

SIOG
INTERNATIONAL SOCIETY
OF GERIATRIC ONCOLOGY

2015
PRAGUE
CZECH REPUBLIC
12-14 NOV.



Dr Beauplet

Unité de Coordination en

 **nco-Gériatrie**

Basse-Normandie



Antenne
d'Onco-Gériatrie
Haute-Normandie

JEUDI 12 NOVEMBRE

09:00-10:30 Plenary session: Advancements in the field of geriatric oncology

Chairs: Etienne Brain (FR) and Christopher Steer (AU)

09:00-09:15 Update in surgery

Mike Jaklitsch (US)

Etat des lieux:

Amélioration des possibilités chirurgicales avec diagnostic précoce par dépistage collectif: pas d'intérêt du dépistage pour le K de prostate, pas pour le sein >75ans, par contre **pour le poumon ++ dans population sélectionnée (cf reco aux USA de 2014)**

Etude Interventionnelle pour améliorer la mortalité post op: Geriatric Surgery Verification and Quality Improvement Program débute en 2015 (ACS-NSQIP)

Nouvelles aires de recherche:

- Changement de l'incidence K: de thyroïde ++,
- Développement de la laparoscopie
- Confusion post-op: touche 80% des patients âgés, durée de 3 jours, liée à douleur, avec csqcs ++ (sur mortalité)
- Prévenir le déclin fonctionnel jusqu'à 12 mois par réhabilitation physique pré-op
- Impact du stress du chirurgien sur la performance (jeunes + stressés)

JEUDI 12 NOVEMBRE

09:15-09:30 **Update in geriatrics**
Holly Holmes (US)

- TA cible: L'étude SPRINT (cf NEJM) a prouvé l'intérêt d'une TAS =120mmHg mais a exclu des PA fragiles , l'étude PARTAGE a remis en cause ces données

Selon Benetos (JAMA 2015): cible TAS=130-150mmHg , et 150mmHg et sans HTO si PA fragile

- Démence:

pb de la multiplicité des échelles de dépistage(MMS, horloge, mini-cog), 7 études sur **Moca**
intéressante à explorer en onco

Biomarqueurs pour diag Alzheimer

Pas de traitement: vaccin PCV13 moins efficace après 75 ans et pas efficace si immunodéprimé (donc pas en oncoG)

- Vaccination contre zona: pas si patient immunodéprimé, donc **pas en oncoG**
- Fragilité: étude interventionnelle LIFE-P sur le bénéfice de l'activité physique montre une efficacité plus nette si le patient âgé est sédentaire à la base

JEUDI 12 NOVEMBRE

09:30-09:45 Update in medical oncology
Ravindran Kanesharan (SG)

3 sources:

- Publication d'un livre « **ESMO handbook for management in senior cancer**» 2015
- Nouvelles recommandations « **SIOG guidelines** »:

article Biganzoli L dans JGO sur « **monochimiothérapie** dans tumeur solides », notamment orale dans K sein métastatique (capecitabine, vinorelbine)

article sur **Lymphome DGCB** :avec alternatives au CHOP pour personnes âgées fragiles et comorbidité cardiaque

- ASCO: session oncogériatrique au congrès et revue « Asco connection »

JEUDI 12 NOVEMBRE

09:45-10:00 **Update in radiation oncology**
Lorenzo Livi (IT)

- Short course 5x5gy dans glioblastome aussi efficace que standard hypofractionné
- Poumon: intérêt de chir stereotaxique, résultats non influencés par la présence de comorbidités
- Prostate: intérêt de l'ajout de RT à l'hormonothérapie en survie
- Sein: doute de l'efficacité de RT adjuvant sur survie vs hormono seule. Publication cette année de son équipe: A 5 ans, pas de différence entre irradiation locale IMRT ou totale mammaire sur survie, à voir si QdV identique

JEUDI 12 NOVEMBRE

10:00-10:15 **Update in supportive care**
Christopher Steer (AU)

Revue biblio:

- Article de M Watson « influence de l'âge sur besoins en soins de support. » PA moins satisfaits des informations
- Article de G Nightingale dans JGO may 2015 sur « polypharmacy et Potentially Inappropriate Medication ». Renvoie à la **nouvelle version de Beers 2015** (American Geriatric Society)
- Article Gewandter sur questionnaire SARcoPRO
- Article « CGA predict toxicité dans myelome: » de l'IMWG
- JGO: « yoga sur fatigue et charge des effets secondaires »
- BMC geriatric: cohorte de K sein et colon, comparaison des pb psychosociaux chez jeunes et vieux
- Psycho-oncology : ELCAPA publie sur depression
- NCCN « older Adult oncology » guidelines version 2.2015

JEUDI 12 NOVEMBRE

TRACK 2

Prague D

14:00-15:15 Haematological malignancies: challenges are in the oldest old

Chairs: Barbara Eichhorst (DE) and Tanya Wildes (US)

14:00-14:15 New treatment approaches in CLL: challenges and opportunities

Barbara Eichhorst (DE)

- Découverte d'âge moyen 83 ans, asymptomatique dans 56% cas, 73% Binet A, 14% B, 13% C
- Survie médiane 56 mois, la LLC est cause de décès pour 40% seulement des patients (53% par autre maladie)

Algorithme chez les personnes âgées=

- Fit: no comorbidité=Gogo =

FCR, possibilité de dose réduite

Ou BR mais évalué chez des jeunes vieux d'âge médian 62 ans dans une étude et 72 ans dans l'autre (Michallet)

- Fragile=slow go =CLB+antiCD20

Essais des Kinases Inhibiteurs avec R: Ibrutinib (inhibiteur BTK); idelalisib (PI3K inhibiteur) mais toxicités++ (diarrhée, pnp), pour le choix vérifier si AVK, concomittant interaction CYP, QT long

- Geriatrique=soins palliatifs

JEUDI 12 NOVEMBRE

TRACK 2

Prague D

14:00-15:15 Haematological malignancies: challenges are in the oldest old

14:15-14:30 Myeloma in the oldest old: practical management strategies
Michel Delforge (BE)

- Age médian 69 ans mais 33% surviennent après 75 ans, survie moyenne 2 ans
- VMP: gold standard avec gain de survie chez les +75 ans par rapport au MP; Avec bortezomib 1Xhebdo au lieu de 2X/sem; et en SC
- Imid:

après 75 ans, le thalidomide a un gain de survie de 6 mois mais 20% de toxicité neurologique

Lenalidomide a eu AMM en 1ere ligne : amélioration de survie avec Rd continu (52 mois moyenne) vs Rd 18 (45 mois) ou MPT (37 mois) (NEJM 2014, IFM)

Qualité de vie >75 ans meilleure avec Rd vs MPT (QLQ C30) mais aussi sur signes d'effets secondaires (QLQMY20)

Palumbo Frailty score (Blood 2015) basé sur age, ADL, IADL, CCI, avec 3 groupes de fragilité. Mais le groupe intermédiaire n'est pas significativement différent sur toxicités.

JEUDI 12 NOVEMBRE

TRACK 2

Prague D

14:00-15:15 Haematological malignancies: challenges are in the oldest old

14:30-14:45 Management of high risk MDS in elderly patients
Heidi Klepin (US)

- Décision thérapeutique individuelle dépend de tumeur (agressivité), traitement (efficacité/toxicité) et patient (espérance de vie, réserve)
- Survie médiane va de 8,8 ans si very low à 0,8 an si very high selon l'IPSS-R score (5 groupes). Mais dépend bien sûr de l'âge du patient car la Survie est de 10 ans chez les 60-70ans mais baisse à 5,2 ans chez les >80 ans pour le groupe IPSS « very low », par contre pas d'influence de l'âge pour high et very high groupe.
- Chez >75 ans, 55% ont risque intermédiaire ou haut, 90% sont dpd de transfusion; 3 types de schéma azacitidine, moy 8 cycles réalisés
- Traitement: azacitidine 75mg/M2/j 7 j tous 28j augmente survie globale et QdV et progression vers LAM
Ou Decitabine 15mg/m2 sur 3 j toutes 6sem,
ou Decitabine 20mg/M2 (j tous 28j permet d'obtenir une remission
- Impact sur survie des:
 - comorbidités sur survie (diminuée de moitié si sévère)
 - Santé autoreportée a une meilleure valeur pronostique que le performance status coté par le médecin
 - 90% se plaignent de fatigue (plus que douleur) , associée à une moins bonne survie et QdV
 - ADL anormal et fatigue prédisent survie indpdmnt (Haematologica 2013 Deschler)

JEUDI 12 NOVEMBRE

TRACK 2

Prague D

14:00-15:15 Haematological malignancies: challenges are in the oldest old

14:45-15:00	Supportive and palliative care needs in older adults with haematological malignancies <i>Sam Ahmedzai (GB)</i>
15:00-15:15	Discussion

- Différence entre « supportive »=prévention et ttt des effets secondaires des ttt anticancéreux, y compris séquellaires après rémission de la maladie
- Et « palliative »= ttt des symptômes d'inconfort liés à la maladie
- Amalgame des 2 car :
 - mêmes moyens: thérapeutiques: psycho, réhabilitation, analgésie, social, ...
 - Aussi PEC du patient et de sa famille
 - Même symptôme traité: ex La douleur peut être induite par la maladie mais aussi les traitements (chirurgie, RT...) donc relève des 2 prises en charge de support et palliatif, intriquée parfois. Attention les opioïdes peuvent aussi être sources d'effets secondaires altérant la QdV!! (effet contradictoire, chutes, confusion, constipation)
 - Article « Depression and hopelessness in LAM »

JEUDI 12 NOVEMBRE

TRACK 2

Prague D

17:30-18:30 Oral abstract session - Decisional tools in malignant hemopathies

Chairs: Tanya Wildes (US) and Dominique Bron (BE)

17:30-17:40 O05 - Determinants of health-related quality of life in elderly MDS-patients: a study from the European LeukemiaNet MDS registry

Reinhard Stauder (AT)

17:40-17:42 Q&A

Article de Steensma 2014: azacitidine améliore QdV pour 89% selon médecins, 63% selon patients (p=0,001)

Pb des études sur de petits échantillons, et nécessité d'interroger le patient

➤ Le registre européen inclue 100 centres de 17 pays, a suivi sur 6 mois les MDS avec IPSS bas

Echelles utilisées pour évaluer la QdV: EQ-5D + échelle analogique

1490 patients (82%) ont rempli le questionnaire

L'Altération EQ-5D augmente avec l'âge dans les 5 domaines

L'Altération EQ-5D est corrélée (p<0,01) au sexe, age, KS, IMC, comorbidité et polymédication, anémie, transfusion précédemment réalisée

➤ **Faisabilité en pratique courante** d'intégrer ce questionnaire dans les données d'un registre

JEUDI 12 NOVEMBRE

TRACK 2

Prague D

17:30-18:30 Oral abstract session - Decisional tools in malignant hemopathies

Chairs: Tanya Wildes (US) and Dominique Bron (BE)

17:42-17:45 Introduction of the abstract theme

Tanya Wildes (US)

- Cf article JGO 2015: « diffuse LBCL SIOG task force recommendations » V Morrison
- ASH meeting decembre 2015 « hematology and ageing »

JEUDI 12 NOVEMBRE

TRACK 2

Prague D

17:30-18:30 Oral abstract session - Decisional tools in malignant hemopathies

Chairs: Tanya Wildes (US) and Dominique Bron (BE)

17:45-17:55 O06 - Impact of prednisone and rituximab prephase on a cytokine panel in Older DLBC patients receiving RCHOP within an NHL specific comprehensive geriatric assessment (CGA) trial
Paul Hamlin (US)

- Méthode: inclusion de >70 ans ou >60 ans avec KPS<80%; avec Rchop prévu
Préphase:prednisone 50 à 100mg/j pdt 5-10j et 1 rituximab; associée à une CGA
- Resultats:
 - 75 ans median, 39% de stade I/II, 42% low/low intermediate, niveau de comorbidité bas 42%-intermediaire39%-haut 19%; hospitalisations non programmées dans 37% cas
 - Impact de prephase: pas changement significatif du KPS; ni du TUG, mais ameliore la CGA
 - CGA predit toxicité de grade 3 et +; (survient dans 65% cas)
 - IL6, 10 et 13 sont associé à un haut score de CGA en préttt (TUG élevé)

JEUDI 12 NOVEMBRE

TRACK 2

Prague D

17:30-18:30 Oral abstract session - Decisional tools in malignant hemopathies

Chairs: Tanya Wildes (US) and Dominique Bron (BE)

17:55-18:05 O07 - Bendamustine combined with rituximab (BR) in elderly frail patients with newly diagnosed DLBCL: a phase ii study of the Fondazione Italiana Linfomi (FIL)
Francesco Merli (IT)

- CGA courte basée sur ADL, IADL, CIRS G, Age remplie sur site web FIL; oriente vers 3 bras du protocole selon le degré de fragilité
- Phase II non randomisée, >70 ans, 1ere ligne
- UNFIT défini par: >80 ans avec ADL >5, IADL>6, CIRS 5-8 comorbidité grade 2
Ou age <80 years, ADL<4, IADL<5, cirs 1 comorbidité grade 3
- R 375 mg/m² J1, benda 90mg/m² J2J3; cycles de 28j
4 RB+2R si IPI=0 et stade I/II
- Résultats: 49 patients inclus 2012-2014, d'âge médian 82 ans
24 ont arrêté le ttt dont 10 pour progression, 6DC, 8 pour effets toxiques (jugé acceptable)
Toxicités cardiovasculaires et infections++
27 réponses complètes, durée moyenne 12 mois

JEUDI 12 NOVEMBRE

TRACK 2

Prague D

17:30-18:30 Oral abstract session - Decisional tools in malignant hemopathies

Chairs: Tanya Wildes (US) and Dominique Bron (BE)

18:05-18:15 O08 - Frail elderly with diffuse large B cell non-hodgkin's lymphoma (DLBCL): a multicentric randomized phase II trial from the Goelams/Lysa groups
Pierre-Louis Soubeyran (FR)

- FRAIL 06=Phase 2 randomisée pour patients chez qui RCHOP n'est pas faisable, soit 1 critère parmi (PS>2, cardiac <50% FEVG, creat <50ml/mn, neutro bas,)GOELAMs
- A inclu >70 ans, 1ere ligne, avec 1 critère parmi PS=3, clearance<50, bilirubine élevée, comorbidité,
- 2 bras: 6 RCOP+2R ou 6 RCOPY+2R (liposomal doxo 40mg/m2), 47 patients par bras, efficacité et tolérance évalués
- 52% ins renale, 48% de PS 3, 53 % de stade Iv, 50% avec lymphopénie, moitié d'albuminémie anormale
- 39% ADL anormal, 66% IADL anormal, 42% de GDS an, 42% de cirs grade 3-4
- **Arrêt précoce du bras 6 RCOPY+2R après 20 inclusion car toxicité à type de neutro fébrile++**
- Parmi les 47 patients R COP, seulement 19 réponses complètes ou partielles; 23 arrêts (12 pour progression, 11 DC,). Donc moins toxique mais moins efficace
- RCOPY plutôt une alternative au RCHOP chez patients moins fragiles

JEUDI 12 NOVEMBRE

TRACK 2

Prague D

17:30-18:30 Oral abstract session - Decisional tools in malignant hemopathies

Chairs: Tanya Wildes (US) and Dominique Bron (BE)

18:15-18:30 Discussion: DLBCL in frail elderly patients: cure or palliation?

Dominique Bron (BE)

Diplomat Hotel

Difficulté de définir la fragilité chez les patients atteints de LB, critères différents selon les études

- **déficit cognitif** (anormal avec MMS chez 50%/avec MOCA chez 75 % des +80 ans, mais dans la population globale 35% avec MMS /51% avec MOCA).Dubruille JOG 2015 . **Impacte sur survie et toxicité**
- Ce qui est sûr: **Pas de ttt RCHOP si >85 ans, ADL<6, sd gériatrique** (pas de gain de survie de l'anthracycline meme si fonction cardiaque ok)

VENDREDI 13 NOVEMBRE

Prague A+B+C

08:30 - 10.00 Plenary session: Hot topics in supportive care
Chairs: Christopher Steer (AU) and Supriya Mohile (US)

08:50-09:10 Cognitive impairment and delirium
Beatriz Korc Grodzicki (US)

- Sous diagnostic des troubles cognitifs pré-existant dans la prise en charge des cancers

Probleme des critères DSM IV pour troubles cognitifs , difficile à diagnostiquer pendant prise en charge K

Au minimum: Depistage/MMSE, Mini-cog et ACE-R (+performant); MOCA comparable au MMSE (+sensible pour detecter MCI)

Biomarqueurs/peptide betamyloid bas et prot tau élevés dans LCR

- Autre facteur predisposant de confusion: baisse de vue
- Facteurs précipitants de confusion aigue en cancéro: iatroG, infections, SU, douleur, contention

La confusion aigue aggrave le stade de démence à 6 mois

Depistage de confusion/CAM

- Impact des ttt onco sur cognition: sein (controversé), K prostate sous hormono

Sur Fonctions executives, mémoire de travail, vitesse , attention, vuio spatiale, mémoire episodique

VENDREDI 13 NOVEMBRE

09:10-09:30 Polypharmacy
Holly Holmes (US)

- Beaucoup d'études observationnelles montrent qu'elle est associée aux chutes et fragilité, effets 2ndr, hospitalisations non programmées
- Dans K: augmente toxicité de Grade 3-4 dans K sein M+ (OR 6,38); complication post op dans K sein (OR=16); prolonge l' hospitalisation (OR=2,45)

- **Recherche de PIM (Prescriptions Potentiellement Inappropriées)**

Maggiore R, JAGS: chez 500 patients avec K; 30% de Beers + mais pas de lien avec prolongation d' hospitalisation ni toxicité

Autres outils + adaptés: STOPP-START; liste de drogue anticholinergique;

Médicaments pourvoyeurs d'hospit non programmées: warfarine, insuline, AAP, hypoglycémiants oraux

- **Etudes interventionnelles nécessaires**

GP-GP algorithm: pour révision d'ordonnance en nursing home aux USA

Arrêt des statines en fin de vie (Kutner JAMA) pas de modif de survie versus poursuite, pas plus d'accidents cardiovasculaires

VENDREDI 13 NOVEMBRE

09:30-09:50	Treatment acceptability and satisfaction with care in elderly cancer patients <i>Anne Bredart (FR)</i>
09:50-10:00	Discussion

- Etude qualitative prospective pour évaluer l'acceptabilité de toxicité/tolérance des CT par les patients

Quantification par le clinicien selon les grades NCI-CTCAE, mais pas d'évaluation sur QdV ou vécu autoreporté du patient

Inclusion en phase I, thérapie ciblée seule ou avec CT

25 patients approchés, **17 interview (10 avaient plus de 65 ans !!!!)**

10/17 ont complété le ttt,

VENDREDI 13 NOVEMBRE

TRACK 5

Prague D

10:30-11:30 Oral abstract session - Clinical implications of geriatric assessment: treatment guidance

Chairs: Beatriz Korc Grodzicki (US) and Willemien Van de Water (NL)

10:30-10:42 O01 - A nationwide implementation of a multidisciplinary geriatric assessment and intervention program in Belgian older patients with cancer
Cindy Kenis (BE)

Etude prospective, sur 22 centres, incluant les >70 ans, toute tumeur et HM, avec une décision thérapeutique prise.

- Screening par G8, complété si ≤ 14 par CGA+QLQC30
- Interventions formulées par un travailleur en santé formé, en partenariat avec l'équipe de cs externe gériatrique et EMG
- Objectif: évolution de l'état de santé M0-M3, survenue de problèmes intercurrents
- Critères: Combien et quelles interventions?, suivi jusqu'à 3 mois, recours à d'autres professionnels (diet, psy, assistant social); hospitalisations non programmées, survie

Résultats préliminaires:

9103 patients âgés éligibles, refus de participation pour 394, 244 exclus, **8465 patients inclus**

Age médian 78 ans, 91,8% de tumeur solides, nouveau diagnostic dans 79% des cas,

70% de profil gériatrique selon G8 (2534 patients avaient $G8 > 14$);

59,7% avaient un ADL anormal, 67,4% un IADL anormal, 37% avaient un antécédent de chute, 16% un MMS < 24/30

Recommandations gériatriques faites pour 75,8% des patients, et parmi eux 65,6% de propositions ont été réalisées.

Survenue d'un déclin pour les ADL chez 22,6% des patients et pour les IADL chez 40%, à 3 mois

18,9% de réhospitalisations non programmées à 3 mois: 12,2% dans le groupe G8 normal, 21,8% dans le groupe G8 anormal

VENDREDI 13 NOVEMBRE

10:42-10:54 O02 - What is the role of comorbidity, frailty and functional status in the decision-making process for older adults with cancer and their family members, cancer specialist, and family physician?
Martine Puts (CA)

- Obj: évaluer les facteurs influençant la décision thérapeutique du patient et sa famille; des médecins
- Inclusion: >70 ans, prostate, coloR, sein, poumon; 1ere ligne chimio palliative, au Bloomberg center
- Interview de 45min initial patient et sa famille, 15-30min oncologue et med ttt; Interview renouvelée à 6 mois
- 26 patients inclus de 70-79 ans, et 12 de >80 ans,
- 16 ont complété M0 et M6, 5 ont refusé le contact de leur famille ou n'avait pas de famille
- Vécu des patients et famille:
 - Tous ont accepté le ttt oncologique car confiance en l'oncologue, la moitié ont vu leur MT pour discuter du ttt, mais ceux-ci non pas été impliqués dans décision
 - Pas d'influence des comorbidités ou des effets secondaires potentiels sur l'accord de ttt du patient
 - Famille satisfaite des infos sur CT, mais laisse le patient décider
 - moins satisfaits des retards de rdv et délais de ttt, sans suggestion d'amélioration
 - Demande d'explications plus simples
- Vécu des oncologues: le patient âgé est facile à convaincre par l'amélioration des symptômes prévue; la décision est basée sur le PS, et aussi il contacte le MT pour recenser les comorbidités, par pour l'aide à la décision

VENDREDI 13 NOVEMBRE

10:54-11:06 O03 - Cognitive impairment predicts two-year total mortality in elderly onco-surgical patients
Stéphanie Dubruille (BE)

Oratrice Neuropsychologue

Rationnel: Robb 2010 .Crit Rev Oncol Hematol, survie moindre si MMS<25 vs N

Etude comparant le MMS et MOCA réalisés en pré-op chez patients >65 ans hospitalisés pour chirurgie carcinologique, publiée dans JGO 2015

A 2 ans :

- Groupe 333 survivants (âge médian 72 ans), MOCA anormal (<26/30) chez 143 patients(43%), MMS anormal chez 45 (14%)
- Groupe 24 dcd (âge médian 74 ans,) 20 avaient un MOCA anormal (83%), 2 avaient un MMS anormal

En univarié, le déclin cognitif est un FDR de dc indépendant , de même que les chutes (p<0,001)

En multivarié, on retrouve aussi le Mob-t aussi comme prédicteur de DC

VENDREDI 13 NOVEMBRE

11:06-11:18 O15 - Implementing a pharmacist-led, individualized medication assessment and planning (IMAP) pilot to improve medication use during care transitions in ambulatory senior adult oncology (SAO) patients
Ginah Nightingale (US)

Etude college Jefferson Philadelphie, oratrice pharmacienne

- 122 patients inclus, Suivi tel J30 (47 réalisés), J60 (20 réalisés)
- À M0, 122 pb identifiés, puis encore 64 pb identifiés au suivi M1

! Impact sur réhospitalisation non évalué

! Patients perdus de vue nombreux (pb évaluation téléphonique)

VENDREDI 13 NOVEMBRE

TRACK 4

Prague A+B+C

11:45-12:45 Oral abstract session - Tailoring screening and treatment

Chairs: Ravindran Kanesvaran (SG) and Kwok-Leung Cheung (GB)

11:45-11:57 O16 - Mammography screening performance in 14 million screens compared between women aged 70-75 years and women aged 49-69 years
Jacques Fracheboud (NL)

- Controverse sur efficacité de dépistage après 69 ans (non d'après Lancet 1993)

Programme de dépistage allemand K sein à partir de 50ans prolongée de 70 à 75 ans depuis 1998

- Taux participation 73% chez plus âgées 70-75 ans (s'est bien améliorée) vs 81% chez 50-69 ans; sensibilité à 2 ans est de 80,1% chez les plus âgées vs 70,2%
- Incidence baisse après 70 ans
- mortalité par K sein baisse chez les 75-84 ans depuis l'extension de ce dépistage

VENDREDI 13 NOVEMBRE

11:57-12:09 O17 - Subset analysis of the safety and efficacy of nivolumab in elderly patients with metastatic melanoma
Liliana Bustamante (US)

- Moitié des mélanomes survient après 65ans, il faut vérifier l'efficacité de l'Ac antiPD1 chez les PA avec système immunitaire altéré
- Effets secondaires rapportés: cutanés (36%), colique (18%) endocrinien (5%). Et quid de l'effet de la corticothérapie à haute dose nécessaire en parallèle chez PA?

Etude retrospective comparant les plus et moins 65 ans, Moffitt Center

- 148 patients st III/IV (33 reséqués, les autres non résecables)
- Apres 65 ans : 29patients ont reçu le ttt/22 non
- Avant 65 ans, 58 ont reçu le ttt/34 non
- Tolérance: chez Jeunes 38,5 % de rash cutanés vs 40% chez plus âgés,
- Amélioration survie identique

!!!Revoir sélection des patients, pas de donnée sur le profil gériatrique des plus de 65 ans

VENDREDI 13 NOVEMBRE

12:09-12:21 O18 - Folfirinage: tolerance and efficacy of folfirinnox in elderly patients with metastatic pancreatic adenocarcinoma
Capucine Baldini (FR)

- Gemcitabine= standard jusqu'en 2011; puis le Folfirinnox a montré une amélioration de survie de 6,8 à 11mois, sans différence selon l'âge, mais l'âge moyen était de 61 ans (ACCORD 11).

Etude >70 ans, retrospective, 5 centres, entre 2008 et 2015, adK localement avancé ou M+

- 41 patients, 73 ans d'âge médian, 57% PS=1, 36% PS=0, CCI médian =10
- 7 cycles réalisés; réduction de dose pour 63% des patients
- Neutropénie chez 23% des patients mais de bas grade, diarrhée, vomissementt, neuropathie sensitive (6 cas sévère)
- Allonge survie à 14 mois vs 9,2 mois; Impact négatif de l'hypoalbuminémie <35g/L (HR=3)

➤ Discuter GCSF primaire et reduction de dose primaire, et implémenter données gériatriques

➤ PAMELA 70 phase II à venir

VENDREDI 13 NOVEMBRE

- 12:21-12:34 O19 - How age-related biology might impact on clinical management and outcome of primary breast cancer in older women
Kwok-Leung Cheung (GB)
- 12:34-12:45 Questions and discussion

1758 patientes âgées >70 ans, et 1809 jeunes

- Histologie: ductal NST, identique selon l'âge
- Sous type: 5 chez PA (Syed, 2013) dont 1 nouveau sous type trouvé » low ER luminal » chez les plus âgées
- ER+: très positif, augmente avec l'âge, 82% des cas après 70 ans
- HER2+: survie identique jeune et vieux; chimio non utilisé après 70 ans
- KI67 négatif plus fréquent
- Triple négatif: pas de différence selon âge, pas de chimio adjuvante à la chirurgie après 70 ans

VENDREDI 13 NOVEMBRE

TRACK 4

Prague A+B+C

14:00-15:30 Drug drug interaction in older cancer patients

Chairs: Romano Danesi (IT) and Stuart Lichtman (US)

14:00-14:15 Polypharmacy: implications in the elderly

Holly Holmes (US)

Aux USA, 1patient/5 a 10 médicaments ou plus, associé au risque de DDI avec OR=12

- Exemples d'interaction en chimio: Cisplat +furosémide ou phénytoïn; Irinotecan+ phénytoïn; Tamoxifène, doxo ou epirubicine avec médicament allongeant QT; Cyclo+5FU avec HCT
- Exemples d'interaction en thérapie ciblée: TKI: effet sur pH gastrique, CYP métabolisme (3A4 pour gefitinib et erlotinib), P-glycoprotéine transport
- Interactions CYP 450: inducteurs ou inhibiteurs (rifampicine, barbituriques, carbamazépine...)
- Prévalence des DDI va de 27 à 72% chez patients avec K selon les études; concerne surtout warfarine, anticonvulsivant, antiHTA, corticost et AINS
- DDI Prédit Toxicité grade 3-4, (Popa MA JGO 2014)

VENDREDI 13 NOVEMBRE

14:15-14:30 **Examples of existing resources to learn about DDI**
Vincent Launay-Vacher (FR)

Service ICAR Pitié Salpêtrière

Où trouver les infos sur DDI en oncologie? 4 sites

- **site web EMA:** fiches Résumé Caractéristiques Produit notamment sur TARCEVA, pas pratique
- **Site ESMO educational portal: oncologypro.esmo.org,** avec onglets accédant aux fiches pour chaque inhibiteur TKI, et onglet pour interactions avec médicaments non oncologique...
- **Site GPR en français:** ex amiodarone et sunitinib...
- Site Drug Interactions Checker: www.drugs.com: avec version pour professionnels et patients; très complet sur tous les médicaments; informations sur interaction avec l'alimentation; mais ne mentionne que données pharmacodynamique, pas pharmacocinétique

VENDREDI 13 NOVEMBRE

14:30-14:45 **Oncology and supportive care drugs with frequent DDI issues**
Stuart Lichtman (US)

Liste dans l'article de Scripture CD, Nat Rev Cancer 2006, « *Drug interaction in cancer therapy* » (ex coumadine et capecitabine)

- Alimentation: retarde absorption FU, MTX, topotecan; jus raisin inhibe le CYP3A (augmente biodispo du lapatinib)
- Métabolisme hépatique P450, CYP3A4 (attention au ketoconazole, ondasetron)
- Opioides, antidépresseurs sont aussi sources d'interaction
- Attention à la phytothérapie et suppléments alimentaires (Ginkgo a un effet sur warfarine, AINS). Cf Site internet du Memorial Sloan Kettering Cancer Center
- Attention à l'insuffisance rénale: task force de SIOG
- Impact sur confusion
- Stratégies: histoire complète de la médication avec automédication, révision, surveiller observance, anticiper problèmes

Cf Article JGO

VENDREDI 13 NOVEMBRE

14:50-15:05	Prostate cancer, new drugs and DDI <i>William Dale (US)</i>
15:05-15:20	Profiling the DDI aspects of drugs in prostate cancer <i>Romano Danesi (IT)</i>

K prostate résistant à la castration:

- abiraterone: inhibiteur CYP2D6 et métabolisé par CYP3A4, risque d'hépatotoxicité réversible; effets potentiels de la corticothérapie associée bien qu'elle soit à basse posologie (5mg). Effet de l'alimentation grasse sur taux sérique d'abiraterone (risque surdosage avec 1000mg/j)
- Enzalutamide: métabolisme CYP3A4 et 2C8, pas d'effet de l'alimentation, effet avec warfarin, potentiellement avec apixaban et rivaroxaban (mais pas avec dabigatran) et midazolam
- sipuleucel-T (gain de survie 25 mois vs 21): risque d'hypoalcémie, éviter dénosumab

VENDREDI 13 NOVEMBRE

Prague A+B+C

15:45-16:45 **Special partnership session:**
SIOG & Multinational Association of Supportive Care in Cancer (MASCC)
Nutrition issues and challenges in older patients with cancer
Chairs: Matti Aapro (CH) and Christopher Steer (AU)

15:55-16:15 **Recognizing anorexia cachexia early, how to intervene**
Florian Strasser (CH)

Comment intervenir sur anorexie/cachexie? multimodale

- Apports alimentaires protéiques et caloriques
- Associé à l'activité physique: 3 à 4x/sem,
marche (10-15min) + travail musculaire 2x10 répétitions bras jambes
- Voire associée à un médicament: Attention au corticostéroïde : effet seulement sur l'appétit, pas la prise de poids, pendant 1-2 semaine max 4mg DXM ou 16mg prednisone 7jours

Progestine: effet sur l'appétit, poids mais n'augmente pas masse musculaire

Emergent: melanocortin Recepteur 4 antagoniste; ghrelin et analogue, androgene,

Anamorelin: augmente masse musculaire et grasse, pas d'effet sur la force musculaire, améliore fatigue

VENDREDI 13 NOVEMBRE

16:15-16:30 **Malnutrition, sarcopenia and cachexia in the elderly with cancer**
Antonio Viganò (CA)

Diagnostique 3 stades:

- **précachectique (baisse ingestas+marqueurs biologiques+perte poids modérée)**
- **cachectique (+perte poids sévère)**
- **cachexie réfractaire (+ perte d'autonomie)**

- Diagnostique de sarcopénie basé sur imagerie

VENDREDI 13 NOVEMBRE

TRACK 1

Prague A+B+C

17:15-18:30 Multidisciplinary management of older patients with cancer: the vital role of supportive care

Chairs: William Tew (US) and Ravindran Kanesharan (SG)

17:15-17:35 Head and neck cancer in older patients: the team approach

Ronald Maggiore (US)

QdV repose sur:

- déglutition: moins bonne chez >70 ans
- Dépression à 1 an (comme jeunes)
- Ototoxicité avec RTCT basé sur cisplatine (intérêt de l'audiogramme avant pour mesurer l'impact)
- Pb sociaux: isolement fréquent dans contexte OH tabac et Pb nutritionnel (visite hebdo ass sociale et diet)

VENDREDI 13 NOVEMBRE

17:35-17:55 **Urothelial/genitourinary cancer: managing multimodality therapy**
Ravindran Kaneshvaran (SG)

- Importance de lymphadenectomie bilaterale associée avec cystectomie , indiquée si atteinte musculuse. Exemple d'une patiente non gériatrique (CGA normale)
- Surveillance stomie
- **Unfit pour chimio CDDP: ECOG 2, Clearance CreaT<60, perte audition ou neuropathie, ins cardiaque NYHA III (JCO, Galsky 2011)**

Alternative par Gemzar+carbo

SAMEDI 14 NOVEMBRE

TRACK 1

Prague D

11:45-12:45 Oral abstract presentations - Treatment patterns: what can we learn from populations

Chairs: Helen Boyle (FR) and Melissa Loh (US)

11:45-11:57 O23 - Treatment patterns and relative survival for older patients with non-metastatic breast cancer in three European countries: preliminary data from a Eureka international comparison
Marloes Derks (NL)

- Obj: compare PEC >70 ans dans pays européen (NL, Belgique, Irlande, Portugal, Pologne, Angleterre) K sein stade I-III, et survie
- Belgique meilleur pays en survie relative ($p < 0,01$), Angleterre moins bonne survie pour tous les stades. Mais nombreuses données manquantes (moitié) en Angleterre
- Stade I: moins d'hormono adjuvante en Angleterre, or l'hormonothérapie est associée à meilleure survie dans les autres pays
- Stade 2: ttt systémiques (hormono et CT) fréquents, associées à survie meilleure
- Stade III: hormono identique, bcp moins de CT en NL;

SAMEDI 14 NOVEMBRE

11:57-12:09 O24 - Long-term mortality and loss of independence after surgery: are we able to identify high-risk onco-geriatric patients?
Federico Ghignone (IT)

- SIOG surgical task force: études prédictives des complications post-op précoces (PACE et PREOP).
Besoin de données à plus long terme
- Inclusion >70 ans K solide, éval préopératoire avec TUG (>20 sec), ASA(>=3), Nutritionnal Risk Screening (>0) et condition de vie
- Résultats: 123 patients, 78 ans moyen , 46% chir abdo
 - À 4,6 ans, 71,5% en vie, sein meilleure survie>color>uro
 - Prédicteurs de dc: TUG>20, et survenue de complications post-op précoces J30
 - TUG, ASA, age>80 ans sont indépendamment associés au dc et perte autonomie
 - Go safe Study à venir

SAMEDI 14 NOVEMBRE

12:09-12:21 O25 - Maintenance therapy for elderly patients with advanced non-small cell lung cancer: pooled analysis of phase III randomized controlled trials
Thierry Landre (FR)

- Sur 114 publi pubmed: 7 articles retenus car données sur sous groupe ESCAPE, ECOG 4599, FASTACT2, SATURN, H3JMEN, PARAMOUNT, FLEX
- Pas de bénéfice significatif sur survie globale, mais survie sans progression significativement meilleure (HR=0,67)
- Pas de données de CGA, sélectionné PS=0-1, pas de données toxicité ni QdV
- IFCT 1201 MODEL en cours évalue maintenance par permetrexed ou gemcitabine

SAMEDI 14 NOVEMBRE

12:21-12:34

O26 - International comparison of treatment and outcome in older patients with muscle-invasive bladder cancer
Esther Bastiaannet (NL)

- Mortalité spécifique augmente chez les plus âgés
- Traitement=Cystectomie; sinon RTUV+RT+-CT; et si M+= pall
- Étude observationnelle comparant données de Pays Bas et Moffitt Cancer Center (USA), 2000-2012, évalue SG et survie relative des K M- et M+
- N=7505 (NL), n=336 (Moffitt) de patients M-, n= 2404 (NL) et 109 (Moffitt) patients M+
- M-: 20%CT au moffit, 2/3 cystectomie Pays Bas vs 3/5 des patients au Moffit, meilleure survie au moffitt significative

Complications moffitt surtout après chir (23% des patients, à type d'infections)

- M+, plus de CT au moffit, avec une survie à 5 ans, de 24% vs 6,8% au Pays bas
- Total: Moffit: plus de CT neo adjuvante et cystecotmie et CT adjuvante dans M0