



HAL
open science

RCP dédiée à l'onco-gériatrie : décisions et suivi à quatre mois

Alice Schwartz, Pascale Mere, Fabien Subtil, Hélène Labrosse, Fadila Farsi, Laure Guittard, Byeul-A Kim, Géraldine Martin-Gaujard, Catherine Lombard-Bohas, Elisabeth Castel-Kremer

► To cite this version:

Alice Schwartz, Pascale Mere, Fabien Subtil, Hélène Labrosse, Fadila Farsi, et al.. RCP dédiée à l'onco-gériatrie : décisions et suivi à quatre mois. Bulletin du Cancer, 2022, 109 (6), pp.659-669. 10.1016/j.bulcan.2022.01.014 . hal-04179667

HAL Id: hal-04179667

<https://hal.science/hal-04179667v1>

Submitted on 22 Jul 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial 4.0 International License

RCP dédiée à l'onco-gériatrie : décisions et suivi à quatre mois

Multidisciplinary Team Meeting dedicated to geriatric oncology: decisions and four month follow-up

**Alice Schwartz^{a*}, Pascale Mere^b, Fabien Subtil^c, Hélène Labrosse^d, Fadila Farsi^d, Laure Guittard^{e,f},
Byeul-A Kim^a, Géraldine Martin-Gaujard^a, Catherine Lombard-Boha^g, Elisabeth Castel-Kremer^a**

^a Service de Médecine Gériatrique, Hôpital E. Herriot CHU Lyon, 69002 Lyon, France

^b Service de Radiothérapie, Hôpital privée Jean Mermoz, 69008 Lyon, France

^c Service de Biostatistique Santé, Université Lyon 1, Hôpital E. Herriot CHU Lyon, 69002 Lyon, France

^d Réseau ONCO AURA, réseau régional de cancérologie Auvergne Rhône-Alpes, 69008 Lyon, France

^e Hospices Civils de Lyon, Pôle Santé Publique, Service Recherche et Epidémiologie cliniques, 69002 Lyon, France

^f Université Claude Bernard Lyon 1, Research on Healthcare Performance (RESHAPE), INSERM U1290, F-69008 Lyon, France

^g Service d'Oncologie digestive, Hôpital E. Herriot CHU Lyon, 69002 Lyon, France

* **Auteur correspondant** : Alice Schwartz

Service de Médecine Gériatrique, Hôpital E. Herriot CHU Lyon, 69002 Lyon, France

E-mail : alice.schwartz@chu-lyon.fr

Résumé

INTRODUCTION : Des réunions de concertation pluridisciplinaires dédiées à l'onco-gériatrie se tiennent à l'hôpital E. Herriot de Lyon. Elles réunissent oncologues et gériatres pour optimiser, par leur expertise complémentaire, le projet de soin de patients âgés atteints de cancer. L'objectif est de démontrer l'intérêt de ces réunions de concertation pluridisciplinaires et de décrire le suivi des recommandations oncologiques et gériatriques. **MÉTHODE** : Il s'agit d'une étude descriptive, prospective non interventionnelle analysant les réunions de concertation pluridisciplinaires dédiées aux patients de plus de 70 ans atteints d'un cancer. Tous les patients ont bénéficié d'une évaluation gériatrique standardisée (EGS) avec un suivi à quatre mois. **RÉSULTATS** : Cent vingt et un patients ont été inclus avec un score G8 ≤ 14 (93 %), une dépendance légère ADL < 6 (36 %) et IADL < 4 (42 %). Le CIRS-G médian est de huit avec en moyenne trois syndromes gériatriques/patient. Les cancers sont en majorité non métastatiques. Lorsqu'un traitement oncologique est recommandé (80 %) il est en majorité curatif (58 %). Des recommandations gériatriques ont été émises pour 75 % des patients. À quatre mois, quatre patients ont été perdus de vue et 34 sont décédés. On ne retrouve pas de modification significative du niveau de dépendance. Dans 75 % des cas au moins une recommandation gériatrique a été suivie et 77 % des recommandations oncologiques. **DISCUSSION** : Les recommandations ont pu être suivies à quatre mois, elles ont été réalisées de façon comparable qu'elles aient été oncologiques ou gériatriques. Ces réunions de concertation pluridisciplinaires spécialisées en onco-gériatrie semblent bénéfiques dans le processus décisionnel onco-gériatrique. Il est important de poursuivre et de renforcer ce co-management.

Mots-clés : Onco-gériatrie ; Réunion de Concertation Pluridisciplinaire ; Projet thérapeutique personnalisé, processus décisionnel.

Abstract

INTRODUCTION: MTDM dedicated to geriatric oncology are held at the E.Herriot hospital in Lyon. They bring together oncologist and geriatrician to optimize, through their complementary expertise, the care plan for elderly cancer patients. The aim is to demonstrate the value of these MTDMs and to describe the follow-up of oncological and geriatric recommendations. **METHODS**: This is a descriptive, prospective, non-interventional study analyzing the MTDMs dedicated to patients over 70 years old with cancer. All patients underwent a comprehensive geriatric assessment (CGA) with a four-month follow-up. **RESULTS**: 121 patients were included with a G8 score ≤ 14 (93 %), a slightly diminishing independence ADL <6 (36%) and IADL <4 (42%). The median CIRS-G is eight with on average, three geriatric syndromes / patient. Most cancers are non-metastatic. When oncological treatment is recommended (80 %) it is mostly curative (58 %). Geriatric recommendations were made for 75 % of patients. At four months, four patients were lost to follow-up and 34 died. No significant change in the dependency level was found. In 75 % of cases, at least one geriatric recommendation were followed and 77 % of oncological recommendations. **CONCLUSION**: The recommendations could be followed at four months; they were carried out in a comparable way whether they were oncological or geriatric. These MTDMs specializing in geriatric oncology appear to be beneficial in the geriatric oncology decision-making process. It is important to continue and strengthen this co-management.

Keywords: geriatric oncology, multidisciplinary team meeting, personalized therapeutic project, decision-making

Introduction

Le cancer est une pathologie liée à l'âge, son incidence augmente régulièrement au cours de la vie. Il est la première cause de décès des personnes âgées de 75 à 85 ans et la seconde chez les plus de 85 ans (1). Pour les plus âgés, 85 ans et plus, 45 993 nouveaux cas de cancers étaient estimés en 2017, soit près de 11,5 % de l'ensemble des cas de cancers diagnostiqués. Les sujets âgés sont particulièrement exposés au risque de toxicité des schémas thérapeutiques référencés mais aussi au sous-traitement : Ils bénéficient plus rarement de chirurgie complète, de radiothérapie, de chimiothérapie,

d'hormonothérapie et relèvent d'une abstention thérapeutique plus fréquente (2). Certains avancent en âge avec peu de pathologies chroniques et une indépendance conservée, tandis que d'autres cumulent des déficits et sont à risque de polymédication. Tous ces éléments sont en étroite interaction avec l'environnement socio-économique de la personne. C'est pourquoi cette population nécessite une prise en charge globale pour prendre en considération son hétérogénéité.

L'évaluation gériatrique standardisée est un processus diagnostique multidimensionnel, interdisciplinaire du sujet âgé. Ce processus est orienté vers l'identification systématique des problèmes médicaux, des capacités psychosociales et fonctionnelles dans le but d'implanter un projet de traitement avec un suivi de longue durée tenant compte des réalités personnelles et des besoins des patients (3). Stuck a mis en évidence que l'EGS est bénéfique pour améliorer la survie et le statut fonctionnel des personnes âgées en particulier lorsqu'elle est associée à un suivi en ambulatoire (4).

Actuellement les dossiers de patient avec suspicion de cancer doivent être discutés en réunion de concertation pluridisciplinaire (5). Dans la littérature, de nombreux articles rapportent la nécessité d'une véritable évaluation gériatrique standardisée dans la prise de décision (6). Du fait de sa complexité, l'expertise onco-gériatrique se conclut généralement par un avis onco-gériatrique à distance de la réunion de concertation pluridisciplinaire d'organe (7), c'est un modèle de réflexion que l'on peut qualifier « en silo » sans discussion interdisciplinaire. Un modèle de réunion de concertation pluridisciplinaire dédiée aux cancers des personnes âgées permet aux oncologues et aux gériatres de partager les bilans et les analyses puis de proposer un parcours personnalisé de soins adapté à chaque situation.

Les membres de la réunion de concertation pluridisciplinaire onco-gériatrique de l'hôpital Édouard Herriot à Lyon examinent chaque semaine les dossiers de patients âgés de 70 ans et plus. Sa mixité est double, celle des participants : médecins oncologues, gériatres, radiothérapeutes, chirurgiens gastro-entérologues, urologues, gynécologues, pharmaciens, infirmières et d'autre part, une mixité des établissements, public et privé.

Nous avons réalisé une étude prospective, descriptive, de cette réunion de concertation pluridisciplinaire d'onco-gériatrie. Il s'agit d'analyser son fonctionnement, la nature des dossiers discutés, la faisabilité du suivi à quatre mois ainsi que la réalisation des recommandations oncologiques et gériatriques émises lors de la réunion de concertation pluridisciplinaire.

Patients et méthodes

[Patients : données oncologiques et gériatriques](#)

La population cible de cette étude correspond à des patients âgés de 70 ans et plus atteints d'un cancer ou susceptible de l'être dont le dossier est discuté en réunion de concertation pluridisciplinaire d'onco-gériatrie. Dans la grande majorité des cas, les patients ont été vus en amont de la réunion de concertation pluridisciplinaire par un oncologue ou un spécialiste d'organes qui a effectué l'évaluation oncologique. De plus, ils ont tous bénéficié d'une évaluation gériatrique standardisée.

Évaluation oncologique

L'évaluation oncologique est le plus souvent réalisée par des équipes cancérologiques spécialisées dans les différents organes (digestifs, pneumologiques, urologiques, gynécologiques...). Des examens complémentaires (biologiques, radiologiques, endoscopiques...) sont effectués afin d'établir le diagnostic ainsi que sa preuve anatomopathologique. Ainsi, sont établis le stade de la maladie selon la taille de la tumeur (T), l'existence d'une dissémination aux ganglions lymphatiques (N) et le statut métastatique (M). Une biopsie de la lésion permet d'obtenir une analyse histologique et de rechercher les récepteurs et les mutations éventuelles. Au terme de ce bilan, le médecin référent définit, en réunion de concertation pluridisciplinaire d'organe, un traitement théorique avec l'appui des référentiels et recommandations existants. Mais se pose la question de sa faisabilité chez ces patients âgés. De plus, le choix du traitement reste difficile car la population gériatrique est souvent exclue des essais cliniques (8,9). En effet, en France, les plus de 75 ans ne représentent que 4 % de la population incluse dans les études (10).

C'est pourquoi, le score G8 qui évalue huit critères gériatriques est préconisé par l'INCa (Institut nationale du cancer) pour permettre aux oncologues de repérer les patients âgés nécessitant une évaluation gériatrique standardisée avant

traitement oncologique. Il a été validé par l'étude Oncodage (11) qu'un score inférieur ou égal à 14/17 oriente vers la réalisation d'une évaluation gériatrique standardisée. Cet outil tient compte de l'âge, de l'état nutritionnel, psycho-cognitif et locomoteur, d'une éventuelle polymédication et du ressenti du patient concernant son propre état de santé ; à noter qu'il ne considère pas les comorbidités.

Évaluation gériatrique standardisée

L'évaluation gériatrique est réalisée lors d'une consultation dédiée par un médecin, gériatre ou oncologue, formé à l'onco-gériatrie et, parfois, une IDE (Infirmière diplômée d'état) formée à l'évaluation onco-gériatrique. C'est une consultation longue, centrée sur un interrogatoire et un examen clinique. Pour réaliser cette évaluation, nous avons à disposition des outils validés et reconnus au niveau international (12–14). La liste présentée dans le Tableau 1 est non exhaustive. Elle correspond aux tests et échelles utilisés dans les deux centres pour cette étude.

Cette évaluation contient une description de l'environnement socio-économique du patient. Nous avons recueilli les lieux de vie (domicile, foyer logement, EHPAD ou USLD), l'entourage familial et la présence d'aide professionnelle au quotidien.

Quand il n'a pas été réalisé par les oncologues, c'est l'infirmière d'évaluation qui a réalisé le score G8.

Nous avons complété l'évaluation des principaux syndromes gériatriques par un interrogatoire pour rechercher des déficits des fonctions sensorielles et sphinctériennes. La polymédication a été définie comme la prise de cinq médicaments et plus. Enfin, des marqueurs biologiques reconnus comme facteur pronostique et indicateur de la tolérance thérapeutique ont été répertoriés : l'albuminémie, l'hémoglobine, le taux de leucocytes et la fonction rénale (15,16).

Une estimation de la qualité de vie du patient a été réalisée à l'aide d'une échelle numérique d'auto-évaluation.

Réunion de concertation pluridisciplinaire d'onco-gériatrie de l'hôpital Édouard Herriot

Des réunions de concertation pluridisciplinaires onco-gériatriques sont organisées à l'hôpital Édouard Herriot depuis 2006 pour examiner les dossiers de patients âgés atteints de cancer. Environ 450 dossiers sont présentés chaque année. La plupart des dossiers présentés sont issus des consultations d'oncologie et les autres des services de gériatrie, pour ces derniers la discussion peut être le bénéfice de la poursuite des examens complémentaires. Lorsque le projet thérapeutique onco-gériatrique est discuté il y a soit une proposition oncologique définit en amont durant la réunion de concertation pluridisciplinaire d'organe et celle-ci est discutée lors de la réunion avec des oncologues de la spécialité au vu de l'EGS et selon l'éclairage des conférences de consensus. Soit il n'a pas encore été déterminé et la réunion de concertation pluridisciplinaire fait une proposition avec les oncologues de la discipline qui sont présents.

Méthode

Notre étude s'est déroulée du 26 octobre 2018 au 20 mars 2019 au sein de l'hôpital universitaire Édouard Herriot et de l'hôpital privé Jean Mermoz à Lyon. Elle a concerné les patients dont le dossier a été discuté en réunion de concertation pluridisciplinaire avec, au préalable, une évaluation onco-gériatrique standardisée. Les critères permettant d'inclure les dossiers dans l'étude étaient l'âge supérieur à 70 ans, la suspicion ou le diagnostic d'un cancer et la non-opposition du patient.

Les données oncologiques et gériatriques ont été systématiquement reportées dans un cahier de recherche formalisé commun. Le suivi à quatre mois a été effectué par l'Attachée de recherche clinique (ARC) du centre de référence selon trois modalités : par téléphone, lors d'une consultation de suivi ou à la lecture du dossier médical. Elle a collecté : le type de contact, en cas de décès la date et la cause, le niveau de dépendance actuelle (changement de résidence, aide à domicile, score ADL et IADL), les recommandations gériatriques et les avis oncologiques qui ont été suivies.

Une note d'information a été remise aux patients ou à leur entourage puis le médecin a recueilli l'opposition ou le consentement du patient et l'a consigné dans le dossier médical du patient. Cette étude entre dans le cadre de la « Méthodologie de Référence » (MR-003) en application des dispositions de l'article 54 alinéa 5 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Elle a fait l'objet d'un avis favorable le 13 juin 2018 du Comité de Protection des Personnes île de France VI. Le traitement des données à caractère personnel a été

effectué conformément à la loi « Informatique et Libertés » et respecte le règlement général sur la protection des données.

[Analyses statistiques](#)

En supposant que le suivi des recommandations onco-gériatriques à quatre mois serait réalisable chez 70 % des patients, il était nécessaire d'inclure 120 dossiers de patients afin d'obtenir une précision de $\pm 8\%$ dans l'estimation de ce pourcentage (intervalle de confiance bilatéral à 95 %). Le critère de jugement principal est la proportion de patients pour lesquels le suivi des recommandations gériatriques et oncologiques à quatre mois après la réunion de concertation pluridisciplinaire est faisable. Les patients perdus de vue ou décédés sans que le recueil des informations n'ait été possible au préalable, comptent parmi les échecs. Parmi les patients pour lesquels toutes les informations sont disponibles, le critère de jugement secondaire est la proportion de patient ayant suivi au moins une des recommandations gériatriques avec une description des recommandations suivies et la proportion de patients dont le traitement oncologique recommandé a été réalisé. Les données quantitatives sont décrites par la moyenne ou la médiane et les valeurs minimales et maximales, et les données qualitatives par les effectifs et pourcentages. L'intervalle de confiance à 95 % [IC 95 %] du pourcentage de patients pour lesquels le suivi était faisable a été calculé. Pour l'évaluation de la survie, la méthode de Kaplan-Meier est utilisée afin de tenir compte des perdus de vue avant quatre mois. Les analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel R.

Résultats

Nous avons inclus 121 dossiers de patients lors des 27 réunions de concertation pluridisciplinaires de la durée de l'étude. À chaque réunion, douze ou treize professionnels étaient présents. Il y avait toujours un gériatre (en moyenne quatre par réunion de concertation pluridisciplinaire), un médecin radiothérapeute et un ou plusieurs oncologues ; plus d'une fois sur deux, un gynécologue ; un (ou plusieurs) chirurgien(s) viscéral et urologue étaient présents pour les deux tiers des séances.

Environ 50 % des dossiers présentés lors de la période d'inclusion ont été inclus dans l'étude (Figure 1). Soixante-douze dossiers issus de l'hôpital Édouard Herriot n'ont pas été inclus. On retrouve quatre raisons principales : pour 29 patients, le recueil du consentement n'était pas possible (barrière de la langue, troubles neuro-cognitifs majeurs, patients non informés du diagnostic ou non joignables pour recueillir le consentement), pour onze dossiers le médecin référent n'avait pas été informé de l'étude et, enfin, on dénombre 27 dossiers incomplets, ceci étant un critère d'exclusion. A noter que 53 dossiers étaient issus de centres ne faisant pas partie de l'étude donc n'ont pas été inclus.

Les dossiers sont issus à 50 % de l'hôpital universitaire Édouard Herriot de Lyon et 50 % de l'Hôpital Privé Jean Mermoz. 73 % de ces patients ont bénéficié d'une réunion de concertation pluridisciplinaire d'organe au préalable.

La prise en charge était initiale dans 75 % des cas. L'étude met en évidence un délai moyen de 2,5 mois entre le diagnostic initial ou de rechute du cancer et la réunion de concertation pluridisciplinaire d'onco-gériatrie. Un quart des dossiers a été discuté pour le suivi de la maladie dans un délai moyen de 0,90 mois par rapport à la récurrence.

[Caractéristiques du cancer](#)

Les cancers présentés dans nos réunions de concertation pluridisciplinaires sont tous des tumeurs solides. Dans la majorité des dossiers on retrouve l'histologie du cancer (86 %) (Tableau 2). Le bilan d'extension est réalisé pour 91 % des cas et le cancer est non métastatique dans 59,5 %. Les scores de l'état de santé global estiment la population en bon état général et fonctionnel (34 patients avec un IK < 70 % et un score OMS > 2 pour 18 patients).

[Caractéristiques des patients et EGS](#)

Parmi les 121 dossiers inclus, l'âge médian de 82 ans. Le patient le plus âgé avait 96 ans. Ce sont des patients qui vivent dans l'ensemble à domicile (91 %) avec un proche (62 %) et qui ont une indépendance préservée pour les activités basales de la vie quotidienne (se laver, s'habiller, aller aux toilettes et manger). Près de la moitié a une dépendance légère pour les activités instrumentales de la vie quotidienne (téléphone, transport, médicament, budget). Et parmi ces patients,

36,4 % ont une aide professionnelle à domicile. Nous avons obtenu l'estimation de la qualité de vie pour 83 patients, la valeur médiane est de 8/10 sur une échelle numérique d'auto-évaluation.

Ces patients sont polypathologiques avec de nombreuses comorbidités qui sont souvent sévères : 90 patients ont au moins une comorbidité sévère. Les principales comorbidités dans cette population sont les pathologies cardio-vasculaires (60 patients), endocrino-métaboliques (21) et les troubles psycho-comportementaux (14). Ils présentent aussi une polymédication avec un nombre moyen de médicaments par ordonnance de 5,7.

Les scores de dépistage des syndromes gériatriques ont montré que 95 % des patients présentent au moins un syndrome gériatrique avec une moyenne de trois syndromes par patient. Les syndromes gériatriques les plus fréquents sont la dénutrition (69 %), les troubles neuro-cognitifs (58 %) et les troubles de la marche (46 %). L'ensemble des tests n'a pu être effectué pour la totalité du patient du fait de leur état général dégradé ou devant des difficultés de communication.

L'hémoglobine médiane est de 120 g/L. La fonction rénale estimée par le CKD-EPI ou le MDRD est en majorité supérieure à 60 ml/mn/1,7 m² quelle que soit la formule de calcul.

[Avis du patient](#)

Lorsque le projet thérapeutique était défini, l'avis du patient a été demandé. Il a le plus souvent donné son accord (74 %) et n'a refusé le projet que dans 6 % des cas. Dans 19 % des cas, l'avis n'a pas été demandé car aucune proposition de traitement n'avait été émise en amont.

[Recommandations oncologiques](#)

Les recommandations oncologiques émises en conclusion des réunions de concertation pluridisciplinaires sont de plusieurs types (Tableau 3). Un traitement oncologique a été décidé pour 82 dossiers dont 48 traitements à visée curative parfois en association. 29 % des schémas thérapeutiques ont été adaptés spécifiquement à la personne âgée : dix-sept chimiothérapies, cinq radiothérapies et deux chirurgies.

Pour 46 patients fragiles, la question posée en réunion était la poursuite du bilan oncologique à visée diagnostique. Enfin, la poursuite d'examen complémentaires a été recommandée pour 40 patients afin de réaliser le bilan de faisabilité du traitement oncologique à valider.

[Recommandations gériatriques](#)

Dans notre population âgée, deux tiers des patients ont bénéficié de recommandations gériatriques simultanément aux décisions oncologiques (Tableau 4). Le nombre de recommandations par patient varie de zéro à cinq avec en moyenne une seule recommandation par dossier.

Dans un tiers des dossiers, nous avons proposé la poursuite du bilan afin de préciser la faisabilité du traitement proposé. La poursuite du bilan cardiaque a été la plus fréquente (un quart des patients). Parfois il s'agissait de bilans biologiques, de consultations spécialisées avec un pneumologue, néphrologue, dermatologue, la réalisation d'une IRM cérébrale ou d'un bilan plus complet en service de gériatrie court séjour.

Dans près d'un tiers des cas, le statut nutritionnel déficitaire a nécessité des recommandations : enrichissement des repas, prescription de compléments nutritionnels oraux, évaluation des ingesta, surveillance biologique de l'albumine et de la pré albuminémie hebdomadaire, avis auprès d'une diététicienne et parfois indication d'une gastrostomie transitoire.

Dans près d'un quart des situations, les gériatres ont initié la mise en place d'aides à domicile avec, parfois, la réalisation du dossier de demande d'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie) pour faire intervenir des aides ménagères et/ou IDE, mettre en place un portage des repas ou une téléalarme.

Plus exceptionnellement, d'autres recommandations ont été faites : un programme global de pré-habilitation, l'expertise d'une équipe mobile de gériatrie à domicile, la prévention des escarres, la prescription de chaussettes de compression veineuse, le sevrage tabagique, une transfusion sanguine.

[Suivi à quatre mois et mise en place des recommandations](#)

Le suivi à quatre mois concerne 120 dossiers car un patient a retiré son consentement au cours de l'étude. Quatre patients sont perdus de vue. La survie globale à quatre mois est de 71 % [IC 95 % : 63 %, 80 %], 34 patients sont décédés, dans la majorité, des cas des suites du cancer (89 %).

La faisabilité du suivi onco-gériatrique chez les patients non décédés est de 86 % (68 patients, IC 95 % : 76,5 %, 92,8 %). Le suivi effectif de toutes les recommandations oncologiques chez les patients non décédés a été possible dans 89 % des cas. Le suivi des recommandations gériatriques était réalisable dans 94 % des cas. Le suivi a été effectué soit par appel téléphonique (21 %) soit en consultation (24 %). Les réponses ont été obtenues le plus souvent auprès du patient (61 %) ou un aidant (39 %). Les causes principales d'absence de suivi sont le décès du patient, les pertes de vue, des réponses non exploitables ou un suivi réalisé dans un autre hôpital.

Deux patients ont changé de lieu de vie dans les quatre mois. L'un est allé en EHPAD (Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes) et le second en USLD (Unité de Soins de Longue Durée). À quatre mois, sur les 74 patients dont le suivi gériatrique a été faisable, les scores ADL et IADL étaient respectivement inférieurs à six pour 24 patients (32 %) et inférieur à quatre pour 32 patients (43 %). Pour rappel lors de l'évaluation initiale on retrouvait un ADL inférieur à six pour 36 % des patients et IADL inférieur à quatre pour 42 %.

L'ensemble des recommandations oncologiques et gériatriques suivies à quatre mois sont présentées dans le Tableau 5 ; Nous avons calculé ce chiffre à partir des recommandations dont le suivi a été faisable. Pour une situation clinique présentée en réunions de concertation pluridisciplinaires, plusieurs recommandations sont possibles. Notre durée de suivi à quatre mois a exclu quelques patients dont le traitement oncologique n'avait pas encore débuté.

L'évaluation de la réalisation des recommandations a été faite sur l'effectif évaluable à quatre mois qui ne comprend donc pas les dossiers des patients décédés et perdus de vue au moment du rappel. Dans certains cas, il a été précisé que les examens complémentaires étaient programmés mais non encore réalisés (Tableau 6). Les recommandations, quand elles ont été évaluables, ont été majoritairement réalisées pour les recommandations oncologiques (77 %) et d'une manière satisfaisante pour les recommandations gériatriques (75 %).

Discussion

Notre travail décrit une étape clé du parcours de soins d'une population âgée (82 ans d'âge médian) dont les patients sont atteints ou potentiellement atteints de différentes tumeurs solides, en majorité d'origine digestive. Plus de la moitié des dossiers discutés ont une maladie à un stade non métastatique, avec des bilans effectués par des équipes spécialisées. Ils ont tous bénéficié d'une expertise gériatrique, d'une discussion pluridisciplinaire au sein d'une réunion de concertation pluridisciplinaire dédiée à l'onco-gériatrie et d'un suivi des recommandations.

L'originalité de ce travail est le suivi de cette population présentant des tumeurs diverses dont l'analyse est difficile à comparer dans la littérature du fait de population plus homogène sur le plan cancérologique.

Ces patients vivent majoritairement à leur domicile et le plus souvent avec un entourage. Ceci est un élément important pour la décision du parcours thérapeutique (26). Cependant, on retrouve une dépendance pour les activités de la vie quotidienne dans plus d'un tiers des cas, et, pour près de la moitié quand il s'agit des activités instrumentales. Un tiers d'entre eux bénéficie d'une aide à domicile. L'expertise gériatrique a montré les fragilités de cette population avec trois syndromes gériatriques par patient. Deux tiers des patients présentent une dénutrition selon les critères de la HAS. Dans une étude française multicentrique du Grand Sud-Ouest, près des deux tiers des patients avec un cancer digestif traités par chimiothérapie présentaient une dénutrition selon le questionnaire du MNA (27). Parmi ceux qui ont pu effectuer les scores de repérage sur le plan cognitif, la moitié des résultats était en faveur d'un déficit dont le diagnostic nécessiterait des examens supplémentaires. Cette proportion correspond à celle retrouvée dans une étude de 2019 qui concernait des patients de plus de 70 ans avec une tumeur maligne solide ou hématologique. En effet, 67 % des patients avaient un dépistage positif via le MoCA, un tiers avec le MMS (28).

Les trois quarts des patients ont plus d'une comorbidité sévère avec une nette prédominance des pathologies cardiovasculaires, endocrinologiques et des pathologies psychiatriques ou neuro-cognitives avec des troubles

comportementaux. Par conséquent, on retrouve une polymédication chez plus de la moitié de notre population. Selon la définition et les études, entre 11 % et 96 % des patients âgés avec un cancer présentent une polymédication (29).

Un traitement oncologique spécifique a été décidé pour la majorité des patients. Celui-ci était à visée curative dans plus de la moitié des cas ; la chimiothérapie a été proposée dans près de la moitié des situations et la chirurgie dans plus d'un tiers des cas.

Pour certains patients, la discussion pluridisciplinaire de l'intérêt de la poursuite des examens invasifs a permis de conclure à une prise en charge d'accompagnement.

Le traitement oncologique a été associé, dans la majorité des cas à, au moins, une recommandation gériatrique, dont les plus fréquentes ont été la poursuite de l'évaluation médicale préalable au traitement et la mise en place d'un programme nutritionnel. Les patients ont été le plus souvent en accord avec les propositions de la réunion de concertation pluridisciplinaire.

Le suivi à quatre mois a été globalement possible tant sur le plan oncologique que gériatrique. Seuls quatre patients ont été perdus de vue. Lors du suivi de notre population, un tiers des patients sont décédés essentiellement de leur pathologie tumorale. Ceci peut s'expliquer par leur fragilité mais aussi par un diagnostic plus tardif avec une maladie plus évoluée (30). À noter que certains patients finalement décédés avaient réalisé des recommandations mais celles-ci n'ont pas été incluses dans notre étude. L'analyse de ces dossiers nécessiterait un travail complémentaire.

Ce suivi a mis en évidence le maintien de l'indépendance du patient dans son parcours thérapeutique par la stabilité des scores d'évaluation ADL et IADL. Ceci témoigne d'une bonne adéquation des thérapeutiques instituées au regard de l'état de santé du patient.

Ce suivi a également objectivé une bonne réalisation des recommandations oncologiques. Pour les trois quarts des patients, toutes les recommandations oncologiques ont été suivies. Une large majorité des examens demandés a été réalisée. Trois quarts des chirurgies ont été réalisées ainsi que la majorité des chimiothérapies et des radiothérapies.

De même, les recommandations gériatriques ont été suivies de manière satisfaisante. La quasi-totalité des examens complémentaires, des programmes nutritionnels et des traitements de troubles de l'humeur ont été réalisés. La recommandation la moins suivie est la kinésithérapie probablement du fait de la difficulté à trouver un praticien disponible dans les délais de l'étude.

Cette étude a quelques limites. Près de la moitié des dossiers présentés n'ont pu être inclus pour différentes raisons : consentement impossible, équipe médicale extérieure ou éloignée du projet et EGS incomplète. Pour un tiers de ces derniers, la conclusion était une prise en charge palliative. L'état général trop altéré de ces patients n'a pas permis la réalisation d'une EGS complète.

Par ailleurs, l'EGS retenue devait être compatible avec la pratique des différents établissements participants. Ceci n'a pas permis d'intégrer des éléments de discussion importants telle que l'espérance de vie évaluée par le score de Lee et Schonberg (31) ou comparée à celle d'une population selon les travaux LC Walter (32,33).

Il existe un biais possible dans le recueil des données lors du suivi car, en fonction des centres, il a été effectué différemment : consultation ou rappel téléphonique.

Il convient de préciser que le suivi des recommandations oncologiques est facilement réalisable à la lecture du dossier alors que celui des recommandations gériatriques est plus difficile. Il serait intéressant que celui-ci soit mieux tracé et, à l'avenir, plus structuré avec des moyens supplémentaires. L'appui d'une infirmière de coordination optimiserait l'accompagnement du patient avant (phase de pré-habilitation) et pendant le traitement ainsi qu'un système d'information partagé avec tous les acteurs de la prise en charge des patients (ville et hôpital).

Cette étude a plusieurs forces. La prise de décision pluridisciplinaire illustrée par notre travail n'a pas allongé le délai de prise en charge avec un meilleur projet de soin personnalisé.

L'avis du patient est pris en compte dans la majorité des décisions. Dans une étude réalisée en 2013, plus de 70 % des patients âgés atteints de cancer ont dit vouloir participer activement à la prise de décision concernant la prise en charge de leur pathologie ; plus de 70 % souhaitaient que leur accord soit demandé pour toute exploration ou traitement de leur cancer (34).

Le taux satisfaisant de suivi des recommandations gériatriques est probablement en lien avec le fait que l'EGS a été réalisée lors d'une consultation longue pendant laquelle les recommandations ont été expliquées au patient et à son entourage induisant une bonne adhésion. De plus, la mise en place de celles-ci est souvent organisée par l'équipe de gériatrie. Leur nombre est resté limité, ceci est un facteur de bonne réalisation, comme l'ont démontré Kenis et son équipe dans une étude prospective en 2018 évaluant la réalisation des recommandations gériatriques chez des patients âgés avec un cancer (35).

Il serait nécessaire de poursuivre ce travail avec une population plus homogène sur le plan oncologique et de l'analyser en fonction des critères gériatriques.

Conclusion

Cette étude prospective présente une expérience de collaboration médicale étroite des équipes gériatriques et cancérologiques dans la prise de décision thérapeutique des personnes âgées atteintes de cancer. Les traitements ont souvent été actifs et curatifs malgré l'âge des patients, la présence de comorbidités importantes et l'existence de syndromes gériatriques. L'intérêt de l'EGS semble acquis, elle permet d'avoir des éléments pronostiques lors de la discussion d'un projet thérapeutique notamment avant chimiothérapie ou chirurgie, dans notre étude, elle a également permis une stabilité de l'indépendance des patients à 4 mois.

Ce travail a également montré la bonne adhésion des patients âgés atteints de cancer devant la réalisation satisfaisante des recommandations gériatriques dans un projet thérapeutique discuté en pluridisciplinarité.

Nous pensons que ce co-management cancérologues-gériatres pourrait être étendu à toutes les équipes prenant en charge des patients âgés atteints de cancer.

Bibliographie

1. Insee. Causes de décès des personnes âgées [En ligne]. 2019 [cité 17 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2386247>
2. INCA. Cancers en France [En ligne]. 2017 [cité 5 mai 2019]. Disponible sur: https://www.oncorif.fr/wp-content/uploads/2018/07/INCa_Cancers_en_France_2017.pdf
3. Chaïbi P, Magné N, Breton S, Chebib A, Watson S, Duron J-J, et al. Influence of geriatric consultation with comprehensive geriatric assessment on final therapeutic decision in elderly cancer patients. *Crit Rev Oncol Hematol*. sept 2011;79(3):302-7.
4. Stuck AE, Siu AL, Wieland GD, Rubenstein LZ, Adams J. Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials. *The Lancet*. 23 oct 1993;342(8878):1032-6.
5. Mission Interministérielle pour la lutte contre le cancer. Le Plan cancer 2003-2007 [En ligne]. 2003 [cité 9 sept 2018]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Plan-cancer/Les-Plans-cancer-de-2003-a-2013/Le-Plan-cancer-2003-2007>
6. Bolle S, Smets EMA, Hamaker ME, Loos EF, van Weert JCM. Medical decision making for older patients during multidisciplinary oncology team meetings. *J Geriatr Oncol*. 1 janv 2019;10(1):74-83.
7. Festen S, Kok M, Hopstaken JS, Wal-Huisman H van der, Leest A van der, Reyners AKL, et al. How to incorporate geriatric assessment in clinical decision-making for older patients with cancer. An implementation study. *J Geriatr Oncol*. 1 nov 2019;10(6):951-9.
8. Bugeja G, Kumar A, Banerjee AK. Exclusion of elderly people from clinical research: a descriptive study of published reports. *BMJ*. 25 oct 1997;315(7115):1059.
9. Crome P, Lally F, Cherubini A, Oristrell J, Beswick AD, Clarfield AM, et al. Exclusion of Older People from Clinical Trials. *Drugs Aging*. 1 août 2011;28(8):667-77.
10. Pauporté I. INCa. Bilan national des activités en recherche clinique 2003-2010 [En ligne]. 2012 [cité 18 mars 2020]. Disponible sur: https://www.3c28.fr/medias/articles/docs/Bilan_national_activites_recherche_clinique_2003-2010-26-1.PDF

11. Soubeyran P, Bellera C, Goyard J, Heitz D, Cure H, Rousselot H, et al. Validation of the G8 screening tool in geriatric oncology: The ONCODAGE project. *J Clin Oncol*. 20 mai 2011;29(15_suppl):9001-9001.
12. Balducci L, Extermann M. Management of Cancer in the Older Person: A Practical Approach. *The Oncologist*. 2000;5(3):224-37.
13. Chen CC-H, Kenefick AL, Tang ST, McCorkle R. Utilization of comprehensive geriatric assessment in cancer patients. *Crit Rev Oncol Hematol*. 1 janv 2004;49(1):53-67.
14. Bernabei R, Venturiero V, Tarsitani P, Gambassi G. The comprehensive geriatric assessment: when, where, how. *Crit Rev Oncol Hematol*. 1 janv 2000;33(1):45-56.
15. Extermann M, Aapro M, Bernabei R, Cohen HJ, Droz J-P, Lichtman S, et al. Use of comprehensive geriatric assessment in older cancer patients: *Crit Rev Oncol Hematol*. sept 2005;55(3):241-52.
16. Lichtman SM. Therapy Insight: therapeutic challenges in the treatment of elderly cancer patients. *Nat Clin Pract Oncol*. févr 2006;3(2):86-93.
17. Oken MM, Creech RH, Tormey DC, Horton J, Davis TE, McFadden ET, et al. Toxicity and response criteria of the Eastern Cooperative Oncology Group: *Am J Clin Oncol*. déc 1982;5(6):649-56.
18. Karnofsky DA, Burchenal JH. The clinical evaluation of chemotherapeutic agents in cancer. In: MacLeod CM, ed. *Evaluation*.
19. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW, White KL, et al. Studies of illness in the aged--The index of ADL: A standardized measure of biological and psychosocial functions. *Stud Illn Aged-- Index ADL Stand Meas Biol Psychosoc Funct*. 1992;(534):272-80.
20. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*. 1969;9(3):179-86.
21. *Journal of the American Geriatrics Society*. Cumulative Illness Rating Scale [En ligne]. 1968 [cité 9 sept 2018]. Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/j.1532-5415.1968.tb02103.x>
22. Vellas B, Guigoz Y, Garry PJ, Nourhashemi F, Bannahum D, Lauque S, et al. The Mini Nutritional Assessment (MNA) and its use in grading the nutritional state of elderly patients. *Nutr Burbank Los Angel Cty Calif*. févr 1999;15(2):116-22.
23. Clément JP, Nassif RF, Léger JM, Marchan F. [Development and contribution to the validation of a brief French version of the Yesavage Geriatric Depression Scale]. *L'Encephale*. avr 1997;23(2):91-9.
24. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. « Mini-mental state ». A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*. nov 1975;12(3):189-98.
25. Nasreddine ZS, Phillips NA, Bédirian V, Charbonneau S, Whitehead V, Collin I, et al. The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *J Am Geriatr Soc*. avr 2005;53(4):695-9.
26. Lutgendorf SK, De Geest K, Bender D, Ahmed A, Goodheart MJ, Dahmouh L, et al. Social influences on clinical outcomes of patients with ovarian cancer. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol*. 10 août 2012;30(23):2885-90.
27. Blanc-Bisson C, Fonck M, Blanc JF, Smith D, Zwolakowski MD, Terrebbonne E, et al. Etude multicentrique randomisée d'intervention nutritionnelle chez les patients âgés cancéreux traités par chimiothérapie. *Etude INOGAD [En ligne]*. 2009 [cité 28 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/207535/cop114-etude-multicentrique-randomisee-dinterventi>
28. Rambeau A, Beauplet B, Laviec H, Licaj I, Leconte A, Chatel C, et al. Prospective comparison of the Montreal Cognitive Assessment (MoCA) and the Mini Mental State Examination (MMSE) in geriatric oncology. *J Geriatr Oncol*. 1 mars 2019;10(2):235-40.
29. Sharma M, Loh KP, Nightingale G, Mohile SG, Holmes HM. Polypharmacy and potentially inappropriate medication use in geriatric oncology. *J Geriatr Oncol*. 1 sept 2016;7(5):346-53.
30. Piette F, Spano J-P, Chaibi P, Legendre C, Toan S-V, Chebib A, et al. Oncogériatrie : une évidence épidémiologique. *Presse Médicale*. févr 2010;39(2):208-15.
31. Lee SJ, Lindquist K, Segal MR, Covinsky KE. Development and validation of a prognostic index for 4-year mortality in older adults. *JAMA*. 15 févr 2006;295(7):801-8.
32. Walter LC, Covinsky KE. Cancer screening in elderly patients: a framework for individualized decision making. *JAMA*. 6 juin 2001;285(21):2750-6.
33. Kotwal AA, Walter LC. Cancer Screening in Older Adults. *Med Clin North Am*. nov 2020;104(6):989-1006.
34. Paillaud E, Canoui-Poitrine F, Varnier G, Anfasi-Ebadi N, Guery E, Saint-Jean O, et al. Preferences about information and decision-making among older patients with and without cancer. *Age Ageing*. 18 janv 2017;ageing;afw256v1.
35. Kenis C, Decoster L, Flamaing J, Debruyne PR, De Groof I, Focan C, et al. Adherence to geriatric assessment-based recommendations in older patients with cancer: a multicenter prospective cohort study in Belgium. *Ann Oncol*. sept 2018;29(9):1987-94.

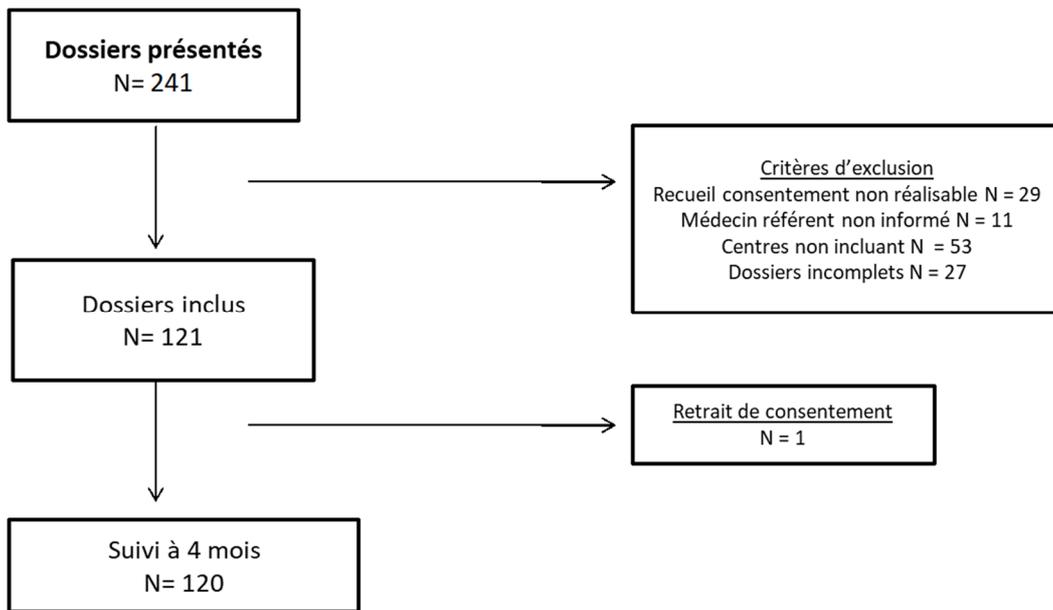


Figure 1 - Flow Chart du processus d'inclusion dans l'étude

Tableau 1 - Scores de l'évaluation gériatrique standardisée

Paramètre gériatrique	Outils utilisés	Interprétation
Statut fonctionnel	-Performance status (PS)(17) -Indice de Karnofsky (18)	-activité restreinte si PS ≤ 1 -nécessité d'une aide extérieure si PS < 70 %
Niveau de dépendance	-Activities of daily living (ADL)(19) -Instrumental activities of daily living (IADL) (20)	-dépendance si ADL < 6 ou IADL < 4
Comorbidités	-Cumulative illness rating scale (CIRS-G)(21)	-Pathologies sévères = grades 3 et 4
Nutrition	-perte de poids -Indice de masse corporelle (IMC) -albuminémie -Mini nutritional assessment (MNA)	- ≥5% en 1 mois ou ≥10% en 6 mois, - IMC < 21 -albuminémie < 35 g/L - MNA global <17 (22)
Psycho-cognitif	-mini-GDS (geriatric depression scale)(23) -Mini mental state examination (MMSE)(24) ou Montreal cognitive assessment (MOCA)(25)	-≥ 1 forte probabilité de dépression -MMS < 26 ou MOCA < 24 troubles neuro-cognitifs probables
Locomoteur	-Antécédent de chute -Timed up and go test (TUG)	- > 1 chute dans les 6 mois - TUG > 20 secondes risque élevé

Tableau 2 – Description de la population

Caractéristiques	N = 121	%
Age, Années		
Médiane, (min-max)	82 (71-96)	
Sexe : Homme	59	49
Femme	62	51
Type de cancer : Colorectal	36	30
Autres cancers digestifs	37	31
Sein	12	10
Appareil urinaire	17	14
Poumon	11	9
Autres	8	7
Moment de la prise en charge : Initiale	91	75
Suivi	13	11
Rechute	17	14
Bilan d'extension : M0	72	60
M1	38	31
Mx	11	9
Preuve histologique disponible	104	86
Questionnaire G-8		
≤ 14	115	93
Indice de Karnofsky		
< 70 %	34	28
Score OMS		
>2	18	15
Score ADL : 0-1-2-3	15	12
4-5	29	24
6	77	64
Score IADL : 0-1	17	12
2-3	34	28
4	70	58
CIRS-G : Score moyen	8	
1 pathologie sévère	41	34
≥ 2 pathologies sévères	49	41
Index de sévérité > 2	53	44
Polymédication : ≥5 médicaments	72	60
Nombre moyen de médicament	5,7	
Dénutrition : IMC < 21 (n = 82)	31	38
MNA < 17 (n = 78)	35	47
Amaigrissement > 5% en 1 mois ou 10% en 6 mois (n = 82)	71	87
Hypoalbuminémie < 35g/L (n = 80)	45	56
Déficit neuro-cognitif : MoCA < 24	41	66
MMS < 26	18	38
Evaluation non réalisable	42	35
Mini-GDS		
≥ 1 (n = 113)	53	45,9
Trouble de la marche : TUG > 20 secondes	30	25
Chute au cours des 6 derniers mois	25	21
Hémoglobine (n = 120) : < 100 g/L	16	13
100-120 g/L	54	45
≥ 120 g/L	50	42
Fonction rénale par CKDEPI ou MDRD : < 30	6	5
30-89	106	88
≥90	9	7
Lymphocytes G/L		
<1 G/L (n = 70)	21	30

Tableau 3 - Recommandations oncologiques

Recommandation oncologique	N = 121 (%)
Chimiothérapie	39 (48)
Chirurgie	26 (32)
Radiothérapie	24 (29)
Hormonothérapie	9 (11)
Thérapie ciblée	4 (5)
Radiofréquence	1 (1)
Essai clinique	7 (6)
Poursuite du bilan oncologique	46 (38)
Poursuite des autres examens	40 (33)
Soins de confort	19 (16)

Tableau 4 - Recommandations gériatriques

Recommandation gériatrique	N = 121 (%)
Examens complémentaires à visée cardiaque	30 (25)
Examens complémentaires autres	21 (17)
Programme nutritionnel	36 (30)
Aides à domicile	29 (25)
Adaptation médicamenteuse	19 (16)
Kinésithérapie	16 (13)
Traitement d'une dépression	9 (7)
Organisation de la suite : SSR, HAD	12 (10)
Autres	17 (14)

Tableau 5 – Suivi des recommandations à 4 mois

Recommandations oncologiques	N = 73 (%)
Chimiothérapie	23 (36)
Chirurgie	16 (22)
Radiothérapie	15 (21)
Hormonothérapie	8 (11)
Thérapie ciblée	3 (4)
Radiofréquence	0 (0)
Essai clinique	6 (8)
Poursuite des examens diagnostiques	30 (44)
Poursuite des autres examens	20 (29)
Soins de confort	7 (10)
Recommandations gériatriques	N = 74 (%)
Examens complémentaires à visée cardiaque	18 (24)
Examens complémentaires autres	11 (15)
Programme nutritionnel	20 (27)
Aides à domicile	14 (19)
Adaptation médicamenteuse	11 (15)
Kinésithérapie	10 (14)
Organisation de la suite : SSR, HAD	3 (4)
Traitement d'une dépression	4 (5)
Autres	6 (8)

Tableau 6 – Proportion des recommandations réalisées par rapport à l'effectif évaluable à 4 mois

Recommandations oncologiques	Recommandées En RCP *	Effectif Évaluable À 4 mois **	Réalisées à 4 mois N (%) ***
Chimiothérapie	39	27	23 (85)
Chirurgie	26	18	15 (83)
Radiothérapie	24	17	13 (77)
Hormonothérapie	9	7	7 (100)
Thérapie ciblée	4	0	0
Radiofréquence	1	0	0
Soins de confort	19	4	4 (100)
Poursuite des examens diagnostiques	46	27	22 (82)
Poursuite des autres examens	40	21	17 (81)
Essai Clinique	7	7	6 (86)
Recommandations gériatriques	Recommandées En RCP *	Effectif Évaluable À 4 mois **	Réalisées à 4 mois N (%) ***
Examens complémentaires à visée cardiaque	30	18	18 (100)
Examens complémentaires autres	21	15	11 (73)
Programme nutritionnel	36	21	20 (95)
Aides à domicile	29	17	14 (82)
Adaptation médicamenteuse	19	11	10 (91)
Kinésithérapie	16	13	9 (69)
Suite de traitement : SSR, HAD	12	5	3 (60)
Traitement d'une dépression	9	5	4 (80)
Autres	17	11	6 (55)

*Nombre de recommandations décidées en RCP. Ex : 26 décisions de traitement chirurgical. **Nombre de recommandations évaluables à 4 mois. Ex : 18 dossiers sont évaluables à 4 mois. ***Traitements réalisés parmi les dossiers évalués. Ex : 15/18.