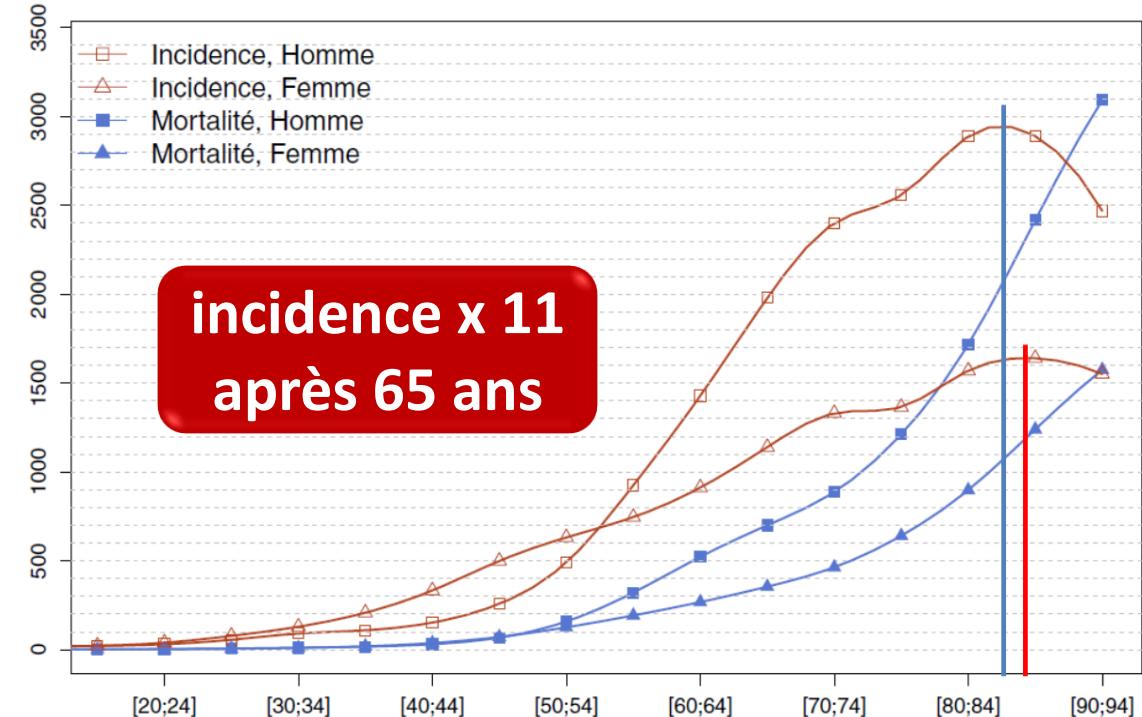


Contexte épidémiologique

80 ans et plus dans le monde, parmi les 60 ans et plus



Incidence et mortalité , tous cancers (France – INVS, 2018)



↗ Nb. de patients âgés atteints de cancer

Cancer = 1^{ère} cause de mortalité entre 65 et 84 ans en France

Des problèmes spécifiques

- **Retard au diagnostic**

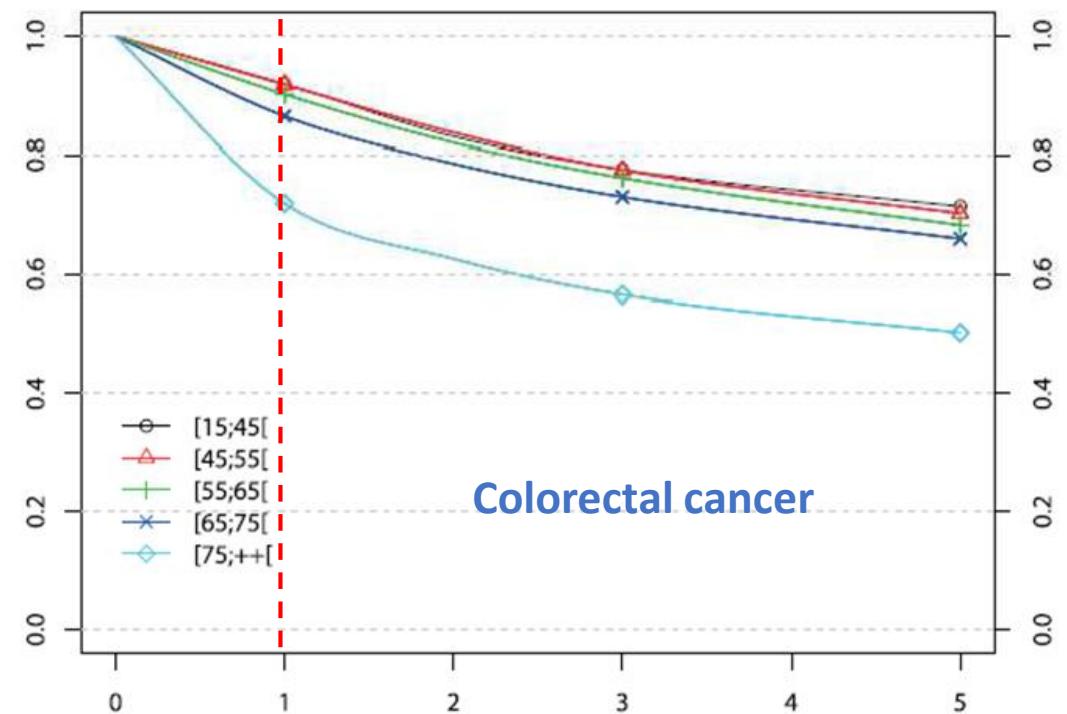
- Arrêt du dépistage
(cancer du sein et du colon : 74 ans)
- Le patient âgé consulte plus tard
- Symptomatologie atypique ou pauvre
- Difficultés à réaliser les investigations

- **Retard au traitement**

- Comorbidités ++
- Altération fonctionnelle
- Altération cognitive
- Isolement social
- Attitude discriminatoire ?
(famille > médecin > patient)

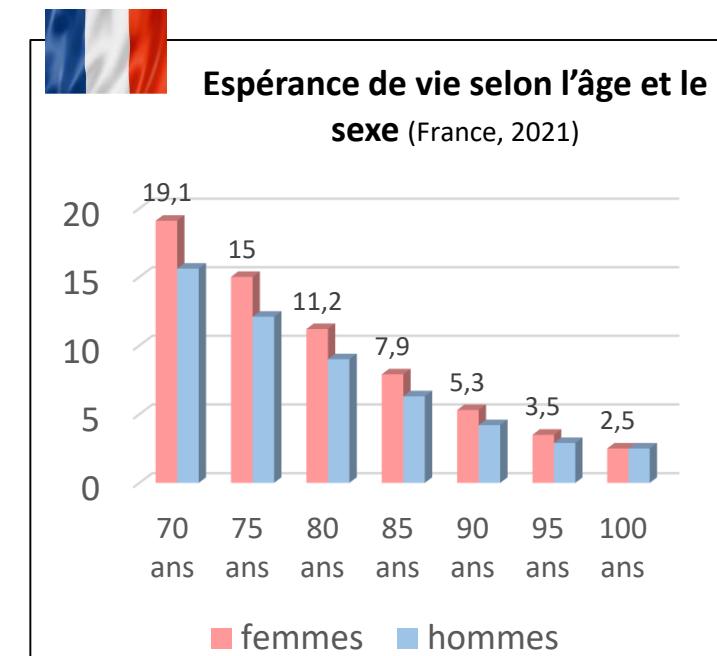
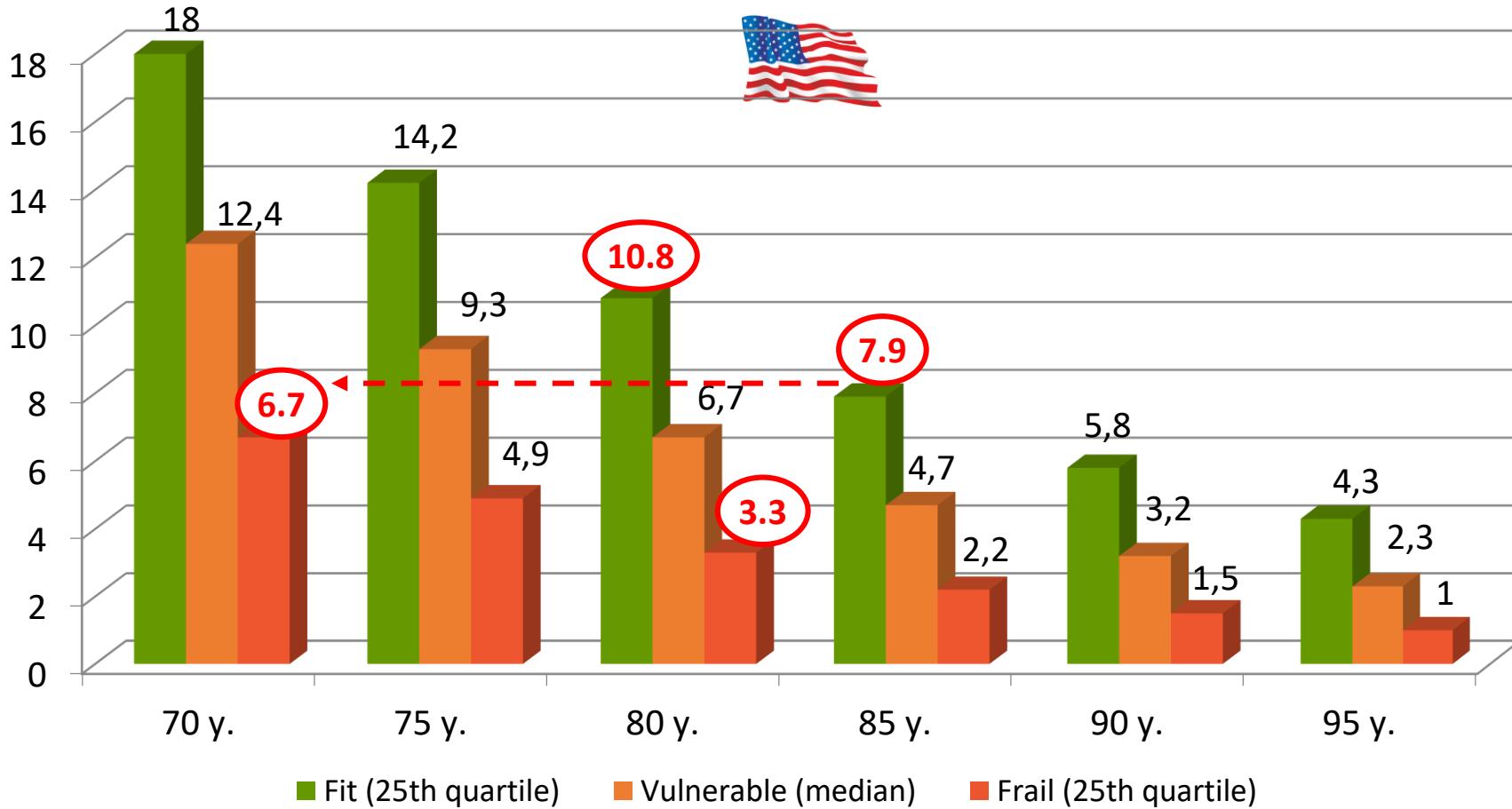


Pronostic plus péjoratif que chez les patients plus jeunes





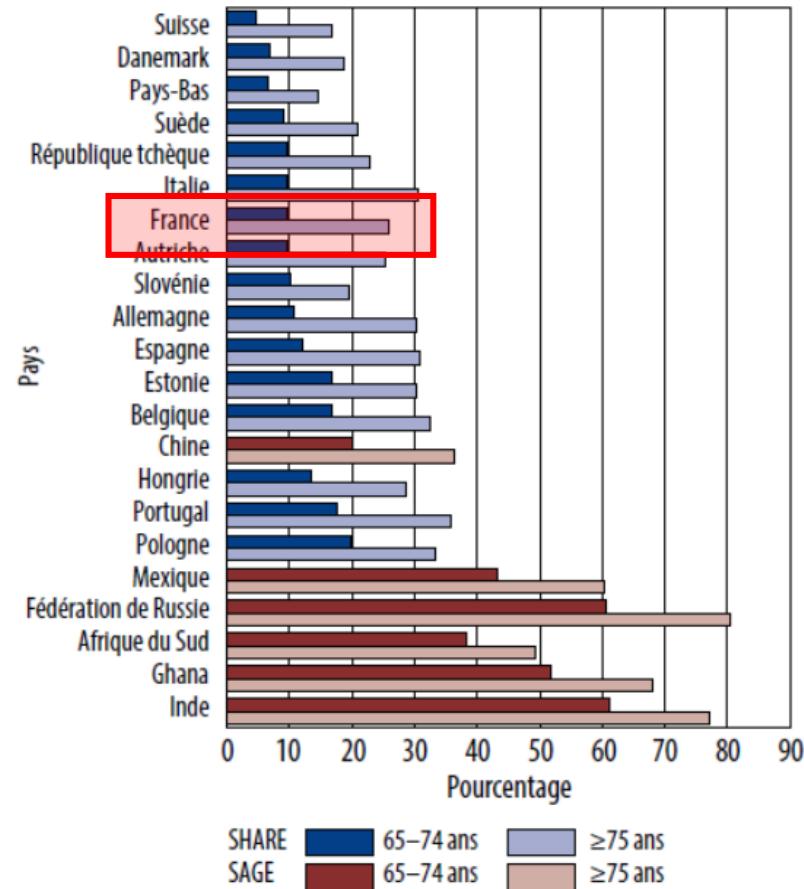
Espérance de vie en fonction de l'âge et de l'état de santé



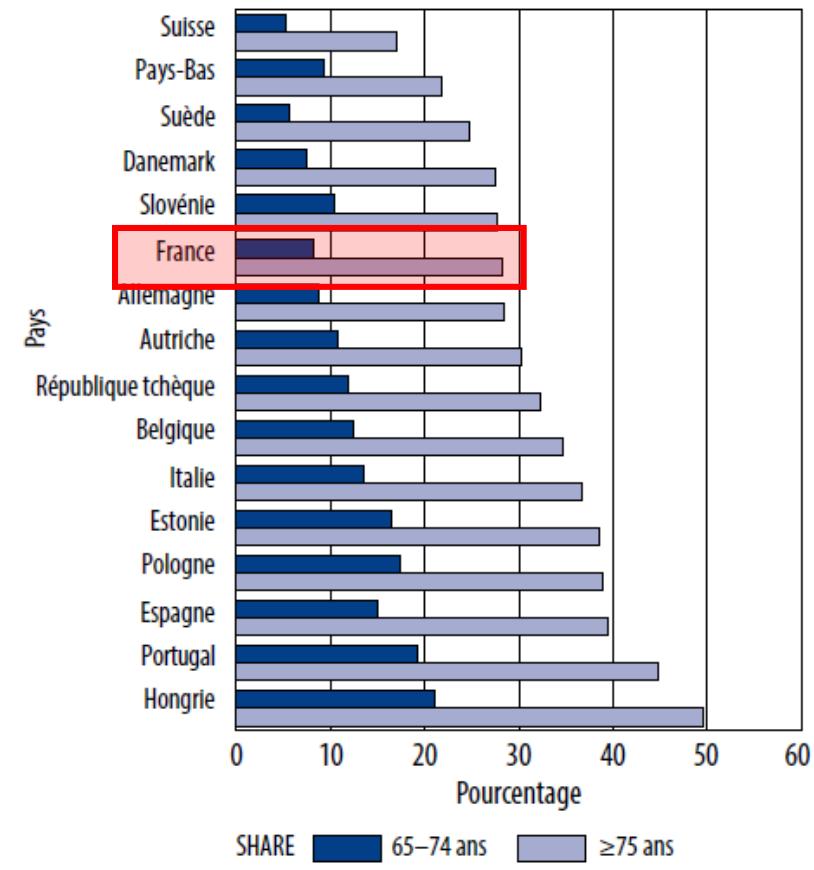
www.insee.fr

Augmentation des altérations fonctionnelles avec l'âge

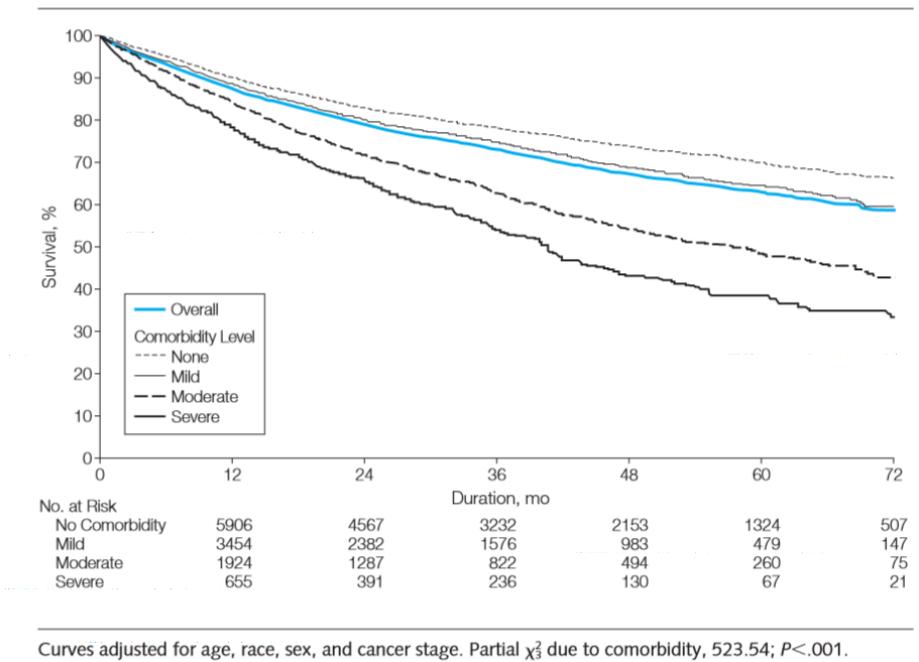
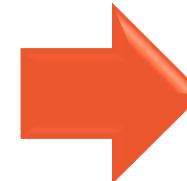
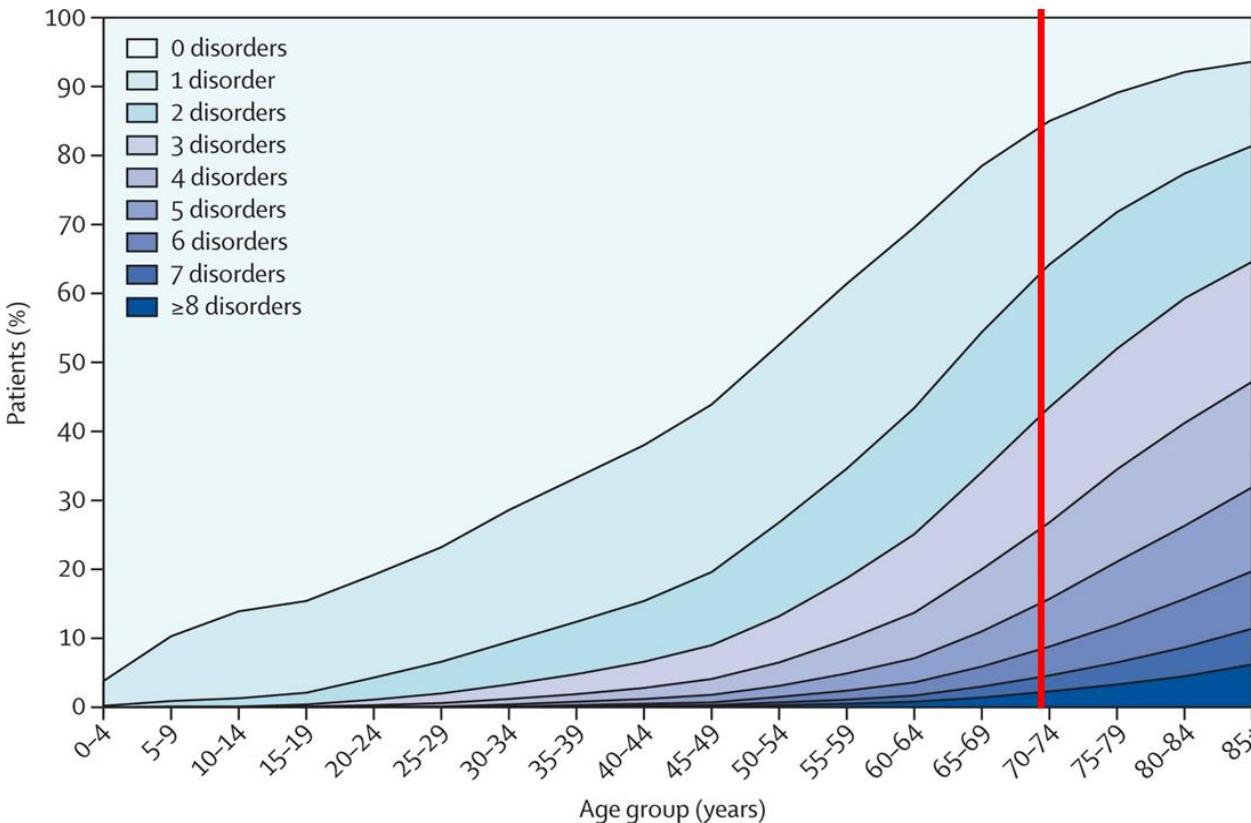
Activités de base de la vie quotidienne



Activités instrumentales de la vie quotidienne



Augmentation des comorbidités avec l'âge

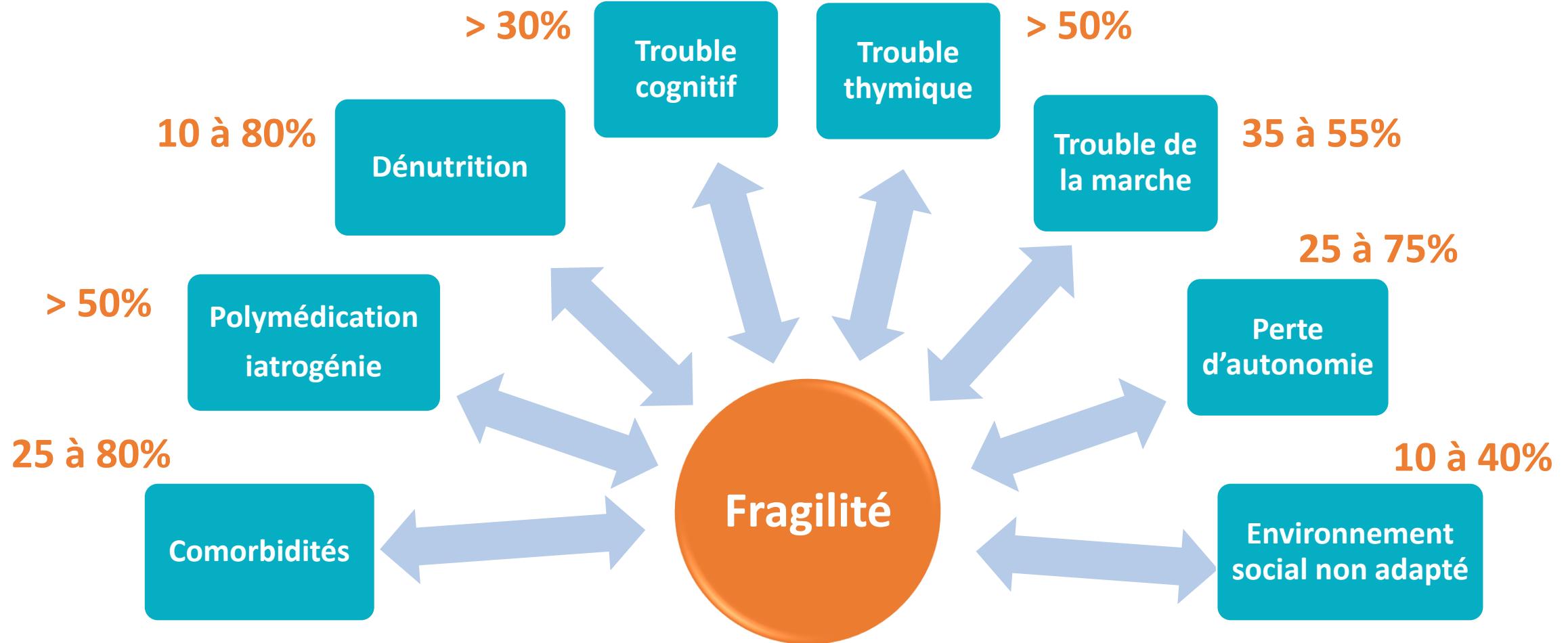


- ⌚ dépistage et/ou diagnostic
- ⌚ diminution de l'intensité des traitements
- ⌚ tolérance aux traitements
- ⌚ survie

Barnett K et al. Lancet 2012; 380: 37-43

Piccirillo JF et al. Critical Reviews in Oncology / Hematology 2008
Gironés R, et al. Lung Cancer 2011
Koroukian SM et al J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2010

Une hétérogénéité gériatrique des patients âgés cancéreux



Dépister avant d'évaluer !





Score G8

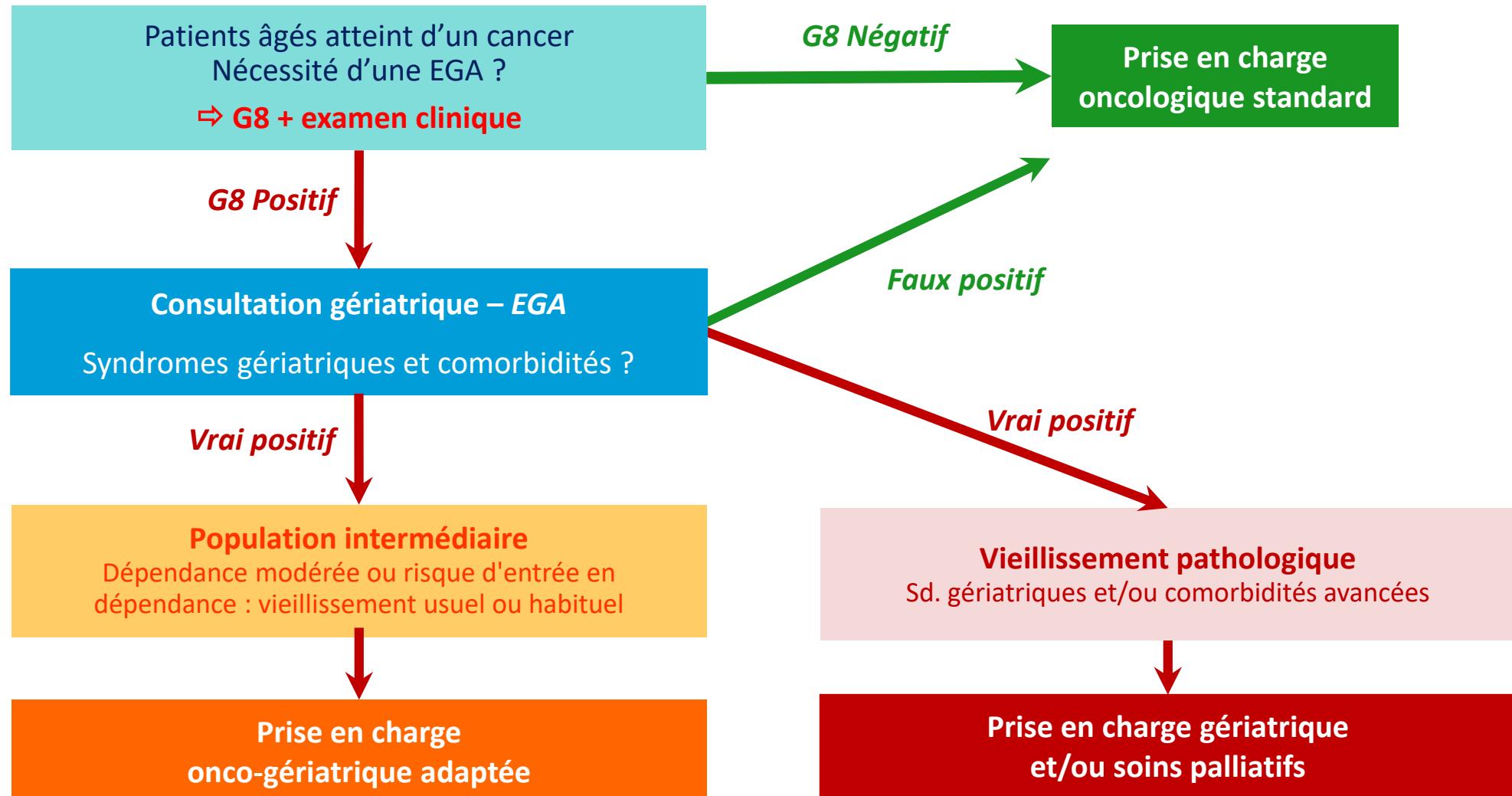
| Items | Scores | | |
|---|---------------------------------|--|--------------------|
| Perte d'appétit | 0. Sévère | 1. Modérée | 2. Aucune |
| Perte de poids | 0. Plus de 3 kg | 1. Ne sait pas | 2. Entre 1 et 3 kg |
| | 3. Aucune | | |
| Mobilité | 0. Confiné au lit ou fauteuil | 1. Se déplace à l'intérieur mais pas à l'extérieur | 2. Sort |
| Problème neuro-psychologique | 0. Démence ou dépression sévère | 1. Démence ou dépression légère ou modérée | 2. Pas de démence |
| IMC (kg/m^2) | 0. <19 | 1. $19 - 21$ | 2. $21 - 23$ |
| | 3. > 23 | | |
| > 3 médicaments | 0. Oui | 1. Non | |
| Santé subjective | 0. Moins bonne | 0,5. Ne sait pas | 1. Aussi bonne |
| | 2. Meilleure | | |
| Âge | 0. > 85 ans | 1. $75 - 85$ ans | 2. < 75 ans |
| Total (0 à 17) – Seuil pour demande d'avis gériatrique : score $\leq 14/17$ | | | |

- G8 anormal ($\leq 14/17$) dans 68,5 %
- EGA anormale dans 80 % (≥ 1 domaine EGA)
(76% de PS 0 ou 1)
- Sensibilité = 76,6 %
- Spécificité = 64,4 %
- Temps de réalisation : $4,4 \pm 2,9$ min.

Bellera CA et al. Ann Oncol. 2012; 23(8): 2166-72

Soubeyran P et al. PLoS One 2014; 9(12): e115060

Stratégie de prise en charge





Quand?



Décision et mise en œuvre des traitements plus difficiles



Surtraitement

Sur-toxicité

Mauvaise tolérance

Application de recommandations établies pour des patients plus jeunes

Sous-traitement

Crainte des effets secondaires

Évaluations selon des critères non adaptés au sujet âgé

Exclusion

Évaluations selon des critères non adaptés au sujet âgé

Manque d'analyse objective des possibilités thérapeutiques



- Dépistage systématique de la fragilité gériatrique
- Réalisation d'une évaluation gériatrique approfondie (EGA) avant à la décision de traitement pour les sujets âgés dépistés fragiles
- Adapter les traitements par une réflexion conjointe oncologue-gériatre

Evaluation gériatrique approfondie



- « **Processus diagnostique et thérapeutique multidimensionnel et interdisciplinaire axé sur la détermination des capacités médicales, psychosociales et fonctionnelles d'une personne âgée afin d'élaborer un plan coordonné et intégré de traitement et de suivi à long terme.** »
- Dans la population gériatrique générale (non oncologique), des plans de traitement guidés par l'EGA ont démontré dans certaines études, mais pas toutes, une **amélioration de la survie globale, de la qualité de vie et de la fonction physique, et une réduction du risque d'hospitalisation et de placement en EHPAD**.



- **déetecte les altérations / « vulnérabilités » non identifiées par l'évaluation oncologique**
- **influence la décision thérapeutique**
- aide à dépister les **facteurs pronostiques**
- aide à dépister les **facteurs associés aux effets secondaires du traitement**
- **permet la mise en œuvre d'un plan de soins personnalisé adapté aux problèmes identifiés, qui peuvent être améliorés grâce à une intervention ciblée**

Wildiers H et al. J Clin Oncol 2014; 32: 2595-603

Mohile SG et al. J Clin Oncol 2018; 36(22): 2326-47

Dale W et al. J Clin Oncol 2023; 41(26): 4293-312

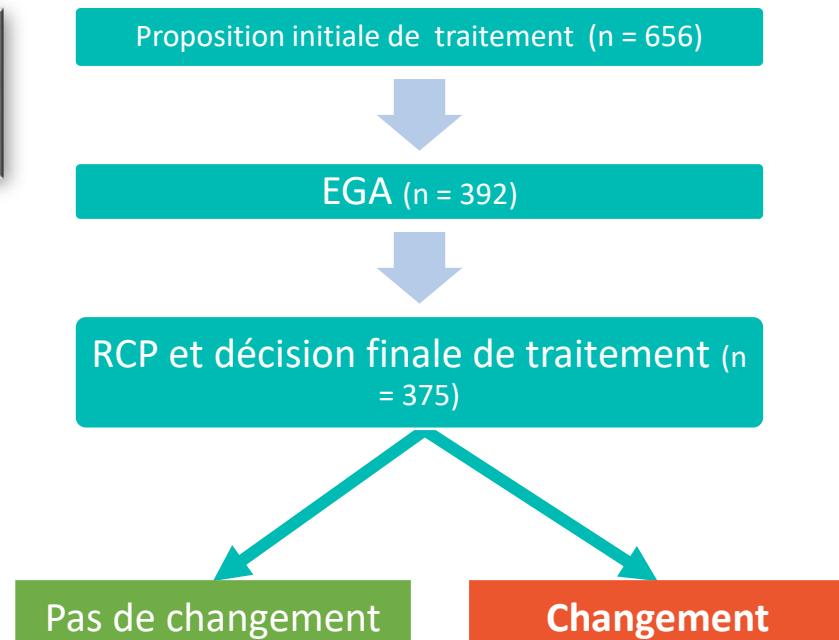
L'EGA avant le traitement oncologique ...

- Étude prospective
- N = 1820 patients
- Âge médian 76 ans (70-96)
- 40% de cancer du sein
21% cancer colorectal
13% hémopathies
12% cancer du poumon

51% des patients ont des problèmes gériatriques non détectés avant l'EGA

| | n | % | 95% CI |
|--|------|------|-----------|
| Questionnaire completed by the treating physician (<i>n</i> = 1967) | 1820 | 92.5 | 91.4–93.7 |
| Physician aware of the results of the assessment at the time of treatment decision ^a (<i>n</i> = 1820) | 1115 | 61.3 | 59.0–63.5 |
| Period 1: 10/2009–05/2010 (<i>n</i> = 661) | 336 | 50.8 | 47.0–54.6 |
| Period 2: 06/2010–12/2010 (<i>n</i> = 624) | 412 | 66.0 | 62.3–69.7 |
| Period 3: 01/2011–07/2011 (<i>n</i> = 535) | 367 | 68.6 | 64.7–72.5 |
| Patients with unknown geriatric problems detected (<i>n</i> = 1820) | 931 | 51.2 | 48.9–53.5 |
| Detected geriatric problems related to: (<i>n</i> = 931) | | | |
| Functionality | 373 | 40.1 | 36.9–43.2 |
| Nutrition | 350 | 37.6 | 34.5–40.7 |
| Fatigue | 341 | 36.6 | 33.5–39.7 |
| Falls | 284 | 30.5 | 27.6–33.5 |
| Depression | 253 | 27.2 | 24.3–30.0 |
| Pain | 221 | 23.7 | 21.0–26.5 |
| Cognition | 177 | 19.0 | 16.5–21.5 |
| Social status | 95 | 10.2 | 8.3–12.2 |

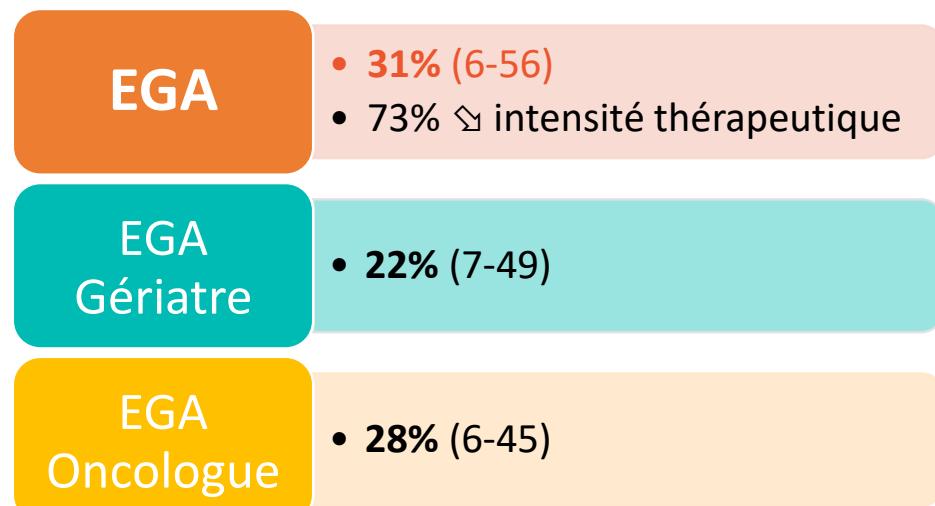
... pour aider à la décision thérapeutique



Facteurs indépendants associés au changement de traitement (analyse multivariée) :

- ADL ($\geq 0,5$ pts) OR ajusté = 1,25 – IC95% (1,04-1,49)
- Dénutrition OR ajusté = 2,99 – IC95% (1,36-6,58)

Proportion de changement du projet thérapeutique après EGA



Hamaker M et al. J Geriatr Oncol 2022; 13: 761-77

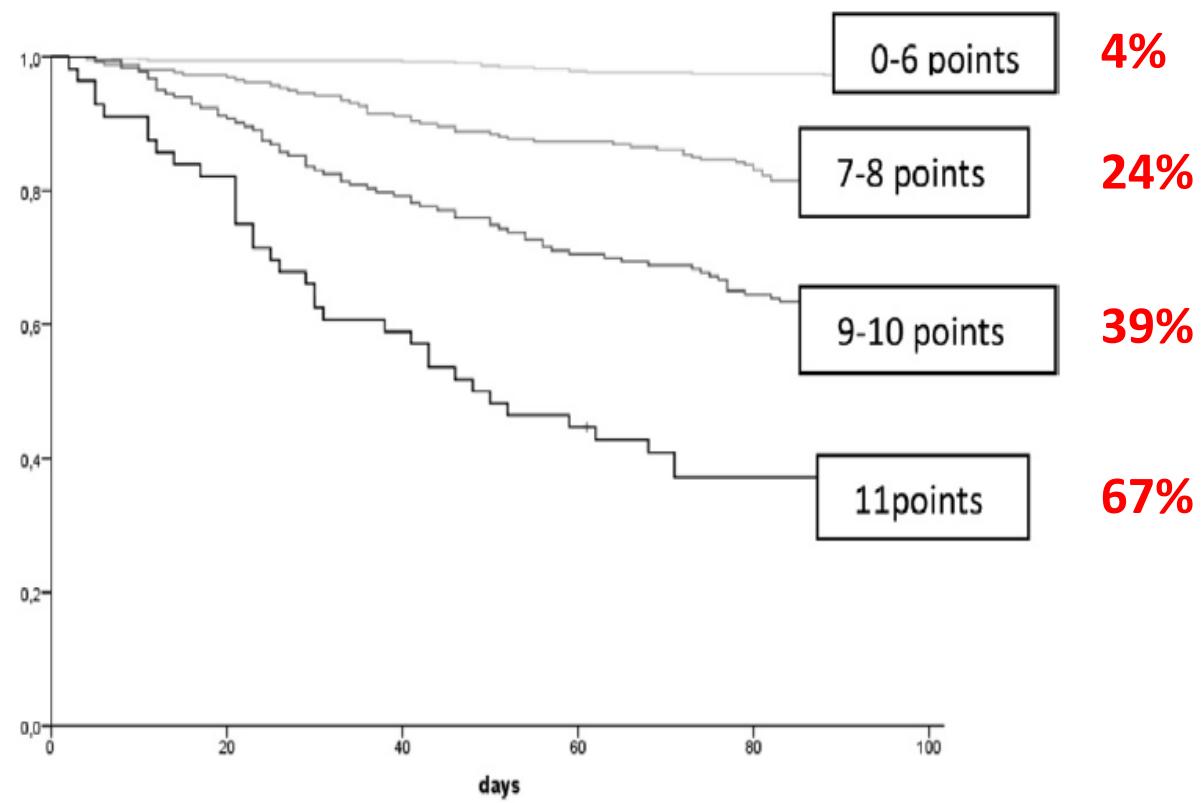
EGA avant chirurgie

N = 1050 – cohorte prospective

Âge moyen = 82 ans

| Risk factors | OR | CI | p | βcoef | Points Score |
|-------------------------|------|----|---------|-------|--------------|
| NUMBER OF META | | | | | |
| =2 | 8,4 | | P=0.04 | 2,416 | 1 |
| >2 | 10,4 | | P=0.01 | 6,276 | 3 |
| Home confinement | | | | | |
| | 4,2 | | p=0.009 | 1,914 | 1 |
| MNA | | | | | |
| > 23,5 | | | Ref | | 0 |
| ≤ 23,5-17 | 9,8 | | P=0.002 | 5,336 | 3 |
| ≤ 17 | 14,5 | | P<0.001 | 8,686 | 4 |
| CANCERS | | | | | |
| Group 1 | | | Ref | | 0 |
| Group 2 | 5,8 | | P=0.015 | 2,061 | 1 |
| ADL<5,5 | | | | | |
| | 5,5 | | P=0.019 | 2,134 | 1 |
| Age >85y | | | | | |
| | 4,6 | | P=0,03 | 2,205 | 1 |

Mortalité à 100 jours



EGA et complications postopératoires

| | Dépendance fonctionnelle | Troubles de la marche et chutes | Altération cognitive | Dénutrition | Comorbidités | Fragilité | Age |
|------------------------------------|--------------------------|---------------------------------|----------------------|-------------|--------------|-----------|-----|
| Mortalité intra-hospitalière | X | | | X | X | | |
| Mortalité à 6 mois | | X | | X | X | | |
| Mortalité à long terme | | | X | | | | |
| Institutionnalisation | | X | | X | X | X | |
| Complications postopératoires | X | X | X | X | X | X | |
| Augmentation de la durée d'hospit. | | | X | X | X | X | |
| Confusion | | X | X | | | | X |
| Hospit. non programmées | | | X | | | X | |

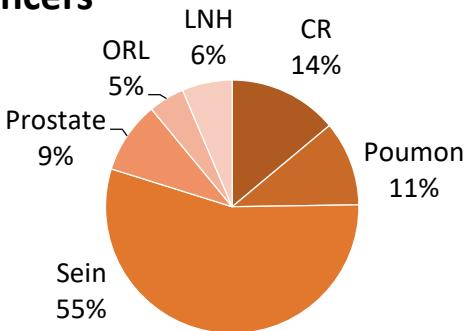
EGA avant un traitement adjuvant

N = 1264 patients

(cohorte prospective ONCODAGE)

- 78 ± 5,4 ans
- 70,3% de femmes
- 13,6 % M+ (inclusion)

Cancers



Facteurs gériatriques associés à la mortalité à 5 ans

| Domaines de l'EGA | Outils (altéré vs N) | HR (IC95%) | p |
|--------------------|----------------------|------------------|----------------------------|
| État nutritionnel | MNA | Suivi à 1 an | 2,97 (2,33-3,78) |
| | | Suivi à 3 ans | 2,24 (1,82-2,77) |
| | | Suivi à 5 ans | 0,73 (0,43-1,24) ns |
| Autonomie | ADL | 75 ans | 1,75 (1,19-1,99) |
| | | 85 ans | 0,83 (0,62-1,10) ns |
| Autonomie | IADL | F, 75 ans | 1,46 (1,06-2,02) |
| | | F, 85 ans | 1,01 (0,71-1,45) ns |
| | | H 75 / 85 | ns |
| Mobilité | TGUG | 75 ans | 2,19 (1,56-3,07) |
| | | 85 ans | 1,27 (0,94-1,72) ns |
| Cognition | MMSE | aucun diplôme | 1,26 (0,87-1,83) ns |
| | | primaire | 1,84 (1,31-2,58) < 0,01 |
| | | secondaire | 2,67 (1,24-5,79) 0,01 |
| | | tertiaire | 3,89 (1,11-13,66) 0,03 |
| État psychologique | GDS-15 | 1,38 (1,13-1,68) | < 0,01 |
| Comorbidités | CIRS-G | 1,64 (1,18-2,28) | < 0,01 |

EGA en situation métastatique



- N = 999
(cohorte prospective ELCAPA)
- Âge moyen = 80 ans
- **41,2% de mortalité à 1 an**
(38,0 - 44,5)

| | Tableau 1. Modèles de Cox multivariés. Facteurs associés à la mortalité globale à 1 an | | | | | | |
|--|--|-------------|--------------------------|----------------|--------|----------------|--------|
| | | | | | | | |
| | Modèle 1-GUG (N=821) | | Modèle 2-ECOG-PS (N=827) | | | | |
| | HR ajusté† | CI95% P‡ | HR ajusté† | CI95% P‡ | | | |
| Site tumoral et statut métastatique | | | | | | | |
| Colorectal M0 | 1,00 | (référence) | | | | | |
| Colorectal M1 | | | | | | | |
| Tractus digestif M0 | | | | | | | |
| Tractus digestif M1 | | | | | | | |
| Sein ou prostate | | | | | | | |
| Sein M1/Mx | | | | | | | |
| Prostate M1/I | | | | | | | |
| Autres cancers | | | | | | | |
| Other cancers | | | | | | | |
| Hémopathies | | | | | | | |
| Autres cancer | | | | | | | |
| Age >80 ans | | | | | | | |
| GUG ≥3 et/ou PS ≤50 | | | | | | | |
| ADL score ≤ 5/6 | | | | | | | |
| ECOG-PS | | | | | | | |
| 0-1 | | | 1,00 (reference) | <0,001 | | | |
| 2 | | | 1,57 1,10-2,44 | | | | |
| 03-avr | | | 3,33 2,42-4,58 | | | | |
| Nombre de comorbidités sévères (grade 3-4, CIRS-G)¶ | 1,14 | 1,04-1,24 | 0,005 | 1,11 1,02-1,22 | 0,021 | 1,14 1,04-1,25 | 0,007 |
| Dénutrition | 2,11 | 1,57-2,83 | <0,001 | 1,81 1,34-2,45 | <0,001 | 2,13 1,57-2,89 | <0,001 |

Facteurs associés à la mortalité à 1 an

- site tumoral & statut métastatique
- âge > 80 ans
- nombre élevé de comorbidités sévères (CIRS-G 3 ou 4)
- dénutrition

indépendamment de l'altération du PS, de l'ADL et du GUG

EGA et toxicité de la chimiothérapie

| Risk Factor | Grades 3 to 5 Toxicity | | | | | | |
|---|------------------------|----|-----|----|------|--------------|-------|
| | Prevalence | | | | OR | 95% CI | Score |
| | No. | % | No. | % | | | |
| Age \geq 72 years | 270 | 54 | 163 | 60 | 1.85 | 1.22 to 2.82 | 2 |
| Cancer type GI or GU | 185 | 37 | 120 | 65 | 2.13 | 1.39 to 3.24 | 2 |
| Chemotherapy dosing, standard dose | 380 | 76 | 204 | 54 | 2.13 | 1.29 to 3.52 | 2 |
| No. of chemotherapy drugs, polychemotherapy | 351 | 70 | 192 | 55 | 1.69 | 1.08 to 2.65 | 2 |
| Hemoglobin $<$ 11 g/dL (male), $<$ 10 g/dL (female) | 62 | 12 | 46 | 74 | 2.31 | 1.15 to 4.64 | 3 |
| Creatinine clearance (Jelliffe, ideal weight) $<$ 34 mL/min | 44 | 9 | 34 | 77 | 2.46 | 1.11 to 5.44 | 3 |
| Hearing, fair or worse | 123 | 25 | 76 | 62 | 1.67 | 1.04 to 2.69 | 2 |
| No. of falls in last 6 months, 1 or more | 91 | 18 | 61 | 67 | 2.47 | 1.43 to 4.27 | 3 |
| IADL: Taking medications, with some help/unable | 39 | 8 | 28 | 72 | 1.50 | 0.66 to 3.38 | 1 |
| MOS: Walking 1 block, somewhat limited/limited a lot | 109 | 22 | 69 | 63 | 1.71 | 1.02 to 2.86 | 2 |
| MOS: Decreased social activity because of physical/emotional health, limited at least sometimes | 218 | 44 | 126 | 58 | 1.36 | 0.90 to 2.06 | 1 |

| Predictors | Points | | |
|--|-----------|------------|----------|
| | 0 | 1 | 2 |
| Hematologic score^a | | | |
| Diastolic BP | ≤ 72 | > 72 | |
| IADL | 26-29 | 10-25 | |
| LDH (if ULN 618 U/L; otherwise, 0.74 /L*ULN) | 0-459 | | > 459 |
| Chemotox ^b | 0-0.44 | 0.45- 0.57 | > 0.57 |
| Nonhematologic score^a | | | |
| ECOG PS | 0 | 1-2 | 3-4 |
| MMS | 30 | | < 30 |
| MNA | 28-30 | | < 28 |
| Chemotox ^b | 0-0.44 | 0.45-0.57 | > 0.57 |

Extermann et al. Cancer 2012; 118(13): 3377-86

Avant un diagnostic supposé de cancer

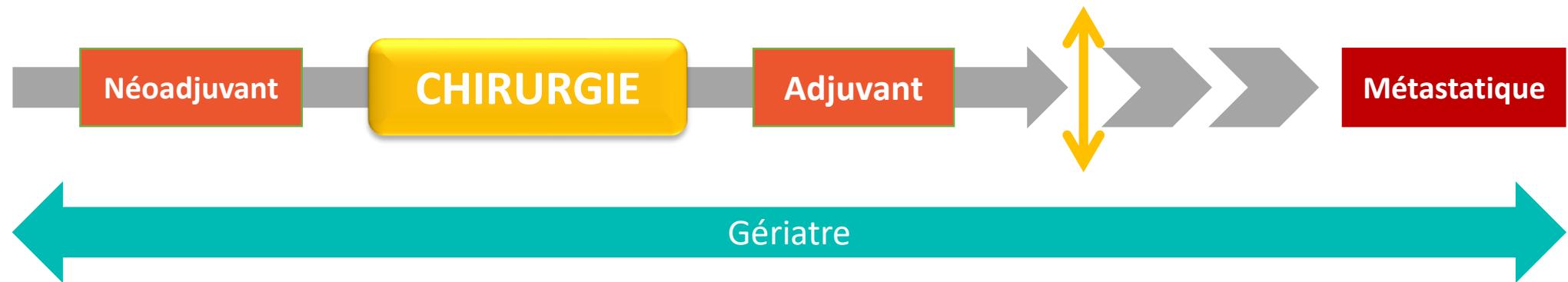
Pertinence et intensité des explorations diagnostiques ?

Explorations
diagnostiques ?



Possibilités
thérapeutiques ?

Quand?



En parallèle du traitement

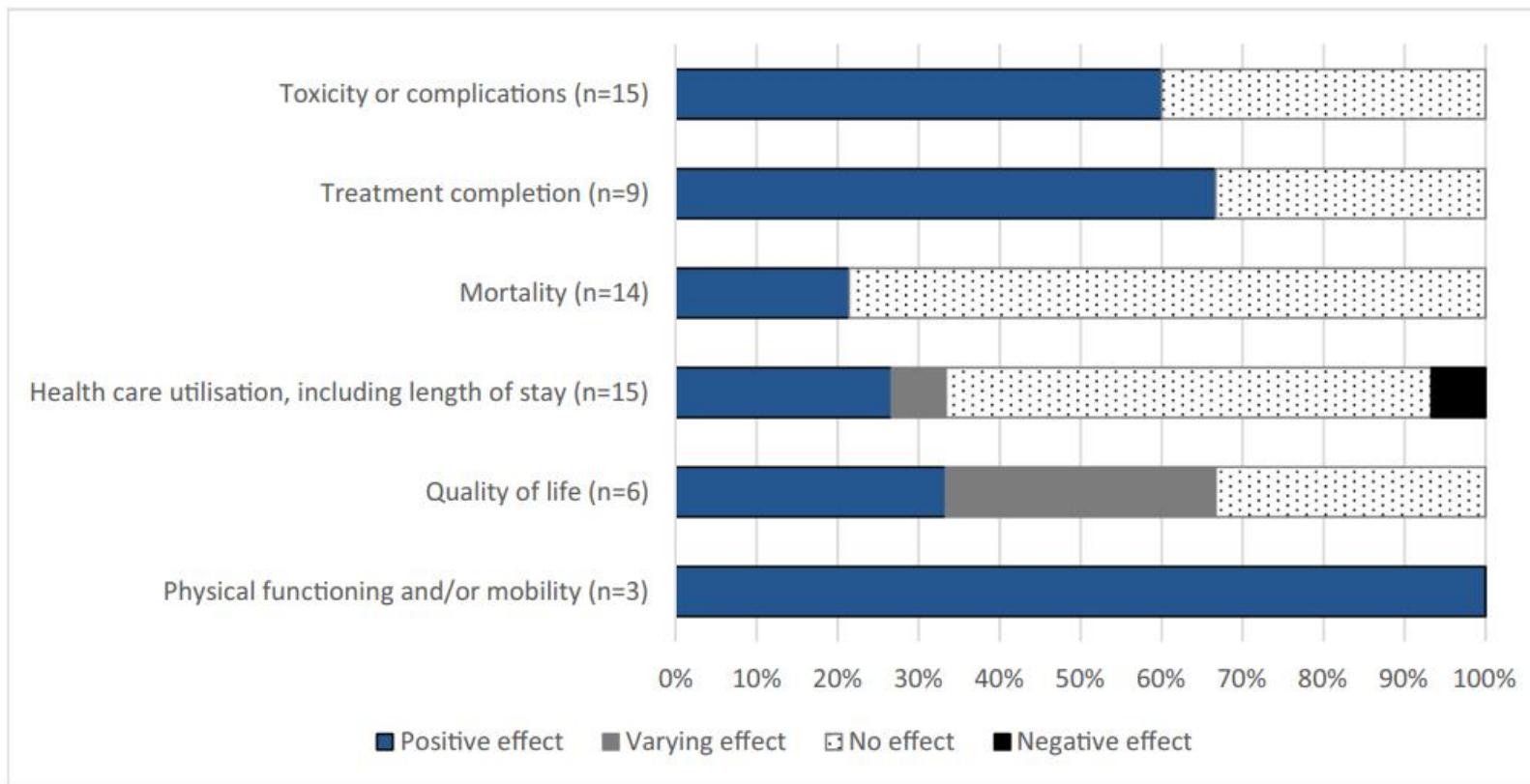
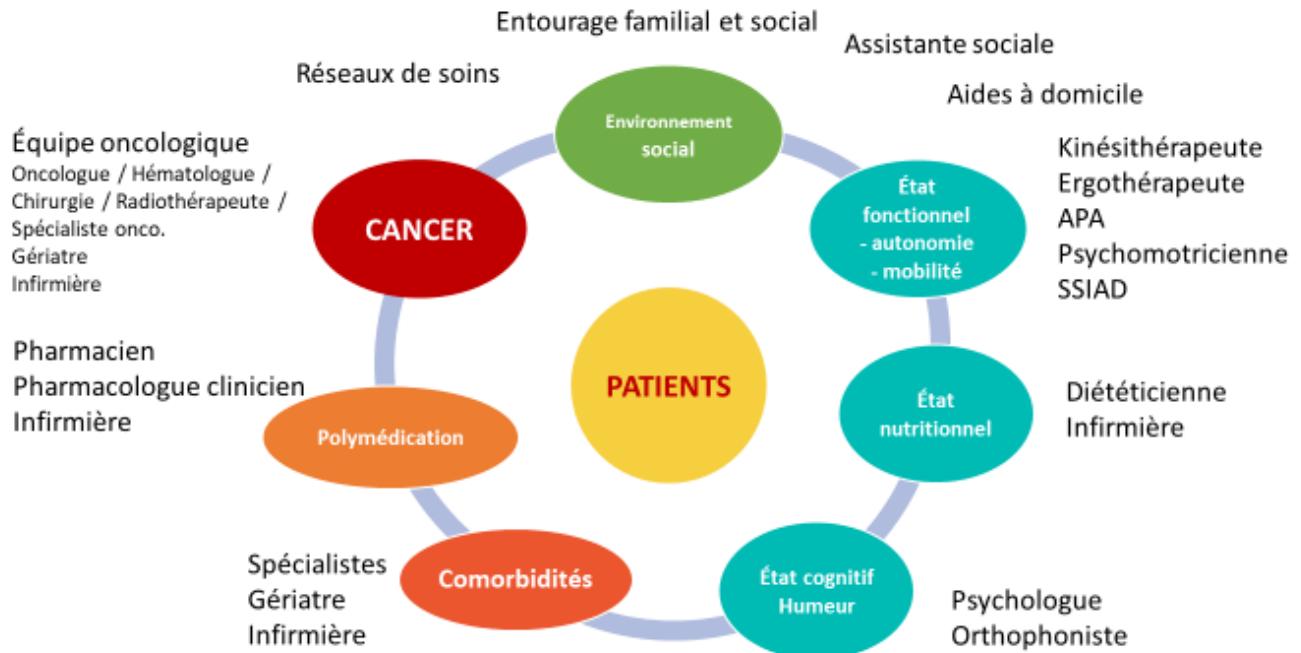


Fig. 4. Summary of the effect of geriatric assessment on course of treatment and outcome. Details per study can be found in Table 2. N represents the number of studies assessing each outcome.

Tout au long du parcours de soins



Une prise en charge multidisciplinaire





Messages

Dépister

Score G8

Évaluer = EGA

- Âge chronologique VS. espérance de vie / capacité à supporter un traitement ?
- Altérations / « vulnérabilités » non identifiées par l'évaluation oncologique
- Estimation de l'espérance de vie
- Décision thérapeutique
- Facteurs pronostiques et prédictifs

QUAND ?

- **Tout au long de la prise en charge thérapeutique**
- **Score G8 ≤ 14/17 avant une modalité thérapeutique**
- Avant une poly-chimiothérapie
- Avant un traitement complexe multimodal (chirurgie / CT / RT / ...)
- En parallèle du traitement pour adapter les prise en charge globale

Merci!