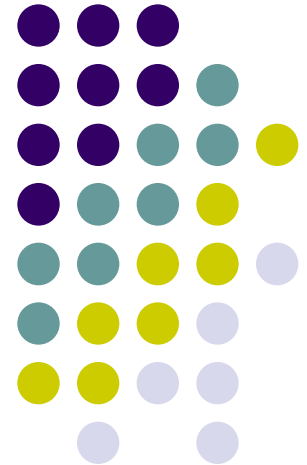


# Impact de l'Évaluation Gériatrique standardisée sur la survie des patients Agés atteints de Cancer avancé



Elisabeth Carola<sup>1</sup>, Florence Woerth<sup>1</sup>, Emmanuelle Sarlon<sup>1</sup>, Bruno Chauffert<sup>2</sup>, Sanaa Hannat<sup>2</sup>, Roxana Fournier<sup>2</sup>,  
Kamel Ghomari<sup>3</sup>, Isabelle Bresson-Raynaud<sup>3</sup>, Isabelle Leduc<sup>4</sup>, Maya Roucout<sup>4</sup>, Momar Diouf<sup>2</sup>, Celine Coppin<sup>5</sup>,  
Laetitia Covin<sup>6</sup>, Malika Akhoudas<sup>7</sup>

1. GHPSO, Hôpital de Senlis, Avenue du Dr. Paul Rougé, 60300 Senlis, France. [elisabeth.carola@ghpso.fr](mailto:elisabeth.carola@ghpso.fr)
2. CHU Amiens, Avenue René Laënnec - SALOUEL 80054 Amiens.
3. CH Beauvais, 40 Avenue Léon Blum, 60000 Beauvais
4. CH Abbeville, 43 rue de l'isle 80142 Abbeville cedex
5. CH St Quentin, 1, avenue Michel de l'Hospital 02321 **Saint-Quentin** cédex
6. ONCOPIC, 354 Boulevard de Beauville - 80000 Amiens
7. UCOG de Picardie, Avenue du Dr. Paul Rougé, 60300 Senlis, France.



# Généralités



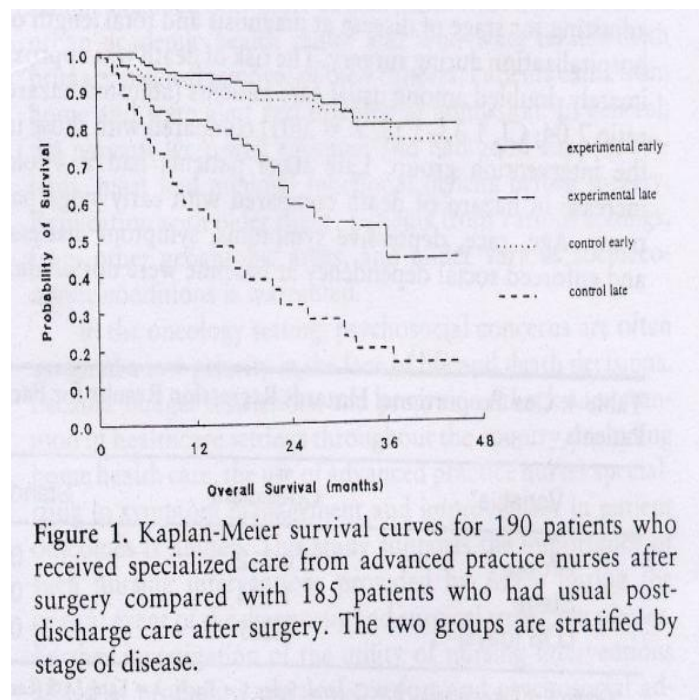
- Chez les patients âgés atteints de maladie cancéreuse, l'EGS permet de réaliser leur traitement dans les meilleures conditions de tolérance et d'efficacité.
- Intérêt de l'EGS dans la réduction du taux de mortalité et de l'hospitalisation grâce aux différentes interventions favorisées par l'EGS chez la population âgée.
- **L'EGS comprend plusieurs évaluations sur plusieurs plans :**
  - **Mode de vie ( aidants, APA, conditions d'hébergement )**
  - **Douleur**
  - **Comorbidités (score de Charlson)**
  - **Autonomie (ADL ou IADL)**
  - **Nutritionnel (perte de poids, IMC, albuminémie, MNA )**
  - **Kiné ( Appui monopodal, Get up, go test)**
  - **Neuropsychologique ( GDS )**
  - **Cognitifs ( MMSE )**

# L'EGS améliore la survie des personnes âgées atteints de cancer avancé

McCorkle, J. Am geriatr Soc.,

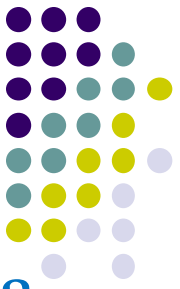


- 365 patients ( 60 à 92 ans)
- EGS suivie d'interventions à domicile après une chirurgie pour tumeur solide



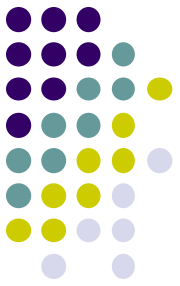
	Intervention gériatrique	Prise en charge « standard »
Nombre de patients	190	185
Décès	22% (41)	28% (51)
Stade avancé	38% (72)	25% (48)
Survie à 2 ans stade avancé	67 % (p = 0.02)	40 %

## Objectif Principal



Mesurer l'impact d'une EGS décisionnelle sur la survie globale de patients atteints de cancers avancés (sein, ovaire, colorectal ) et traités par un premier traitement de chimiothérapie.

Il s'agit donc de comparer l'effet sur la survie globale à 2 ans de la réalisation, ou non, d'une EGS en début de prise en charge oncologique.

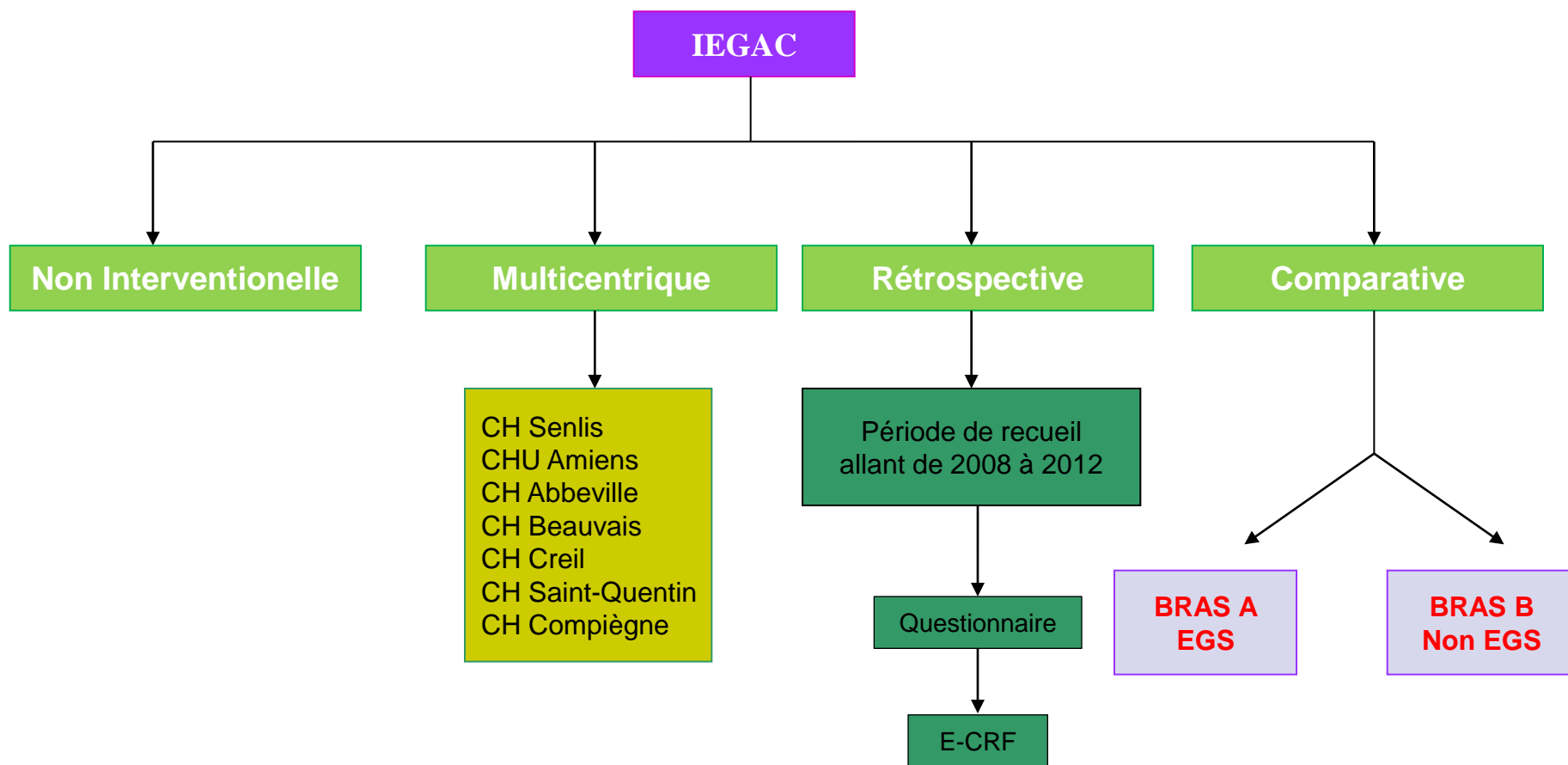


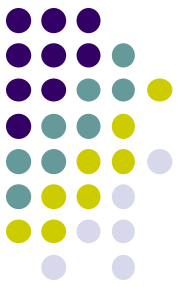
## Objectif secondaire

Étudier l'impact de l' EGS  
décisionnelle sur le nombre  
d'hospitalisations.



# Schéma de l'étude





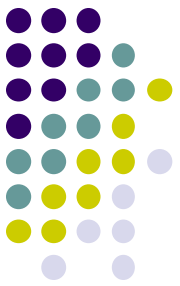
## Critères d'inclusion

- **Patients âgés de 75 ans et plus**
- **Patients atteints d'un cancer colorectal, de l'ovaire ou du sein**
- **Patients au stade métastatique inopérable**
- **Patients traités par chimiothérapie en première ligne**

*NB : Les patients ayant reçu de la radiothérapie sont exclus.*

*Les traitements antérieurs par hormonothérapie sont tolérés.*

*Dans le cancer colorectal ,nous acceptons les métastases ganglionnaires à distance et non locorégionales.*



# Méthodologie

- **Rappel:**

**L'étude compare deux groupes de patients :**

**Groupe A: patients intégrant une EGS décisionnelle initiale**

**Groupe B: patients sans EGS**

- **Analyse des données:**

**L'étude de l'impact de l'EGS décisionnelle sur la survie globale (SG) des patients était réalisée grâce aux représentations graphiques des courbes de survie de Kaplan Meier ainsi qu'une comparaison bivariée standard par groupes (A Vs. B) par le test du log-rank.**

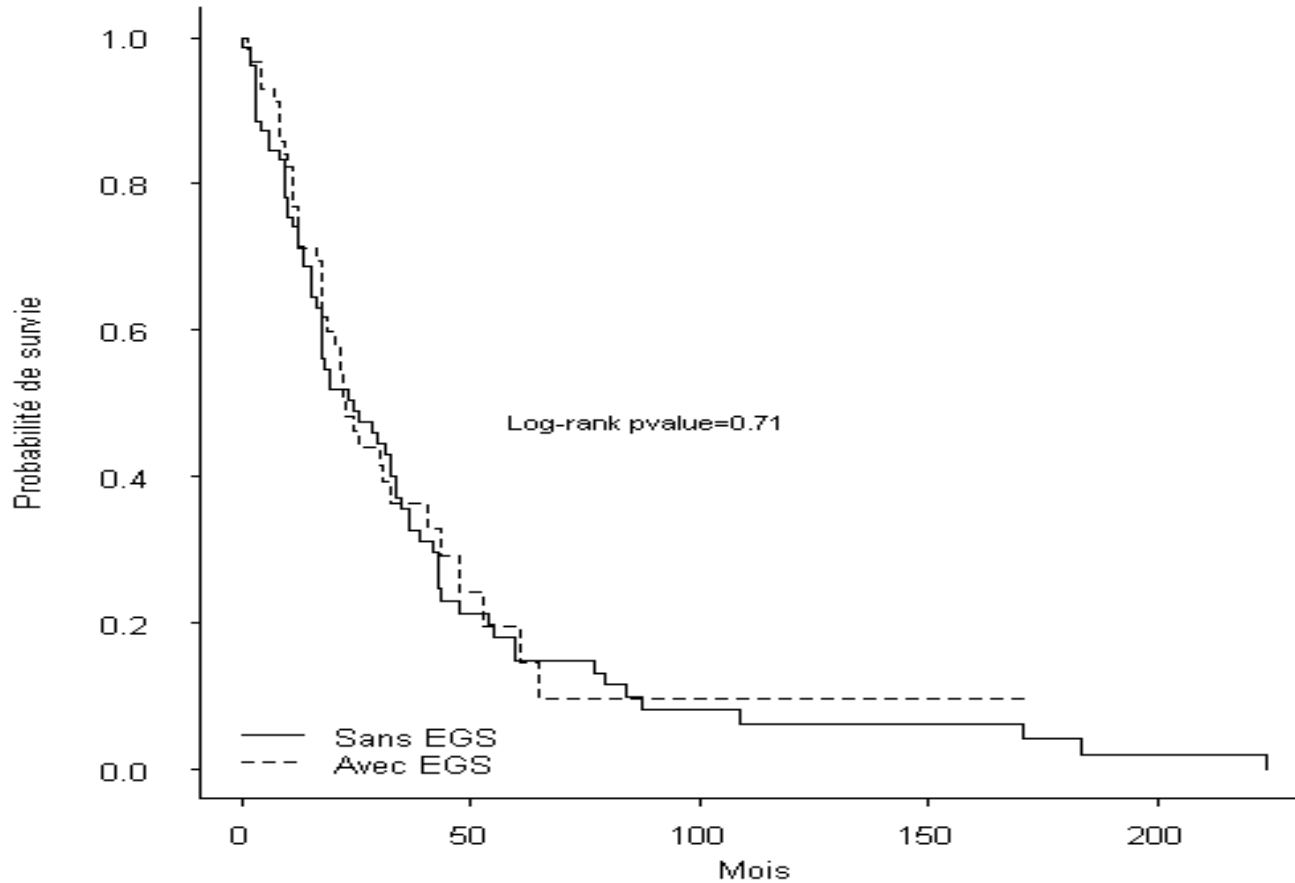
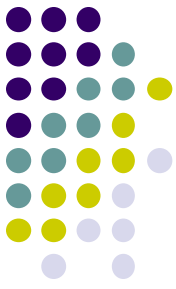




## Tableau descriptif des caractéristiques des patients

Variables	Groupe sans EGS (n=78)	Groupe avec EGS (n=60)	pvalue
Age (années)	79±4	81±4	0.002
Ecart-type	75 à 83	77 à 85	
>75 ans	67 (86%)	58 (97%)	0.040
Sexe (M)	26 (33%)	21 (35%)	0.838
Localisation tumorale			
Sein	17 (22%)	6 (10%)	0.768
Ovaire	15 (19%)	8 (13%)	
colorectal	46 (59%)	46 (77%)	
Thérapie ciblée	5 (6%)	16 (27%)	0.001
Nombre de sites métastatiques (>1)	33 (42%)	22 (37%)	0.502
Nombre hospitalisation	1 [0 ; 7]	2 [0 ; 11]	0.532
Délai EGS		Médiane=31 [0 ; 4900] 206±652	

# Résultats :Survie

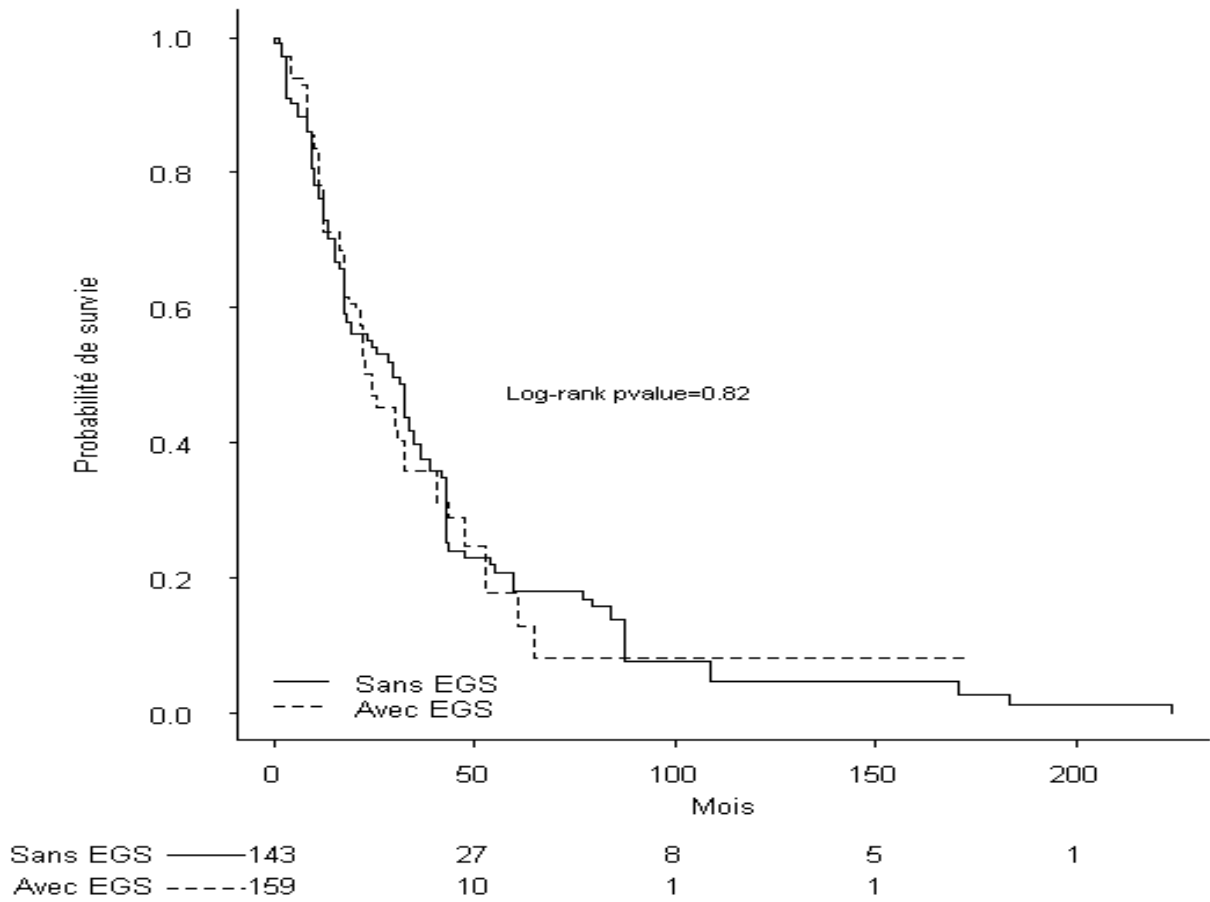
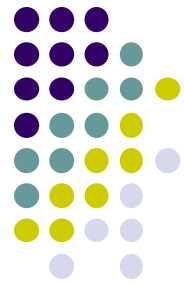


Sans EGS	—	78	13	4	3	1
Avec EGS	- - -	60	5	1	1	

Figure 2 : Courbe brute représentant la probabilité de survie en fonction des mois dans le groupe EGS et sans EGS.

Concernant l'analyse non ajustée, la survie globale n'est pas différente entre les groupes avec et sans EGS (pvalue Log Rank=0.71) avec des médianes de survie de 24.4 mois (IC95%=[ 17.2 ; 34.5]) et de 22.4 mois (IC95%=[ 18.3 ; 43.6]) dans les groupes sans et avec EGS respectivement (cf. figure non ajustée).

# Résultats



**Figure 3** : Courbe ajustée représentant la probabilité de survie en fonction des mois dans le groupe EGS et sans EGS.

L'ajustement de la courbe de Kaplan-Meier est réalisé avec la méthode de Sugihara [1]. Masahiro Sugihara (2010). Survival analysis using inverse probability of treatment weighted methods based on the generalized propensity score. *Pharmaceutical Statistics*, 9, 21-34.

## Résultats



- **Objectifs principal:**

La survie à 2 ans est de 55% dans le groupe sans EGS et de 50% dans le groupe avec EGS respectivement.

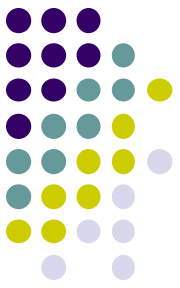
*La différence de survie n'est pas significative au seuil de 5%.*

- **Objectif secondaire :**

L'EGS n'a pas d'effet significatif sur le nombre d'hospitalisation ( $p=0.532$ ) ; (cf. tableau descriptif).

- **Analyse complémentaire : patients dont le délai de l'EGS est inférieur à 3 mois.**

Pas de différence significative de survie ( $p=0.755$ ) avec des médianes de survie de 24.4 mois (IC95%=[ 17.2 ; 34.5]) et de 21.3 mois (IC95%=[ 21.4 ; NA]) dans les groupes sans et avec EGS respectivement.



## Conclusion

- Dans cette étude retrospective l'EGS n'a pas un impact significatif sur la survie globale des patients.
- L'amélioration de l'efficacité et de la tolérance de nouvelles molécules dans le traitement des cancers ainsi que l'adéquation du choix thérapeutique par l'Oncologue joue un rôle plus important dans la survie des patients, indépendamment de l'EGS initiale.