

**SIOG**  
INTERNATIONAL SOCIETY  
OF GERIATRIC ONCOLOGY

**2014**  
LISBON  
PORTUGAL  
23 - 25 OCT.



Dr Beauplet



Dr Rigal  
Pr Di Fiore

Unité de Coordination en

 **Onco-Gériatrie**

Basse-Normandie

 **Antenne  
d'Onco-Gériatrie**  
Haute-Normandie

Plenary session 1		
Advancement in the field of geriatric oncology		
Arti Hurria (USA); Muriel Rainfray (FR)		
Time	Topic	Speaker(s)
09:00-09:15	Update in medical oncology	Vesa Kataja (FI)
09:15-09:30	Update in geriatrics	Muriel Rainfray (FR)
09:30-09:45	Update in surgery	Kwok Leung Cheung (UK)
09:45-10:00	Update in psycho oncology	Jimmie C. Holland (USA)
10:00-10:15	Update in heamatology	Reinhard Stauder (AT)

- **Vesa Kataja**: lire son article dans *JGO* aug 2014 « Geriatric oncology: an overview ». Revue de la littérature des essais thérapeutiques dédiés aux PA

Ex meta rein [*ClinGenitourin Cancer* 2014 oct 12(5):354-358] étude compare traitements réalisés chez les + et - 75 ans. Même survie mais PA hypersélectionnés ; pas de données sur les modifications de doses, seule différence très significative sur la réalisation d'une 2<sup>e</sup> ligne pour 39% chez -75 ans vs 23% chez patients de + 75 ans.

Ex *Lancet Oncol* aug 2014; 15:e404-414: « Management of prostate cancer in older patients: update recommendations of ISGO » sur diagnostic précoce: pas de dépistage collectif, pas de PSA en routine après 70 ans ou si espérance de vie < 10 ans. Démarche diagnostique chez 70-79 si symptômes, et après 80 ans seulement si fit car risque de surtraitement avec effets 2<sup>nd</sup>.

- **Muriel Rainfray**: *Age and ageing* 43:10-12 « frailty ». Deux concepts de fragilité: « phénotype fragile » de Fried (sans handicap apparent, 5 items, autoquestionnaire+ nécessite dynamomètre, pas basé sur l'EGS) et « syndromes de fragilité » de Rockwood (70 items, description nosographique après EGS, dans une population avec maladies chroniques)

**Résultats du 2<sup>e</sup> Consensus meeting 2014 sur fragilité**: 1/ définition=« syndrome avec causes multiples caractérisé par une diminution de force, d'endurance, et de fonction physiologique, augmentant la vulnérabilité des individus à devenir dépendant et/ou mourir ». La sarcopénie n'est qu'un symptôme. 2/ Elle peut être prévenue par exercice, régime HPHC, vit D, réduisant la polymédication. 3/ outils validés comme le FRAIL scale 4/ dépistage de la fragilité recommandé chez tous les +70 ans ou perte poids involontaire ≥ 5% due à des pathologies chroniques

**Validation de l'outil 4AT pour diagnostiquer la confusion**: 234 patients >70 ans, moy 84 ans, comparé au DSMIV et la CAM, sensibilité 89,7%, spécificité 84,1%

Article *Ploze One*: « Place and cause of death in centenarian (England) », la part de DC à hospital continue à augmenter (favoriser fin de vie à domicile++), causes= pnp 17%, cerebrovasc 10%, IDM 8% et 28% « grand age »??, cancers sous diagnostiqués??

# Frail scale

5 composantes:

- **Fatigue:** demander aux patients combien de temps au cours des 4 dernières semaines ils se sentaient fatigués avec 1 point pour les réponses «tout le temps» ou «la plupart du temps»
- **Resistance:** demander aux patients s'ils ont des difficultés à monter 10 marches seul sans repos et sans aides, 1 point pour la réponse «Oui».
- **Marche:** demander aux patients s'ils ont des difficultés à marcher plusieurs centaines de mètres seulement et sans aide ; 1 point pour la réponse «Oui».
- **Maladies:** 1 point s'il déclare 5 maladies ou plus des 11 maladies totales
- **Perte de poids:** 1 point s'il déclare une baisse de poids de 5% ou plus dans les 12 derniers mois

Frail scale cote de 0-5 (1 point pour chaque composante; 0=mieux à 5=pire) fragile si 3 à 5, pré-fragile si 1à 2

[The journal of nutrition, health & aging](#) August 2012, Volume 16, [Issue 7](#), pp 601-608

A simple frailty questionnaire (FRAIL) predicts outcomes in middle aged African Americans

• [John E. Morley](#), [T. K. Malmstrom](#), [D. K. Miller](#)



**Assessment test for delirium & cognitive impairment**

Patient name: \_\_\_\_\_

Date of birth: \_\_\_\_\_

Patient number: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Time: \_\_\_\_\_

Tester: \_\_\_\_\_

(label)

**[1] ALERTNESS**

*This includes patients who may be markedly drowsy (eg. difficult to rouse and/or obviously sleepy during assessment) or agitated/hyperactive. Observe the patient. If asleep, attempt to wake with speech or gentle touch on shoulder. Ask the patient to state their name and address to assist rating.*

Normal (fully alert, but not agitated, throughout assessment)	0
Mild sleepiness for <10 seconds after waking, then normal	0
Clearly abnormal	4

**[2] AMT4**

*Age, date of birth, place (name of the hospital or building), current year.*

No mistakes	0
1 mistake	1
2 or more mistakes/untestable	2

**[3] ATTENTION**

*Ask the patient: "Please tell me the months of the year in backwards order, starting at December." To assist initial understanding one prompt of "what is the month before December?" is permitted.*

Months of the year backwards	Achieves 7 months or more correctly	0
	Starts but scores <7 months / refuses to start	1
	Untestable (cannot start because unwell, drowsy, inattentive)	2

**[4] ACUTE CHANGE OR FLUCTUATING COURSE**

*Evidence of significant change or fluctuation in: alertness, cognition, other mental function (eg. paranoia, hallucinations) arising over the last 2 weeks and still evident in last 24hrs*

No	0
Yes	4

4 or above: possible delirium +/- cognitive impairment  
 1-3: possible cognitive impairment  
 0: delirium or severe cognitive impairment unlikely (but delirium still possible if [4] information incomplete)

**4AT SCORE**

**GUIDANCE NOTES**

The 4AT is a screening instrument designed for rapid initial assessment of delirium and cognitive impairment. A score of 4 or more suggests delirium but is not diagnostic; more detailed assessment of mental status may be required to reach a diagnosis. A score of 1-3 suggests cognitive impairment and more detailed cognitive testing and informant history-taking are required. A score of 0 does not definitively exclude delirium or cognitive impairment; more detailed testing may be required depending on the clinical context. Items 1-3 are rated *solely on observation of the patient at the time of assessment*. Item 4 requires information from one or more source(s), eg. your own knowledge of the patient, other staff who know the patient (eg. ward nurses), GP letter, case notes, carers. The tester should take account of communication difficulties (hearing impairment, dysphasia, lack of common language) when carrying out the test and interpreting the score.

**Alertness:** Altered level of alertness is very likely to be delirium in general hospital settings. If the patient shows significant altered alertness during the bedside assessment, score 4 for this item. **AMT4 (Abbreviated Mental Test - 4):** This score can be extracted from items in the AMT10 if the latter is done immediately before. **Acute Change or Fluctuating Course:** Fluctuation can occur without delirium in some cases of dementia, but marked fluctuation usually indicates delirium. To help elicit any hallucinations and/or paranoid thoughts ask the patient questions such as, "Are you concerned about anything going on here?"; "Do you feel frightened by anything or anyone?"; "Have you been seeing or hearing anything unusual?"

Plenary session 1		
Advancement in the field of geriatric oncology		
Arti Hurria (USA); Muriel Rainfray (FR)		
Time	Topic	Speaker(s)
09:00-09:15	Update in medical oncology	Vesa Kataja (FI)
09:15-09:30	Update in geriatrics	Muriel Rainfray (FR)
09:30-09:45	Update in surgery	Kwok Leung Cheung (UK)
09:45-10:00	Update in psycho oncology	Jimmie C. Holland (USA)
10:00-10:15	Update in heamatology	Reinhard Stauder (AT)

- **Kwok L Cheung**: : revue littérature pubmed 1251 articles pour [cancer]+[surgery] : Etudes pour la plupart retrospectives, sur les complications standards, qqs études avec CGA et alternatives à la chirurgie radicale émergent, peu d'études économiques.

Avancées en général à développer chez PA: chirurgie videolaparoscopique dans colon et poumon, résection endoscopique de petits cancers gastriques

Combinaison avec radiothérapie in situ (targeted intraoperative radiotherapy)

Challenges: sélection des patients à opérer ou non, et optimisation des soins périopératoires

Plenary session 1		
Advancement in the field of geriatric oncology		
Arti Hurria (USA); Muriel Rainfray (FR)		
Time	Topic	Speaker(s)
09:00-09:15	Update in medical oncology	Vesa Kataja (FI)
09:15-09:30	Update in geriatrics	Muriel Rainfray (FR)
09:30-09:45	Update in surgery	Kwok Leung Cheung (UK)
09:45-10:00	Update in psycho oncology	Jimmie C. Holland (USA)
10:00-10:15	Update in heamatology	Reinhard Stauder (AT)

- **J Holland:** Rapport de l'Institute Of Medicine sept 2013 « Delivering High-Quality Cancer Care: Charting a New Course for a System in Crisis » : 59% des survivants du cancer ont +65 ans, peu de compassion pour les PA+cancer alors que + isolés, regrets sur vie, déprimés

Challenges: Apprendre l'histoire de vie, compassion, lutter contre isolement, faire la paix avec le passé et trouver encore du plaisir, planifier l'avenir restant (proposer des perspectives tolérables, réunion de groupes de malades, réduire la peur de vieillir)

Utiliser des outils pour cibler l'intervention: échelle HADS Depression, autoquestionnaire de bien être U-bend (sur 10) en fait meilleur chez 82-85 ans que 18-21 ans (article « A snapshot of the age distribution of psychological well-being in the United States." [Proc Natl Acad Sci U S A](#). 2010 Jun 1;107(22):9985-90. [Stone AA](#)<sup>1</sup>, [Schwartz JE](#), [Broderick JE](#), [Deaton A](#).)

- **Stauder:** age moyen SMD et MM=75 ans, LAM, LMNH, LLC=70 ans

Hamaker *Leuk Res* 2014 revue littérature des facteurs pronostic de mortalité chez PA: association significative avec les comorbidités dans tous.

Hamaker *Ann Oncol* 2014: Représentation insuffisante des PA dans essais: exclus dans 69% des 1207 études (dont 27% basé sur critère d'âge, les autres indirectement sur critère de PS ou fonction d'organe altérée). Objectifs des études dédiés aux PA: en 1<sup>er</sup> vient la toxicité (71% des études) puis, l'efficacité, la survie sans progression, survie globale (58%).... donc plutôt adapté

- Points clés pour chaque HM:

- SIOP task force LMNH guidelines;
- LLC (*F1000Prime Rep*. 2014 Aug 1;6:65. Advances in treating chronic lymphocytic leukemia.Tausch E; *Haematologica*. 2014 Oct;99(10):1599-604) Chronic lymphocytic leukemia in the elderly: clinico-biological features, outcomes, and proposal of a prognostic model. Baumann T,)
- MM: algorithme « go-go, moderate go, slow-go » de European perspective on multiple myeloma treatment strategies in 2014. Ludwig H, Palumbo A. *Oncologist*. 2014 Aug;19(8):829-44.

- Progrès sur la prise de considération de la gériatrie: « Hematology and Ageing » à l'American Society of Hematology meeting



## Acute Myeloid Leukemia in the Elderly Patient

Session Offered Twice

Sunday, December 7, 2014

9:30 a.m. - 11:00 a.m.

Moscone Center (West Building, 3001-3003-3005-3014-3016-3018)

Monday, December 8, 2014

2:45 p.m. - 4:15 p.m.

Moscone Center (South Building, Gateway Ballroom 103)



The screenshot shows the American Society of Hematology (ASH) website. At the top, there are links for "ASH Store", "ASH Job Center", "Donate", and "My Account". The main header features the ASH logo and the text "American Society of Hematology" with the tagline "Helping hematologists conquer blood diseases worldwide". A search bar is located to the right of the logo. Below the header is a navigation menu with links for "About", "Awards", "Membership", "ASH Foundation", "Global Programs", and "Newsroom". There are also social media icons for Facebook, Twitter, and LinkedIn. A secondary navigation bar includes links for "Research", "Education", "Advocacy", "Meetings", and "Publications". The main content area is titled "ASH Annual Meeting" and features a banner image of the Golden Gate Bridge. Below the banner, there is a sidebar with a list of links: "Abstracts", "Registration", "Housing", "Travel", "Attendee Resources", and "Dates and Deadlines". The main content area displays the "56th ASH Annual Meeting and Exposition" scheduled for "December 6-9, 2014" at the "Moscone Center, San Francisco, CA". A prominent button encourages users to "Register now" with links for "Individuals", "Groups", and "Exhibitors". To the right, there is a section for the "ASH Foundation 3K - 5K Run/Walk" event, dated "December 7, 2014", with a description: "Kick off your day in a fun and healthy way - run or walk in the ASH Foundation 3K - 5K Run/Walk".

This session will focus on the appropriate treatment options for the most common population of acute myeloid leukemia (AML) patients encountered in current practice: the elderly. As deaths from cardiovascular disorders recede, more individuals are now surviving for years – even decades – beyond the traditional retirement age. Subsequently, the incidence of AML is increasing. Although intensive induction chemotherapy induces remission and cure in some patients, it is associated with high mortality and morbidity in others. How does one determine which patients benefit from this approach and how to treat those who do not?

Speakers: Heidi D. Klepin, MD will review how to assess fitness for chemotherapy in the older adult with AML. She will utilize current evidence supporting measurement of key pre-treatment patient characteristics and propose an evolving risk stratification schema of fitness, vulnerability, and frailty in the context of AML therapy

Wake Forest University, Winston-Salem, NC, "Geriatric Perspective: How to Assess Fitness for Chemotherapy in the Older Adult With Leukemia"

Auditorium VII		
Time	Topic	Speaker(s)
14:00-15:15	<b>Recent advances in the management of metastatic solid tumours</b> Hans Wildiers (BE); Supriya Mohile (USA)	
14:00-14:15	Breast	Laura Biganzoli (IT)
14:15-14:30	Renal Cell	Supriya Mohile (USA)
14:30-14:45	Lung	Ajeet Gajra (USA)
14:45-15:00	Melanoma	Pascal Wolter (BE)
15:00-15:15	Questions & answers	

Rapport Olivier Rigal en attente

Auditorium VI		
Time	Topic	Speaker(s)
14:00-15:15	<b>Geriatric assessment in haematologic malignancies</b> Alfonso Cruz-Jentoft (SP); Vicki Morrison (USA)	
14:00-14:15	ABS 1291 - Geriatric assessment before reduced intensity conditioning allogeneic hematologic stem cell transplantation in elderly patients - Maud Cecile (FR)	
14:15-14:30	ABS 1203 - The "elderly project" by the FIL (fondazione italiana linfomi): a project aimed at the prospective multidimensional assessment of elderly patients with diffuse large B-cell lymphoma - Francesco Merli (IT)	
14:30-14:45	ABS 1304 - Impact of nutritional status on the clinical outcome of hematological malignancies in the elderly - Julia Augschöll (AT)	
14:45-15:00	ABS 1222 - Crash score in the older French non Hodgkin lymphoma patients receiving chemotherapy, first results - Jean-Baptiste Fargeas (FR)	
15:00-15:15	Discussant Questions & answers	Alfonso Cruz Jentoft (SP)

**M Cecile (Marseille):** Pour les comorbidités avant greffe, l'Haematological Cell Transplantation-Comorbidity Index est mieux que le Charlson Index.

Etude monocentrique +65 ans: n=28 ont eu EGS pré greffe, âge moyen= 68ans.

8/28 avaient un déficit IADL, 20/28 avaient un MNA à risque de dénutrition (4 dénutris sévères)

Résultats: 23 ont reçu allogreffe finalement, durée hospitalisation longue 39j, complications infectieuses pour 20/23, transfert réa pour 7/23, décès finalement pour 10/23 avec impact prédictif de l'hypoalbuminémie préttt (29g/L moyenne dans groupe décès vs 37g/l dans groupe survivant)

**F Merli :** étude pilote prospective FIL a évalué le devenir à 2ans des patients âgés avec DLBCL, groupe d'âge moyen 77 ans, survie à 2 ans =84% pour les patients fit, 81% pour les patients frail, 49% pour les unfit

Pas de différence significative de survie entre Ttt curatif ou palliatif dans groupes unfit+frail, [site www.filinf.it](http://www.filinf.it)

**ELDERLY project:** survie globale à 2 ans ( type ttt, SSP.); eCRF avec ADL, IADL, CIRSG pour comorbidités...

n=158 patients inclus depuis janvier 2014 (44 centres), 75 patients fit, 35 unfit, 48 frail, mais pb de l'hétérogénéité des protocoles thérapeutiques utilisés (10ne différents utilisés dans le groupe frail) .

D'où le projet en cours de 3 études en 1: pour les Fit « ROBUST study » (R chop vs R2 chop), pour les Unfit « GAEL » (minichop), pour les Frail « Rbenda et RE-RI (lenalidomide+ Rituximab) »

**J Augscholl:** prévalence de la dénutrition variable entre 45 et 65% dans différents cancers avec critères différents: MNA<24, MNA court/11 ou IMC<21.

Etude prospective à Innsbruck, toutes HM, n=124, moitié homme, age moyen 78, survie moy 9 mois, basée sur plusieurs critères nutritionnels: IMC (2 était<18,5, 15 patients entre 19 et 21... ), perte appetit (21 sévère, 31 modéré, 72 non) associé au PS, et GDS30, perte poids (39 >3kg, 7 inconnu, .....1-3kg, ...non) ;MNA (associé à PS, ADL,GDS30, mais non associé sur survie), albuminémie (moitié normale), très associé à survie p =0.003), CRP (élevée chez 69 patients).

Mais l'effet sur la survie de ces items nutritionnels n'ont pas été analysés de façon indépendante de l'ADL....

**JB Fargeas:** adaptation des points du score CRASH pour LNH (classe en low, med low, med high, ou high le risque de toxicité H et NH) d'abord, faisabilité étudiée sur 38 patients sur analyse rétrospective pour le calcul du score.

Puis, étude prospective multicentrique française : LNH >70ans, traités par chimio et avec EGS. CRASH score fait avant ttt en binome geriatre+hemato, puis a été enregistrée la survenue de toxicités de grade 3 et +

n=54, age median 79 ans, moitié homme, 18 ont reçu anthracycline, ... du rituximab, pas de différence dans la répartition du niveau de risque CRASH hemato et non hemato, entre les sous-groupes 70-79 et 80-89 ans

Pas de toxicité sévère dans les groupes à risque low et med-low,

mais par contre 50% (donc 1 chance/2!!!) de toxicité grade 3 et + dans les groupes high or med high risque: donc pas très discriminant pour l'aide à la décision ttt.....



Auditorium VI		
Time	Topic	Speaker(s)
14:00-15:15	<b>Geriatric assessment in haematologic malignancies</b> Alfonso Cruz-Jentoft (SP); Vicki Morrison (USA)	
14:00-14:15	ABS 1291 - Geriatric assessment before reduced intensity conditioning allogeneic hematologic stem cell transplantation in elderly patients - Maud Cecile (FR)	
14:15-14:30	ABS 1203 - The "elderly project" by the FIL (fondazione italiana linfomi): a project aimed at the prospective multidimensional assessment of elderly patients with diffuse large B-cell lymphoma - Francesco Merli (IT)	
14:30-14:45	ABS 1304 - Impact of nutritional status on the clinical outcome of hematological malignancies in the elderly - Julia Augschöll (AT)	
14:45-15:00	ABS 1222 - Crash score in the older French non Hodgkin lymphoma patients receiving chemotherapy, first results - Jean-Baptiste Fargeas (FR)	
15:00-15:15	Discussant Questions & answers	Alfonso Cruz Jentoft (SP)

**Commentaires M Exterman (en fait modératrice de la session) sur les 4 présentations:**

- **M Cecile** : interet de rehabilitation nutritionnelle prétransplantation  
*Pilot study of comprehensive geriatric assessment (CGA) in allogeneic transplant: CGA captures a high prevalence of vulnerabilities in older transplant recipients.*  
*Biol Blood Marrow Transplant. 2013 Mar;19(3):429-34 Muffly LS*
- **F Merli** : Implication remarquable des italiens (cf Balducci) en oncohematoG:  
*A comprehensive geriatric assessment is more effective than clinical judgment to identify elderly diffuse large cell lymphoma patients who benefit from aggressive therapy.*  
*Cancer. 2009 Oct 1;115(19):4547-53. Tucci A, Ferrari S, Bottelli C, Borlenghi E, Drera M, Rossi G.*
- **J Augscholl** : MNA est dans le CRASH score
- **JB Fargeas** : satisfaite de voir son CRASH score testé encore.

17:30-18:30	<b>Young Investigator Award - Abstract Presentations</b> Riccardo Audisio (UK); Arti Hurria (USA) <u>Jury:</u> Ajeet Gajra (USA); Franciso Pimentel (PT); Etienne Brain (FR); Vicki Morrison (USA); Andrea Maeir (NL); Margot Gosney (UK); Beena Devi (MY); Riccardo Audisio (UK); Arti Hurria (USA)
17:30-17:45	<b>ABS 1333</b> - Incidence of postoperative delirium in elderly cancer patient is correlated to the preoperative anticholinergic drug score - Maren Schmidt (DE)
17:45-18:00	<b>ABS 1262</b> - Surgical management of metastatic colon cancer: analysis of the surveillance, epidemiology and end results (SEER) database - Ponnandai Somasundar (USA)
18:00-18:15	<b>ABS 1225</b> - Evaluation of the role of sarcopenia in elderly patients with cancer treated with chemotherapy. Oncosarco project. Preliminary results - MJ Molina Garrido (SP)

•**M Schmidt:** (anesthésiste Berlin) Les « PostOperative Cognitive Disorders » ont 2 définitions « delirium » ou « dysfunction » selon DSMIV. Les conséquences sont connues sur prolongation d'hospitalisation, complications, institutionnalisation, mortalité, coût.. 71% des patients ont encore des tr cognitifs 1 an après la chirurgie (mais préexistants?).

Etude prospective multicentrique interventionnelle randomisée sur le lien avec anticholinergiques, incluant des patients >65 ans avec cancer (dig ou genitourinaire), et MMSE>23

Objectif principal: évaluer l'impact de la confusion sur longueur d'hospitalisation et analyser les facteurs favorisants

Méthode: MMS pour inclusion, évaluation du score anticholinergique dans le traitement préop (points pour ranitidine, furosémide, codéine, warfarine, tramadol, amitryptiline..), randomisation vers EGS ou pas, et

après chirurgie: recherche quotidienne de confusion J0 à J5 par la CAM-ICU (mais ! une seule évaluation par jour et pas la nuit); ainsi que la douleur, complications...; et suivi à 3 mois, puis 12 mois (survie, QdV, douleur)

Résultats: N=1451 éligibles, 690 inclus, 71,8ans, 68,5% homme, MMSE moyen 29/30, 10,1% de délirium (peu par rapport à la littérature mais lié à l'exclusion des patients MMS<23). Ceux qui ont eu delirium sont significativement (p<0,001) + agés, chir majeure vs modérée/mineure, ASA III/IV vs I/II, TUG>21 secondes, et ont un score plus élevé à l'échelle de drogues anticholinergiques (p=0,021). Ils ont eu une hospitalisation + longue et + de dépression à la sortie.

•**P Somasundar :** Etude de la survie globale des patients st IV ayant eu une metastasectomie dans cancer colique (pas rectum), basée sur les données du SEER (registre de 18 zones exhaustives aux USA),  
N= 41590 patients st IV sur 232 640, traitement réalisé: résection 1aire pour 23 657 patients, exérèse+ Mectomie pour 4155, Mectomie seule pour 351 patients.  
Dans l'exerese, le curage gg n'est fait correctement que dans ½ cas mais s'il est fait, il améliore la survie. La metastasectomie est bénéfique en survie globale dans tous les sous groupes d'âge sauf >85 ans.

•**MJ Molina Garrido:** étude prospective ONCOSARCO chez patients de 70 ans et +, tous cancers, unicentrique, bénéficiant d'une chimiothérapie ; évaluation prédictive de la sarcopénie basée sur impédancemétrie pour la masse (! La DEXA est +recommandée pour la recherche) + dynamometre+ vitesse de marche.  
Variables étudiées: toxicités, institutionnalisation..., sujets nécessaires=41 sarco pour 92 non sarco.

Résultats préliminaires: n=54 inclus sur 2013, 73,2 ans d'âge moyen, 20% K dig, .....53% « fit » balducci...; 25 sont sarcopéniques alors que seulement 5 étaient « fragiles » selon les critères de Fried; 10 sont décédés (progression cancer ou comorbidités, pas de toxicité de chimio).

Auditorium VII

Plenary session 2

Controversies in cancer screening in older patients

Vesa Kataja (FI); Etienne Brain (FR)

Time	Topic	Speaker(s)
08:30-08:50	Colorectal	Meri-Sisko Vuoristo (FI)
08:50-09:10	Lung	Michael Jaklitsch (USA)
09:10-09:30	Breast	Karsten Julh Jorgensen (DK)
09:30-09:50	Prostate	William Dale (USA)

**MS Vuoristo** : le dépistage de sang occulte fécal a réduit la mortalité de 16% (Towler BMJ 1998), la sigmoidoscopie flexible a réduit l'incidence de 18% et mortalité de 28%, colonoscopie réduirait mieux l'incidence et mortalité mais pas d'étude randomisée vs sig flexible (Brenner BMJ 2014)

Etude sur la population en Finlande avec randomisation au Mass Screening Registry pour inviter un groupe de 60-69 ans tous les 2 ans au screening (vs gr contrôle non sollicités pour screening), appariés par age, sexe, region, lancé en 2004 sur 22 villes/144.

**Objectif 1<sup>aire</sup>** : comparer la mortalité, 2<sup>ndr</sup>: faisabilité, compliance, performance du test

**Méthode**: Résultat du test hémocult (+ ou -) envoyé au patient par lettre, +2<sup>e</sup> lettre si test+ pour contacter le référent local pour réaliser la colonoscopie

**Résultats: 2004-2012**: 441000 invitations, inclusion n=180 630 par groupe, compliance 69% (meilleure chez femmes mariées, moins bonne chez hommes vivant seuls), identique sur 2013.

Test + chez 4,6% des hommes, 2,6% des femmes

Colo réalisée chez 84% des patients + ; motifs des 16% non réalisés : parfois colo déjà faite récemment (30% des non réalisés), + refus (25%)...

4,6% de cancer chez hommes colonoscopés, 2,9% chez femmes

Répartition selon le stade en 2010: 49% st I, 24% stade II, 22% stade III, 5% stade IV

**M Jaklitsch**: échec du screening des fumeurs par RP dans années 80, (Reduced lung-cancer mortality with CT screening. *N Engl J Med.* 2011 Nov 24;365(21):2035-7);

Etude comparative par scanner basse dose vs RP chez 53 454 patients de 55-74ans ayant 30PA (National Lung Screening Trial) de 2002-2010, a montré une réduction de 20% de mortalité dans le groupe dépisté par scanner.

Recommandation American Association for Thoracic Surgery: pas de screening si pas de ttt possible (comorbidités) sur 6000 depistés/CT scan, 300 opérés seulement!!

Reco grade B en dec 2013 par U.S. Preventive Services Task Force: screening/ scanner annuel chez 55-80 ans ayant 30PA + si arrêt du tabac depuis 15 ans

Or le screening augmente de 7 ans l'espérance de vie mais pas chez les plus âgés (>74 ans)

Controverse: radiation cumulée si scanner annuel (25x 1,5mSv, donne risque de cancer 0,8%) coût, pb d' habilitation des centres, faux + qui amènent à d'autres scanner de controle à 3, 6 et 12 mois, et des exéreses abusives , avec mortalité post op non négligeable (0,5 à 2,5%) surtout après 74 ans où EGS devient nécessaire, et pb du délai de l'intervalle de 12 mois pour screening (moy esp de 18 mois dans cancer poumon)

Algorithme CAT selon la taille du nodule dépisté ([J Thorac Cardiovasc Surg.](#) 2012 Jul;144(1):33-8. **The American Association for Thoracic Surgery guidelines for lung cancer screening using low-dose computed tomography scans for lung cancer survivors and other high-risk groups.** [Jaklitsch MT](#)

Décision nationale prévue le 10/11/14

Auditorium VII

Plenary session 2

Controversies in cancer screening in older patients

Vesa Kataja (FI); Etienne Brain (FR)

Time	Topic	Speaker(s)
08:30-08:50	Colorectal	Meri-Sisko Vuoristo (FI)
08:50-09:10	Lung	Michael Jaklitsch (USA)
09:10-09:30	Breast	Karsten Julh Jorgensen (DK)
09:30-09:50	Prostate	William Dale (USA)

**KJ Jorgensen (chercheur Nordic Cochrane Center):** critères WHO requiert qu'un programme de dépistage collectif doit démontrer son efficacité (réduction morbimortalité) et a plus de bénéfice que de nuisance.

- Pharoah P (Epidémiologiste à Cambridge): la mortalité augmente avec l'âge mais identique pour celles bénéficiant d'un screening/mammographie ou pas.
- The benefits and harms of breast cancer screening: an independent review. Independent UK Panel on Breast Cancer Screening. Lancet.* 2012 Nov 7;380(9855):1778-86; présente 2 types de screening avec fréquence tous ans ou 2 ans, 1 ou 2 lecteurs, randomisation individuelle ou en cluster, évaluation aveugle de la cause de mortalité ou non. En Angleterre: 1 femme meurt d'un cancer du sein (1300) pour 3 surdiagnostiquées (4000).
- Screening for breast cancer with mammography.* Gøtzsche PC, Jørgensen KJ. Cochrane Database Syst Rev. 2013 Jun 4;6:CD001877
- The mammography controversy: full steam ahead versus reasonable caution*. Baines CJ. AJR Am J Roentgenol. 2013 Jan;200(1):W96-7
- Disparities in breast cancer mortality trends between 30 European countries: retrospective trend analysis of WHO mortality database.* Autier P. BMJ. 2010 Aug 11;341:c3620.
- Doit-on poursuivre le dépistage? le 3<sup>e</sup> argument contre est le rapport coût/efficacité défavorable, choix de la Suisse d'arrêter le dépistage collectif.
- Conclusion: **Pas de dépistage après 70 ans**, benefits outweigh harms, concentrer les efforts pour traiter les malades est mieux que perdre du temps à dépister des personnes saines

**W Dale:** *Prostate-cancer mortality at 11 years of follow-up.* Schröder FH. N Engl J Med. 2012 Mar 15;366(11):981-90

Certaines recommandations agressives :ESMO 2013, AM Cancer Society 2014

The Prostate, Lung, Colorectal and Ovarian (PLCO) Cancer Screening Trial: étude randomisée USA, n=77000, screening annuel (PSA+DRE vs rien): le screening ne réduit pas mortalité

European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer NEJM 2009: 20% de réduction de mortalité spécifique par screening tous 2-4 ans, gain d'1 dc en moins pour 1400 dépistés

*Cancer screening in elderly patients: a framework for individualized decision making.* JAMA. 2001 Jun 6;285(21):2750-6. Walter LC

Controverses: Cibler les patients dont l'estimation de l'espérance de vie >10 ans mais par quel outil? comorbidité, TUG, PS? (*National trends in prostate cancer screening among older American men with limited 9-year life expectancies: evidence of an increased need for shared decision making.* Drazer MW. Cancer. 2014 May 15;120(10):1491-8. )

Cibler au cas par cas: les patients à haut risque (antcd familiaux), et demandeurs

Special Partnership Session (SIOG + EUGMS) Etienne Brain (FR); Alfonso Cruz Jentoft (SP)			
10:30-11:30			
10:30-10:45	Opening Address	The role of the geriatrician in the multidisciplinary approach of treating older patient with cancer – the EUGMS perspective	Alfonso Cruz Jentoft (SP)
10:45-10:55	Pre-operative assessment of older patient with cancer	The point of view of the surgeon	Barbara van Leeuwen (BE)
10:55-11:05		The point of view of the geriatrician	Siri R. Kristjansson (NO)
11:05-11:15	Post-operative management of the older adults with cancer	The role of the surgeon	Kwok Leung Cheung (UK)
11:15-11:25		The role of the geriatrician	Sofia Duque (PT)

**A Cruz Jentoft:** meilleur prédicteur de mortalité à court et moyen terme chez les PA est la survenue d'une hospitalisation, auquel s'additionne la perte d'ADL et deficit cognitif sur la mortalité à long terme

Interet du CGA: BMJ. 2009 Jan 22;338:b50. *Effectiveness of acute geriatric units on functional decline, living at home, and case fatality among older patients admitted to hospital for acute medical disorders: meta-analysis.* Baztán JJ

Adaptation à l'oncologie: Eur J Cancer. 2007 Oct;43(15):2161-9. *Comprehensive geriatric assessment and its clinical impact in oncology.* Maas HA

Apports du gériatre à mettre en avant et développer: dans le ttt des comorbidités, gestion drogues, réduire la dépendance et isolement social, aide décision éthique.

**B van Leeuwen:** *Preoperative assessment of the older patient: a narrative review.* JAMA. 2014 May;311(20):2110-20. Oresanya LB

Avant de proposer des alternatives ttt en Belgique on évalue la motivation du patient en utilisant une tablette avec 4 curseurs allant de 0 à 10 qu'il déplace sur les objectifs attendus: espérance, autonomie, douleur, « andere klatschen », et

Un Score préopératoire basé sur sexe (3 pt pour homme), type chirurgie (4 pt si majeure), TUG (3pt si >20sec), ASA (3pt si >=3), NS??? (3pt si impaired)

Leuven Onco Frailty Score

qui prédit la mortalité si >8pts avec sensibilité 75%, spé 73%, VPN 92%

Eur J Surg Oncol . *Interventions to prevent postoperative delirium in elderly cancer patients should be targeted at those undergoing nonsuperficial surgery with special attention to the cognitive impaired patients.* Hempenius et Van Leeuwen BL. 2014 May 6. pii: S0748-7983(14)00421-1

J Geriatr Oncol. 2014 Jan;5(1):26-32. *Frailty indicators and functional status in older patients after colorectal cancer surgery.* Rønning B: déclin significatif de l'ADL et IADL après chirurgie colorectale.



Special Partnership Session (SIOG + EUGMS) Etienne Brain (FR); Alfonso Cruz Jentoft (SP)			
10:30-10:45	Opening Address	The role of the geriatrician in the multidisciplinary approach of treating older patient with cancer – the EUGMS perspective	Alfonso Cruz Jentoft (SP)
10:45-10:55	Pre-operative assessment of older patient with cancer	The point of view of the surgeon	Barbara van Leeuwen (BE)
10:55-11:05		The point of view of the geriatrician	Siri R. Kristjansson (NO)
11:05-11:15	Post-operative management of the older adults with cancer	The role of the surgeon	Kwok Leung Cheung (UK)
11:15-11:25		The role of the geriatrician	Sofia Duque (PT)

**S R Kristjansson:** considérations: on opère? Quels sont les risques si on opère? Si on opère pas? que veut le patient?

Eviter au maximum la chirurgie à chaud: dans le K rectal 47% des patients vivant en institution sont opérés en urgence, avec 18% de mortalité post-op si proctectomie+stomie, mortalité de 51% à 1 an (étude finlandaise 2012)

Apport du gériatre pour:

- prédire les complications post-op:
  - Chutes dans 6 derniers mois avant la chirurgie : *Relationship between asking an older adult about falls and surgical outcomes*. Jones TS, JAMA Surg. 2013 Dec;148(12):1132-8.
  - Vitesse de marche ralentie >70 ans aussi(Lancet)
- Evaluation des comorbidités (diabète++), polymédication, nutrition, cognitif (capacité à consentir, risque de confusion), préhabilitation physique

Petit conseil aux chirurgiens: demander son âge au patient, pas sa DN (peut dépister facilement des tr cognitifs)

**K L Cheung:** recherche pubmed 4 articles sur [cancer]+[elderly] or [older] +[postoperative complications]

Revue littérature: études rétrospectives, ou cohortes, peu centrées sur ce problème spécifiquement

Les complications sont à anticiper en préop! (items cités par orateurs précédents)

Facteurs favorisant les complications post op: chirurgie majeure, non superficielle (poum, estomac), invasive (vs laparoscopie), longue, selon la qualité du chirurgien

Conclusion: Selection des patients, optimisation pré et post op (voir son poster n°86)

**S Duque:** complications connues: cardiovasculaires, hydroelectrolytiques, thromboemboliques, anémie, respiratoire, infection, constipation/RAU, douleur.

Apports gériatriques aussi dans: l'identification et la gestion de la confusion, les outils d'évaluation de douleur adaptés aux PA et la gestion de iatrogénie des antalgiques, prévention de l'immobilisation (lever précoce pour éviter désadaptation), dénutrition (examen de la bouche!)

Auditorium VII		
Time	Topic	Speaker(s)
11:45-12:45	<b>Interdisciplinary geriatric oncology models of care – the international perspective</b> Siri R Kristjansson (NO); Aaron Begue (USA)	
11:45-12:00	USA models of care	Aaron Begue (USA)
12:00-12:05	Discussion, questions & answers	
12:05-12:20	European Models of Care	Margot Gosney (UK)
12:20-12:25	Discussion, questions & answers	
12:25-12:40	Latin American Models of Care	Aldo Dettino (BZ)
12:40-12:45	Questions & answers	

Rapport Olivier Rigal en attente

Auditorium VI		
Time	Topic	Speaker(s)
11:45-12:45	<b>CLL in the elderly</b> Vicki Morrison (USA); Reinhard Stauder (AT)	
11:45-12:00	Assessing older patients with haematological malignancies	Alfonso Cruz Jentoft (SP)
12:00-12:15	Incorporating newer treatment options - How will the new drugs modify the current standards?	Michael Hallek (DE)
12:15-12:30	Supportive care in CLL	Vicki Morrison (USA)
12:30-12:45	Questions & answers	

**A C Jentoft:**

*Geriatric assessment predicts survival for older adults receiving induction chemotherapy for acute myelogenous leukemia.* Klepin HD Blood. 2013 May 23;121(21):4287-94.

*Modulated chemotherapy according to modified comprehensive geriatric assessment in 100 consecutive elderly patients with diffuse large B-cell lymphoma.* Spina M, Oncologist. 012;17(6):838-46.

Recommandations SIOG et NCCN (USA) de CGA prétt dans les HM mais trouver un outil moins chronophage:

*Validation of the G8 screening tool in older patients with aggressive haematological malignancies.*

Velghe A. Eur J Oncol Nurs. 2014 Jun 19. pii: S1462-3889(14)00075-1

*Development and psychometric validation of a brief CGA in HM: GAH scale project . Bonanad et al sous presse*

**M Hallek:** absent

**V Morrison: changement de l'intitulé de l'intervention « Complications infectieuses dans LLC »**

Liées à la maladie quand hypogammaglobulinémie

Liées au Ttt (alkylant)

Essai CALGB9011 comparant Fludarabine vs C alkylant vs FC =plus d'infections avec FC

40% d'infections sévères avec FC conduit à une réduction dose

Rituximab seul donne très peu d'infections, 20 % d'infections de grade 3-4 avec FR (herpes), plus avec FCR

Alemtuzumab diminue l'immunité cellulaire après 1 à 2 mois de ttt et persiste 9 mois après. Utilisé en consolidation après FR.

Prévention?

Ig therapie : essai randomisé en prophylactique réduit les infections mais pas d'impact sur la réduction de mortalité ni l'amélioration de la QdV, même à dose moindre. Donc pas en prévention !

Recommandation Antimicrobien :Antibiotique? NON , antifongique? NON, antiviral uniquement si ttt/fluda(HSV, VZV, CMV), anti pneumocystose si cyclo +R ou alemtuzumab

Auditorium VII		
Time	Topic	Speaker(s)
15:45-17:00	<b>GU &amp; lung cancer: geriatric assessment and clinical</b> Vesa Kataja (FI); William Dale (USA)	
15:45-15:55	<b>ABS 1267</b> - Chemotherapy feasibility in older patients with metastatic bladder cancer: the multicenter prospective cohort study agevim - Marie Laurent (FR)	
15:55-16:05	<b>ABS 1326</b> - Toxicities and outcome in elderly patients treated with targeted therapies for metastatic renal cell carcinoma - Olivier Rigal (FR)	
16:05-16:25	Discussant: Vesa Kataja (FI) Question & answers	
16:25-16:35	<b>ABS 1182</b> - Impact of a comprehensive geriatric assessment on management strategies in elderly patients with advanced non-small cell lung cancer (NSCLC): a pooled analysis of two phase 2 prospective studies of the GFPC group - Hervé Le Caer (FR)	
16:35-16:45	<b>ABS 1213</b> - Comparing comorbidity scales in patients with advanced non-small-cell lung cancer (NSCLC): clinician comorbidity score versus CIRS-G - Lene Kirkhus (NO)	

- **M Laurent:** AGEVIM cohort 4 centres, cisplat vs carbo vs gemzar. Critère d'évaluation: faisabilité=au moins 3 cures, et mortalité à 1 an. Evaluation des facteurs prédictifs.

N=193, dont 84 cisplat,(43,5%) 70 carbo, 39 gemzar, avec différences d'âge significatif entre groupes.

Non faisabilité est significativement liée à l'âge, PS>=2, nb de métastase. Tout cela déjà rapporté dans la littérature.

CGA n'a pas été réalisée donc critères gériatriques non évalués, et toxicités non évaluées.

- **O Rigal/F Di Fiore:** étude retrospective, patients traités pour K renal métastatique/sorafenib

Objectif =comparer toxicité et survie entre 2 groupes d'âge + ou – 70 ans.

N=102, dont 69 <70 ans, 30% de fonction rénale altérée chez les jeunes vs 64% >70ans

Toxicités: pas de différence significative entre 2 groupes sur la survenue de grade sévère, mais plus de réduction de dose et de discontinuation de chimiothérapie chez les âgés, et impact de la fonction rénale sur survenue de toxicité

Différence significative en faveur des âgés sur Survie globale à 30mois, vs 18 mois chez jeunes, et survie sans progression 11mois dans groupe âgé vs 6 mois chez jeunes.

### Discussant/ V Kataja

2 essais prospectifs seulement sur sorafenib chez les patients âgés dans clinical trial.gov et non randomisés

Khambati (*Clin Gen Cancer* 2014)>75 ans, avec moins de femmes que l'étude de Rigal, mais surtout ne retrouve pas cette différence de survie car rapporte 17 mois chez <75 ans et 19mois chez >75 ans de survie globale

Auditorium VII		
Time	Topic	Speaker(s)
15:45-17:00	<b>GU &amp; lung cancer: geriatric assessment and clinical</b> Vesa Kataja (FI); William Dale (USA)	
15:45-15:55	<b>ABS 1267</b> - Chemotherapy feasibility in older patients with metastatic bladder cancer: the multicenter prospective cohort study agevim - Marie Laurent (FR)	
15:55-16:05	<b>ABS 1326</b> - Toxicities and outcome in elderly patients treated with targeted therapies for metastatic renal cell carcinoma - Olivier Rigal (FR)	
16:05-16:25	Discussant: Vesa Kataja (FI) Question & answers	
16:25-16:35	<b>ABS 1182</b> - Impact of a comprehensive geriatric assessment on management strategies in elderly patients with advanced non-small cell lung cancer (NSCLC): a pooled analysis of two phase 2 prospective studies of the GFPC group - Hervé Le Caer (FR)	
16:35-16:45	<b>ABS 1213</b> - Comparing comorbidity scales in patients with advanced non-small-cell lung cancer (NSCLC): clinician comorbidity score versus CIRS-G - Lene Kirkhus (NO)	

- **H Le Caer:** étude poolée des facteurs prédictifs gériatriques de deux phase 2 du GFPC avec CGA préttt dans le NSCLC

Exclusion des ADL déficients

Dans GFPC 0504 : plus de patients avec charlson 0, par rapport à GFPC 0505 (CCI 1-2 notamment pulmonaire chronique et AOMI)

Survie globale chez « fit » à 9,4 mois dans GFPC 0504 vs 4,4 mois dans GFPC 0505

Conclusion: Impact des comorbidités, dénutrition et GUG test mais pas des autres facteurs (critères exclusion)

- **L Kirkhus:** étude ancillaire d'une phase III comparant 2 chimio palliatives de 1ere ligne, compare l'évaluation des comorbidités par le CIRSG réalisé rétrospectivement par un chercheur et le C-score réalisé prospectivement par clinicien
- Guide remplissage de CIRS G : *Rating chronic medical illness burden in geropsychiatric practice and research: application of the Cumulative Illness Rating Scale*. Miller MD Psychiatry Res. 1992 Mar;41(3):237-48.
- Guide du C-score initial: *Cumulative illness rating scale*. Linn BS, Linn MW, Gurel L J Amer Ger Soc 1968;16:622-626.
- N=423 évalués, score total CIRS G=7, C-score =4, severité moyenne 1,7 vs 1,4 avec C-score

Pas de lien entre les 2 échelles, le clinicien ne rapporte pas les comorbidités non létales

Pas d'impact sur la survie de ces échelles de comorbidités, car probable effet du cancer lui-même.



Auditorium VI		
Time	Topic	Speaker(s)
17:30-18:30	<b>SIOG Nursing &amp; Allied Health Award - Abstract Presentations</b> Jury: Margot Gosney (UK); Edna Goncalves (PT); Aaron Begue (USA); Siri R Kristjansson (NO); Riccardo Audisio (UK)	
17:30-17:45	<b>ABS 1246</b> - A multidisciplinary educational course for oncology nurses to advance expertise in the care of older patients with cancer - Heidi Yulico (USA)	
17:45-18:00	<b>ABS 1147</b> - Evaluation of a pharmacist-led medication assessment used to identify prevalence and associations with potentially inappropriate medication (pim) use among ambulatory senior adults with cancer - Ginah Nightingale (USA)	
18:00-18:15	<b>ABS 1243</b> - Prognostic value of geriatric screening and assessment for overall survival in older patients with cancer - Cindy Kenis (BE)	



- **H Yulico:** propose une formation aux IDE pour améliorer les connaissances gériatriques en oncologie sur 2 jours: planning soins, vieillissement et sd gériatriques, carcinogenese, pharmacologie, nutrition, dépression, douleur, palliatif, thérapie physique et occupationnelle

Outils pédagogiques:Présentation ppt , vidéo (travail de l'IDE), tests de gout de CNO, discussion petit groupe, remise d'un manuel avec les diapos, outils d'EGS, exemples d'interventions IDE

Cas clinique: l'IDE dépiste une neuropathie des MI sous chimio, le patient marche moins par peur de tomber

Autre ex: quelles cibles de l'évaluation pré op carcinologique par IDE?

- **G Nightingale:** identifier prévalence de la polymédication(  $\geq 5/j$ ) et PIM (Beers criteria 2012 et liste STOPP, et HHealthcare and Data Information Set HEDIS) et les caractéristiques associées des patients

Etude prospective monocentrique avec cs patient-pharmacien, de janvier 2011-juin 2013

Inclusion patients avec diagnostic de cancer confirmé et EGS

Résultat: n=216 cas de tumeurs solides et 32 cas de lymphomes. 44% PS =1, 23% PS =2; 80 ans age moyen, 64% femmes,

Comorbidités: cardiovasc 93%, endocrine 47%

Seulement 16% non polymédiqués, 41% polymédiqués (5-9/j) , 43% sévèrement polymédiqués  $\geq 10/jour$

9,23 cp/j, soit 6,1 médicament/j, +2,76/j d'automédicaments non prescrits

76,9% ont un ttt cardiovasc,

No PIM =49%, 1 PIM =34%, 2 PIM=12%,  $\geq 3$  PIM=5% selon Beers (38% de PIM si associe Beers et STOPP)

Types de PIM: 16,2% benzo, 3% hypnotiques, 2,6% neuropsych

Polymédication est significativement liée ( $p > 0,001$ ) au Nb de comorbidité et PIM

Auditorium VI		
Time	Topic	Speaker(s)
17:30-18:30	<b>SIOG Nursing &amp; Allied Health Award - Abstract Presentations</b> Jury: Margot Gosney (UK); Edna Goncalves (PT); Aaron Begue (USA); Siri R Kristjansson (NO); Riccardo Audisio (UK)	
17:30-17:45	<b>ABS 1246</b> - A multidisciplinary educational course for oncology nurses to advance expertise in the care of older patients with cancer - Heidi Yulico (USA)	
17:45-18:00	<b>ABS 1147</b> - Evaluation of a pharmacist-led medication assessment used to identify prevalence and associations with potentially inappropriate medication (pim) use among ambulatory senior adults with cancer - Ginah Nightingale (USA)	
18:00-18:15	<b>ABS 1243</b> - Prognostic value of geriatric screening and assessment for overall survival in older patients with cancer - Cindy Kenis (BE)	

**C kenis:** Etude prospective multicentrique en Belgique, menée entre octobre 2009 et juillet 2011, premiers résultats publiés

C. Kenis et al. *Relevance of a systematic geriatric screening and assessment in older patients with cancer : results of a prospective multicentric study* . Annals of oncology 2013, 24 : 1306-1312

- Objectif: évaluer la survie globale
- 788 patients >70 ans ayant un cancer du sein, colorectal, poumon, ovaire, prostate, ou une hémopathie maligne
- âge moyen 76 ans

**Résultats du suivi (moyen 28,7mois) :G8 prédit mieux la survie que le fTRST (test de dépistage flamand), et la plupart des échelles de l'EGA: seuls le MNA et le PS prédisent bien aussi la survie**

Les covariables associées de l'âge+type cancer+stade du cancer prédisent une moindre survie avec (OR=0,74, IC 95%, [0.72-0.76]), comparable au G8 (OR=0,77 [0.75-0.78])

**Il faudrait pour être encore plus performant créer un outil combinant le G8 et les critères carcinologiques**

Plenary Session 3 Featured research session Arti Hurria (USA); Vesa Kataja (FI)		
08:00-09:00		
08:00-08:15	ABS 1183 - Effect of age on the efficacy and safety of Lenvatinib for the treatment of I 131-refractory differentiated thyroid cancer in the phase 3	Marcia Brose (USA)
08:15-08:30	ABS 1185 - Evaluation of clinical and biological frailty markers in older breast cancer patients	Bruna Dalmaso (BE)
08:30-08:45	ABS 1236 - Feasibility of tyrosine kinase inhibitor (TKI) treatment in older patients with PH+ chronic myeloid leukemia (CML). A Spanish group of CML (GELMC) retrospective study	Concepcion Boque (SP)

**M Brose:** lenvatinib= inhibiteur oral multikinase de VEGFR1-3, FGFR,PDGFR,RET,KIT

Étude préliminaire SELECT a montré une prolongation de SSP

Etude internationale (25 pays) randomisée double aveugle, phase 3, dans K thyroïde en progression malgré iode 131, compare efficacité de lenvatinib vs placebo chez + et -65 ans

N=155<65 ans, n=106>65 ans, PS 0-1

Augmentation de la Survie Globale identique chez <65 ans et les > 65 ans traités, mais écart majeur beaucoup plus net chez les >65 ans traités vs placebo (mortalité plus forte du K de thyroïde chez âgés)

2 mois pour obtenir réponse, 49% de toxicité grade >2 (HTA et protéinurie) chez >65 ans vs 36,8% chez <65 ans

**B Dalmaso:** biomarqueurs du vieillissement génétique=longueur télomères dans leucocytes/extraction ADN congelé -80°C, par PCR

et inflammatoires= cytoK IL6 élevés chez PA, chemoK MCP-1 élevés, RANTES bas, hormones IGF1 bas, par ELISA

Etude comparant ces marqueurs à l'âge et CGA dans K sein localement avancé

N=162 patientes de >70 ans et 82 patientes de 27-56 ans

CGA pour le groupe >70ans comprenait en + le Leuven Onco Frailty Score (de 0-10)

Résultats: 49,4% de patientes dépendantes pour ADL(sur 24), 53,9% dépendantes pour IADL(sur 8), 24% « fit » balducci, LOFS moyen à 8

Tous les biomarqueurs sont corrélés entre eux et significativement associés avec age (p<0,001) sauf RANTES,

IL6 corrélé avec CGA (PS, ADL, IADL, MNA) très prometteur

IGF1 corrélé au charlson

Mais ne savons pas encore s'ils sont corrélés à la mortalité et aux toxicités!

**C Bogue:** PA >65 ans peu représentés dans études pilotes sur LMC : IRIS, ENEST, DASISION

Etude rétrospective dans 27 centres espagnols, n=129 patients LMC Phi+ en CP > 70 ans diagnostiqués depuis jan 2005

Résultats: 77age moyen, fort % de patient (2/3?) avec index Sokal intermédiaire et haut, 47,3% ont sd geriatriques, 42,6% polymédiqués, SG =33% à 37mois, 15% des

DC sont par progression LMC; discontinuation de ttt pour toxicité est plus élevée que dans les études pilotes car touche 45% des patients, (40% H, 71% NH)

# Symposium MSD

## « A new age in therapy for multiple tumor types »

PD1: récepteur de surface membranaire sur cellules T activées, avec 2 ligands PD-L1 (prevalent dans tumeurs comme pulm, melanome, tete cou, rein vessie, et associé au pronostic) et PD-L2

- **E Felip: inhibiteur PDL1 dans le CBPNPC**

Efficacité-tolérance: anticorps anti PDL1 nivolumab et pembrolizumab publié par **Brahmer NEJM 2012**; 5 à 10% de tox grade 3-4 (pneumopathie); benefice survie et reponse complete dans squamous /epidermoide

Ipilimumab Sequentiel : avec carbo+paclitaxel

Difference d'efficacité si PDL1 fortement positif (présent dans >50% des cellules tumeur) ou faiblement positif (<50%)

Problèmes: Expression peut changer au cours du temps, hétérogénéité de présence, dans tumeur, taille du fragment analysé, en extempo ou archivé

- **A Raimundo: inhibiteur PDL1 dans melanome avancé**

Etude randomisée MDX010-20 ipilimumab=gp100, ipilimumab seul ou gp100 seul

**Etude pembrolizumab** publié par **Ribas ASCO 2014**, avec 2 groupes précédemment traité par ipilimumab ou non , 12% de tox sévère identique dans 2 groupes (thyr, pneumo, dig, hépatique)

Analyse de la reponse par criteres RECIST (ORR34% mieux chez non précédemment traités) pas toujours adapté car parfois réponse immuno (irRC) sans reduction de volume de tumeur

Approuvé par FDA en sept 2014

Challenge: Identifier ceux qui progressent vite: PS=1 vs 0, LDH élevé, présence de meta cérébrales

Préferer ttt/inhibiteur braf si ps>1, LDH élevé, maladie symptomatique

**Patients âgés non représentés dans ces études!!**

11:45-12:45	<b>Adjuvant therapy in older adults: controversies and challenges</b> Etienne Brain (FR), Andrea Luciani (IT)	
11:45-12:00	Breast	Hans Wildiers (BE)
12:00-12:15	Lung	Andrea Luciani (IT)
12:15-12:30	Colorectal	Claus-Henning Köhne (DE)

**H Wildiers:** *ESO-ESMO 2nd international consensus guidelines for advanced breast cancer (ABC2)* Ann Oncol. 2014 Oct;25(10):1871-88

- Après 70 ans : RT hypofractionnée après chirurgie conservatrice sauf si N- et tumeur<3cm (pas de bénéfice); 21 patientes à traiter pour éviter 1 récurrence chez 70-74 ans, 125 après 85 ans
- Hormonothérapie: bénéfique de l'antiaromatase vs tamoxifène indépendamment de l'âge
- Chimio: dpd de l'extension, statut HER, PS et choix de patiente

Si HER-: FEC ou ddA/EC chez jeunes

AC ++ chez patientes âgées

Pb hospitalisations non programmées liées à chimio >chez +65 ans qqsoit la chimio (J Clin Oncol. 2014 Jul 1;32(19):2010-7. *Risk of hospitalization according to chemotherapy regimen in early-stage breast cancer.* Barcenas CH)

Si HER+: TCH(3w) équivalent à AC en efficacité/tolérance

Essai Dana Farber (Pacli+trastuzumab) non applicable aux personnes âgées

Toxicité importante cardio du trastuzumab chez +65 ans

**A Luciani:** *Management of elderly patients with NSCLC; updated expert's opinion paper: EORTC ElderlyTask Force, Lung Cancer Group and International Society for Geriatric Oncology.* Pallis AG, Ann Oncol. 2014 Jul;25(7):1270-83

Monochimiothérapie en 1ère ligne par vinorelbine, docetaxel ou paclitaxel ou gemzar (présentation confuse sans algorithme)

TARCEVA si mutation EGFR

**CH Kohne:** 40% des CCR sont stade III au diagnostic (SEER), espérance de vie= 10 ans pour une femme de 80 ans donc peut justifier chimio.

Colon:Pb curage ganglionnaire chirurgical insuffisant (>12gg dans 50% cas seulement) diminue la proposition de chimio. Forte mortalité par comorbidités après 80ans.

*Impact of age on the efficacy of newer adjuvant therapies in patients with stage II/III colon cancer: findings from the ACCENT database.* McCleary NJ, J Clin Oncol. 2013 Jul 10;31(20):2600-6.

Rectal: bénéfique CRTT short course (moins toxique) préop chez PA

CAT: st III Fit>70 ans: folfox

St II fit >70 ans et haut risque : 5FU/LV ou capé,  
pas de chimio si unfit ou frail car pas de données



13:15-14:15	<b>EORTC elderly task force: example of a collaborative group for research in older cancer patients</b> Hans Wildiers (BE)	
	Introduction	Kostas Tryfonidis (GR)
	Achievements	Hans Wildiers (BE)
	Current clinical trials:	Etienne Brain (FR)
	Geriatric assessment within EORTC	Ulrich Wedding (DE)
	Future	Hans Wildiers (BE)

**Auditorium VII**

14:30-15:30	<b>Sarcopenia, aging and cancer in the light of basic science and therapeutic possibilities</b> Andrea Maier (NL); Fatima Cardoso (PT)	
14:30-14:45	The biology of sarcopenia with a focus on mitochondria	Emanuele Marzetti (IT)
14:45-15:00	Cancer and preoperative sarcopenia interventions (clinical orientation)	Carel Meskers (NL)
15:00-15:15	New interventions of sarcopenia	Christiaan Leeuwenburgh (USA)
15:15-15:30	Sarcopenia and cancer	Andrea Maier (NL)