

## EDITORIAL

Voici, avec le printemps, la 1<sup>ère</sup> Newsletter de l'UCOG Basse-Normandie et de l'AOG Haute-Normandie.

Son 1<sup>er</sup> objectif sera de faire un point sur les principales publications intéressantes. Le comité scientifique comprend le Dr Xavier GBAGUIDI, gériatre au CHU de ROUEN, le Pr Fabrice JARDIN, hématologue au Centre Henri Becquerel à Rouen et le Pr Florence JOLY, oncologue au Centre François Baclesse à Caen. Merci pour leur investissement !!

Cette newsletter servira aussi à communiquer des informations sur les activités de l'UCOG : date de réunions, soirées ou journées spécifiques organisées ...

Vous pouvez déjà noter dans vos agendas que nous avons dédié une après-midi à l'oncogériatrie lors de la journée de la Société Gérontologique de Normandie du vendredi 23 mai au café Mancel à Caen. Programme et bulletin d'inscription disponible sur notre site.

Si vous souhaitez communiquer des informations ou glisser un petit article, n'hésitez pas à prendre contact avec Florence LANGLOIS, secrétaire de l'UCOG.

### Comité rédactionnel

Dr Emmanuel SEVIN

Coordonnateur Oncologue UCOG

Dr Bérengère BEAUPLET

Coordonnateur Gériatre UCOG

## LE G8 EST-IL UN OUTIL DE DEPISTAGE PERTINENT EN HEMATOLOGIE ?

Le G8, test de dépistage en évaluation gériatrique, dérivé du MNA (*Mini-Nutritional Assessment*) et cher à nos collègues bordelais a été évalué dans une étude prospective mono-centrique sur une série de 108 patients atteints d'hémopathies malignes. **En effet, l'utilité de ce score n'avait, jusqu'alors, pas été appréciée dans un contexte exclusif hémato-gériatrique**, donnant l'occasion à nos confrères autrichiens d'Innsbruck (Autriche) de le comparer à une évaluation gériatrique multidimensionnelle et d'en évaluer la pertinence pronostique.

**De 2009 à 2013, les patients âgés de plus de 67 ans (âge médian de 78 ans) et atteints d'une hémopathie**, incluant myélodysplasies (n = 25, 23%), myélome (n = 3, 3%), lymphomes (n = 44, 41%), et leucémies aiguës myéloblastiques (n = 31, 29%), ont été inclus et évalués par le G8 (score 0-17). L'évaluation multidimensionnelle comprenait 8 index (ADL, IADL, TUG, MMSE, GDS, nombre de traitement, F-Sozu, BMI) et le score de co-morbidité CIRSG.

Les cliniciens hématologues pouvaient tenir compte ou non du résultat de l'évaluation pour réaliser un traitement selon une approche dite standard, ajustée ou abstentionniste. Dans cette série, 70% des patients avaient au moins 2 scores anormaux /8 de l'évaluation multidimensionnelle et 61% un score G8≤14.

**Le G8 se montre relativement peu discriminant** avec une sensibilité de 69%, une spécificité de 79%, une VPP de 89% et une VPN de seulement 50%.

**En revanche un score G8≤14 semble constituer un bon prédicteur** de la survie à

un an pour les patients ayant bénéficié d'un traitement conventionnel (67% de la cohorte) puisque après ajustement multivarié, seuls le G8 (HR = 3,93 ; 95%CI 1,67-9,22), le diagnostic de LAM, l'altération de la mobilité et le risque de malnutrition constituent des facteurs de risque indépendant de mortalité à un an.

La valeur prédictive du G8 n'est pas confirmée pour le groupe non traité de manière conventionnelle (ajusté ou abstention).

**Cette étude comporte de nombreuses faiblesses méthodologiques** mais évalue pour la première fois de manière prospective le G8 dans un contexte exclusif d'hémopathies.

Elle souligne le caractère finalement peu discriminant de ce score en terme de dépistage par rapport à une approche multidimensionnelle, puisque 50% des patients avec un score G8 >14 ont finalement au moins 2 altérations de l'évaluation multidimensionnelle.

**On regrettera l'hétérogénéité des pathologies hématologiques** qui rend très difficile l'interprétation de la valeur pronostique du G8 dans un contexte de traitement dit « standard ».

**Ces résultats ont le mérite d'apporter des données descriptives précises** et permettent d'envisager une évaluation prospective du G8 dans des groupes homogènes de pathologies hématologiques. Un beau projet pour l'UCOG normande, non ?

**Fabrice JARDIN - Département d'hématologie et INSERM U918, Centre Henri Becquerel - ROUEN**

Article : ME Hamaker et al. *Ann Hematol*, 2014 february 2

*The G8 screening tool detects relevant geriatric impairments and predicts survival in elderly patients with haematological malignancy.*

Pour plus de renseignements, vous pouvez nous contacter via le site internet du réseau **oncobassenormandie.fr**, à la rubrique **OncoGériatrie**.

Notre siège social est situé au :

**3 Place de l'Europe – 14200 HEROUVILLE SAINT CLAIR.**

Pour nous joindre : ☎ 09 82 56 98 82 - ✉ [ucog@oncobn.fr](mailto:ucog@oncobn.fr)

## L'EVALUATION GERONTOLOGIQUE STANDARDISEE (EGS)...

est la méthode validée pour la description précise de l'état de santé global, du statut fonctionnel et des capacités de réserve d'un sujet âgé. Elle a montré sa capacité à prédire la survie et la tolérance d'un traitement. Les limites de cette évaluation multimodale exhaustive sont représentées par sa disponibilité (temps et professionnels) et sa faible exploitation dans la prise en charge oncologique.

Les auteurs de cet article ont choisi de tester **la faisabilité d'un programme de dépistage et d'évaluation gériatrique**, puis d'observer le nombre de problèmes gériatriques méconnus détectés par cette méthode. Ensuite, il s'agissait d'évaluer si le dépistage des problèmes gériatriques conduisait à des interventions ciblées spécifiques et influençait le projet de soins du médecin oncologue référent.

**Le dépistage des patients devant bénéficier d'une EGS** était réalisé par un soignant clinicien expérimenté, au diagnostic du cancer (68,2 %) ou à la faveur d'une récurrence (31,8 %). Il utilisait le G8 (score de 0 à 17). Lorsque celui-ci était inférieur à 14, une EGS complète était effectuée, évaluant à l'aide de scores validés les domaines suivants : comorbidités, cognition, autonomie, dépendance, thymie, nutrition, équilibre postural, marche et social.

**Les résultats** étaient transmis en temps réel à l'oncologue référent, puis, une nouvelle fois dans le mois suivant accompagné d'un questionnaire de quatre items :

1. *Les conclusions de l'évaluation étaient-elles disponibles lors du choix thérapeutique ?*
2. *L'évaluation a-t-elle révélée l'altération non connue d'un domaine gériatrique ?*
3. *Des actions ciblées sur les éléments de l'évaluation ont-elles été mises en place ?*
4. *L'évaluation a-t-elle modifiée le choix thérapeutique ?*

**Cette étude prospective multicentrique** réalisée dans des centres hospitaliers universitaires et non universitaires, a inclus 1 967 patients de + 70 ans (médiane : 76) atteints de différents cancers. **Deux catégories de résultats** sont particulièrement intéressantes : les données de l'EGS et leur place dans le processus de soins. Plus de 70 % des patients avaient un ECOG à 0 ou 1.

Malgré tout, le G8 conduisait à réaliser l'EGS chez 77,7 % des patients. L'EGS dépistait des conditions gériatriques non identifiées au préalable dans 51 % des cas (e.g. dépression, troubles cognitifs...). Ainsi, 56,5 % des patients avaient des éléments de dépendance (ADL altérés), 37,7 % une problématique de chute, 68 % un risque de dénutrition et 14,7 % étaient dénutris.

**Malgré une prévalence élevée de syndromes gériatriques**, seulement 25 % des éléments dépistés ont donné lieu à une intervention ciblée et seulement 25 % des stratégies thérapeutiques ont été adaptées aux données gériatriques. Par exemple, l'évaluation a révélé une dépression méconnue pouvant influencer la tolérance et la toxicité des chimiothérapies dans près d'un tiers des cas. Pour autant, six fois sur dix aucune intervention n'a eu lieu.

**Le protocole de l'étude** permettait au médecin oncologue référent d'être informé immédiatement ou au plus tard dans le mois suivant l'évaluation. Malgré tout, un tiers des référents ne connaissaient pas les données de l'évaluation.

**Les auteurs** montrent à travers leur étude, que dépister et évaluer des sujets âgés, puis en informer le médecin référent est réalisable. Malgré tout, l'interdisciplinarité doit être améliorée pour affiner la pertinence des prises en charge thérapeutiques, améliorer le suivi et les actions ciblées.

**Xavier GBAGUIDI, Médecine Interne Gériatrique - CHU - ROUEN**

Article : C. Kenis et al. *Annals of oncology* 24: 1306-1312, 2013.

*Relevance of a systematic geriatric screening and assessment in older patients with cancer: results of a prospective multicentric study.*

## EFFICACITE ET TOLERANCE DU SUNITINIB CHEZ LES PATIENTS AGES

**Il y a très peu de données sur la tolérance des thérapies ciblées dans le cancer du rein** chez les patients âgés. Par leurs effets secondaires potentiels, en partie du fait des comorbidités rendant plus difficile leur utilisation dans cette population, les bénéfices des anti-angiogéniques sont supposés moindres dans les cancers du rein métastatiques survenant chez les sujets âgés. La tolérance spécifique du sunitinib est mal connue.

**Dans une étude récemment publiée<sup>1</sup>** reprenant les données de survies de patients traités par sunitinib dans 6 grands essais en fonction de l'âge (< ou > 70 ans), la survie sans progression était identique quel que soit l'âge. Les effets secondaires (fatigue, anémie, anorexie, toux et thrombopénie) étaient plus fréquents chez les patients âgés de plus de 70 ans.

**Une autre étude italienne<sup>2</sup>** a regroupé 68 patients provenant de 6 centres traités entre mai 2006 et avril 2010. L'âge médian était de 74 ans (70-88 ans).

Les sujets ont été divisés en 3 groupes d'âge : « jeunes-vieux » (65-74 ans), en « vieux » (75-84 ans) et « très vieux » (> 85 ans).

**Une évaluation gériatrique** (CGA : Comprehensive Geriatric assessment) a été réalisée chez 34 patients permettant de les classer en fit (41%), vulnérables (42%) et fragiles (17%). 55 patients avaient au moins un risque vasculaire (81%). Le facteur de risque le plus fréquent était l'hypertension artérielle.

**Les effets toxiques les plus fréquents** ont été la fatigue (81%), les mucites (62%) (avec une fréquence de ces effets secondaires beaucoup plus élevée que celle rapportée dans les essais

cliniques), et l'hypertension artérielle (60%). Il a été rapporté 9 événements cardiaques dont un de grade 4 (infarctus) et un de grade 3 (insuffisance cardiaque congestive), les autres étaient de grade 1 ou 2.

**La dose a été réduite** d'emblée ou après le 1<sup>er</sup> cycle dans plus des deux tiers des cas (69%). Elle a été motivée par la fragilité du patient dans 32% des cas, par une toxicité dès le premier cycle dans 18% ou lors des cycles suivants dans 19% des cas.

**Sur les 60 patients présentant une cible évaluable, un bénéfice clinique a été observé chez 69% des patients.** Il n'a pas été retrouvé de corrélation entre fragilité et réponse. Avec un suivi médian de 27 mois, la médiane de survie sans progression était de 13.6 mois, la médiane de survie globale était de 18.3 mois.

**On peut conclure** que si le sunitinib peut être efficace chez les sujets âgés, il entraîne plus de toxicités et il nécessite souvent une réduction de dose et des interruptions de traitement.

**Pr Florence JOLY, Dpt d'Oncologie médicale, Cancérologie gynécologique et urologique, Responsable de l'Unité de Recherche Clinique, CFB INSERM, Cancer et Préventions, U1086, CHU CAEN**  
1- Hutson TE(1), Bukowski RM(2), Rini BI(2), Gore ME(3), Larkin JM(3), Figlin RA(4), Barrios CH(5), Escudier B(6), Lin X(7), Fly K(8), Martell B(9), Matczak E(9), Motzer RJ(10)

*Br J Cancer.* 2014 Jan 16. doi: 10.1038/bjc.2013.832.

*Efficacy and safety of sunitinib in elderly patients with metastatic renal cell carcinoma.*

2 - Brunello A, Basso U, Sacco C et al. *Safety and activity of sunitinib in elderly patients (≥ 70 years) with metastatic renal cell carcinoma: a multicenter study.* *Ann Oncol.* 2013 Feb;24(2):336-42.