



Hospices Civils de Lyon

3ème ACTUALITÉS ONCO-GÉRIATRIQUES NORMANDES 2015
St MARTIN AUX CHARTRAINS – 19 Septembre 2015

Les 3 Publications Majeures en Onco-Gériatrie





Je n'ai pas de lien d'intérêts pour cette présentation

Mais le choix des articles est totalement arbitraire

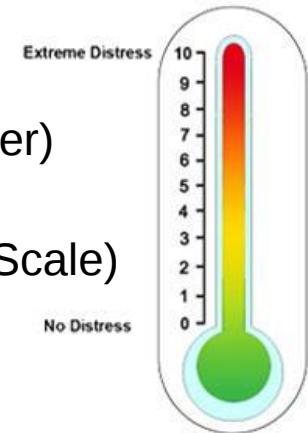
Dr
Albrand



Agreement for depression diagnosis between *DSM-IV-TR* criteria, three validated scales, oncologist assessment, and psychiatric clinical interview in elderly patients with advanced ovarian cancer.

Wadih Rhondali, Gilles Freyer et al. *Clinical Interventions in Aging* 2015;10 1155–1162

- ❑ Etude ancillaire de l'essai thérapeutique Elderly Women AOC Trial 3 (EWOT3), qui a pour objet d'évaluer l'impact de variables gériatriques en particulier la dépression sur la survie des patientes de 70 ans et plus
- ❑ Population :
 - ❑ Femmes atteintes par un cancer de l'ovaire stade FIGO 3 et 4.
- ❑ Méthode :
 - ❑ La dépression a été diagnostiquée par DSM IV Gold Standard
 - ❑ Outils utilisés
 - ❑ GDS 30
 - ❑ HADS (Hospital Anxiety Depression Scale)
 - ❑ DT (distress thermometer) ; MD (mood thermometer)
 - ❑ HDRS (Hamilton Depression Rating Scale)
 - ❑ MADRS (Montgomery Asberg Depression Rating Scale)
 - ❑ Entretien psychiatrique (PCI)
 - ❑ Impression clinique de l'oncologue (OA)



Agreement for depression diagnosis between *DSM-IV-TR* criteria, three validated scales, oncologist assessment, and psychiatric clinical interview in elderly patients with advanced ovarian cancer.

Wadih Rhondali, Gilles Freyer et al. *Clinical Interventions in Aging* 2015;10 1155–1162

❑ Résultats :

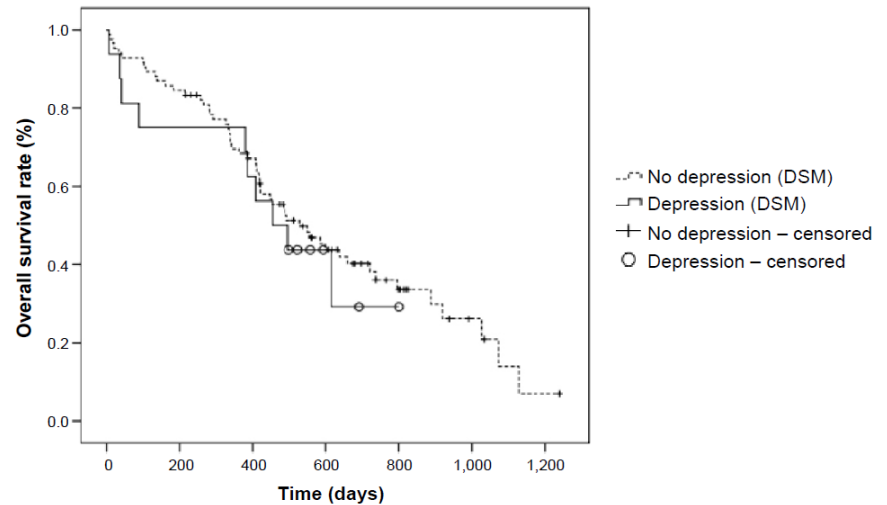
- ❑ 99 femmes âgées de 78 ± 5 ans, 38 % de plus de 80 ans
- ❑ 15 % de dépressives selon le DSM IV
- ❑ 39 % de dépressives selon le psychiatre
- ❑ Survie totale : $15,7 \pm 9,2$ mois
- ❑ Se et Sp des différents outils

Variables	Sensitivity	Specificity	PPV	NPV
DT ≥ 4	0.50	0.40	0.14	0.81
MT > 4	0.50	0.57	0.18	0.86
GDS ≥ 10	0.94	0.80	0.47	0.99
HADS ≥ 16	0.50	0.67	0.22	0.88
HDRS ≥ 7	0.94	0.42	0.23	0.97
MADRS ≥ 16	0.88	0.91	0.63	0.97
PCI	1.00	0.71	0.38	1.00
OA	0.13	0.82	0.12	0.84

Agreement for depression diagnosis between *DSM-IV-TR* criteria, three validated scales, oncologist assessment, and psychiatric clinical interview in elderly patients with advanced ovarian cancer.

Wadih Rhondali, Gilles Freyer et al. *Clinical Interventions in Aging* 2015;10 1155–1162

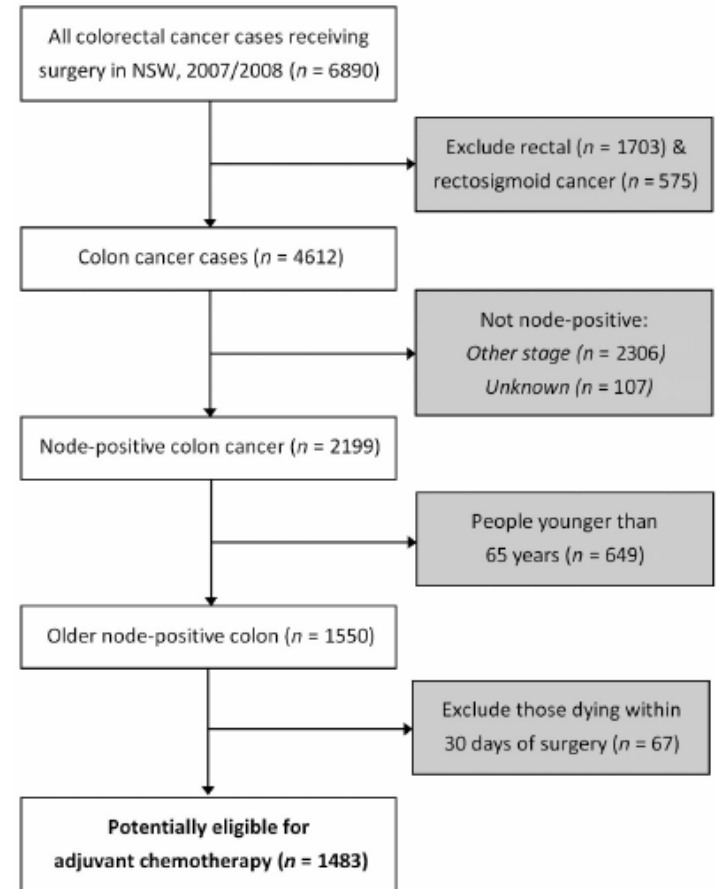
- ❑ Pas de différence significative en terme de survie selon le statut dépressif ou non :



- ❑ Les outils de dépistage ne sont pas des outils diagnostiques
 - ❑ GDS 30 ($\kappa = 0,508$) et MADRS ($\kappa = 0,663$) semble être les meilleurs. L'impression de l'oncologue le moins bon
 - ❑ La dépression finalement ne semble pas avoir d'impact dans la survie ???

A mortality risk prediction model for older adults with lymph node-positive colon cancer. JORGENSEN M.L. et al
European Journal of Cancer Care 2015 **24**, 179–188.

- ❑ Travail Australien entre 2007 et 2008
- ❑ Créer un modèle de prédiction de mortalité à un an chez SA avec CCR et N+
- ❑ Identifier les patients pouvant relever d'une chimioadjuvante



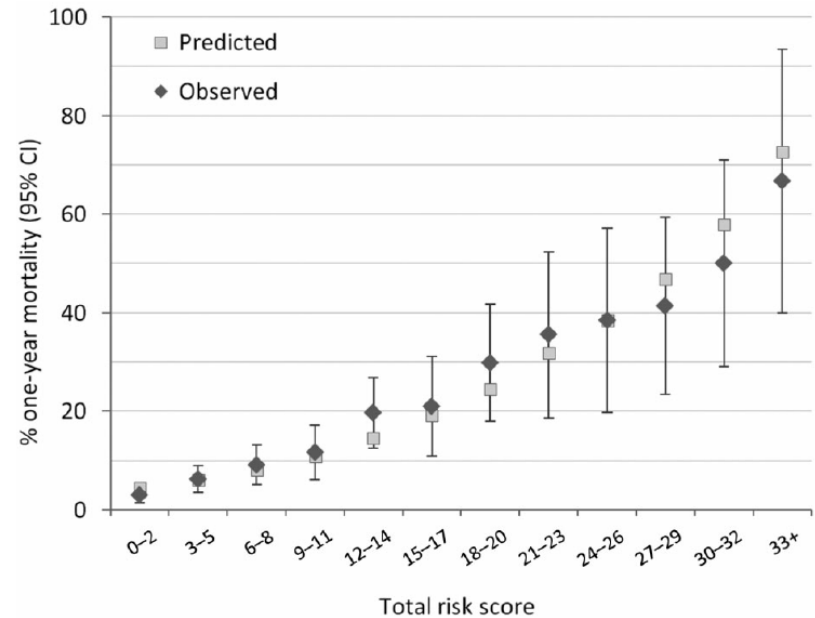
A mortality risk prediction model for older adults with lymph node-positive colon cancer. JORGENSEN M.L.et al
European Journal of Cancer Care 2015 **24**, 179–188.

	β coefficient (SE)	Score
Age ≥ 80 years	0.11 (0.20)	1
Depression	0.11 (0.78)	1
No current partner	0.19 (0.18)	2
Diabetes with chronic complications	0.25 (0.34)	2
Congestive heart failure	0.38 (0.38)	4
Previous emergency admissions	0.47 (0.19)	4
Emergency admission for resection	0.50 (0.21)	5
Length of stay > 21 days	0.78 (0.22)	7
Chronic pulmonary disease	0.85 (0.36)	8
Kidney or liver disease	0.88 (0.33)	8
Reduced mobility or falls risk	0.91 (0.35)	9
Other malignancy	1.07 (0.23)	10
Malnutrition	1.34 (0.52)	13
Dementia	1.44 (0.58)	14

*Excludes those who died within 30 days of surgery.

A mortality risk prediction model for older adults with lymph node-positive colon cancer. JORGENSEN M.L.et al
European Journal of Cancer Care 2015 **24**, 179–188.

- ❑ AUC : 0,788 [0,752 – 0,825]
- ❑ Mortalité à un an
 - ❑ Score 0-2 : 2,9 %
 - ❑ Score 3-8 : 7,4 %
 - ❑ Score ≥ 9 : 24,7 %





Geriatric assessment predicts survival and toxicities in elderly myeloma patients: an International Myeloma Working Group report

Palumbo A. et al. Blood; 2015;125:2068-2074.

- 869 SA issues de 3 essais thérapeutiques sur le Myélome.
- Age médian: 74 ans, 46% de 75 ans et plus
- Au diagnostic réalisation d'une EVA GERI avec création d'un score (0-5), basé sur âge, comorbidités, fonction cognitive et dépendance : Identification de 3 groupes:
 - Robuste (score = 0, 39%),
 - Vulnérable (score = 1, 31%),
 - Fragile(score ≥ 2 , 30%).

	HR (95% CI)	P	Score
Age, y			
≤ 75	1	—	0
76-80	1.13 (0.76-1.69)	.549	1
> 80	2.40 (1.56-3.71)	$< .001$	2
ADL			
> 4	1	—	0
≤ 4	1.67 (1.08-2.56)	.020	1
IADL			
> 5	1	—	0
≤ 5	1.43 (0.96-2.14)	.078	1
CCI			
≤ 1	1	—	0
≥ 2	1.37 (0.92-2.05)	.125	1

Geriatric assessment predicts survival and toxicities in elderly myeloma patients: an International Myeloma Working Group report

Palumbo A. et al. Blood; 2015;125:2068-2074



Survie à 3 ans

- 84 % chez les robustes ;
- 76 % chez les vulnérables (HR =1.61; P = 0.042),
- 57% chez les fragiles(HR, 3.57;P< 0.001).



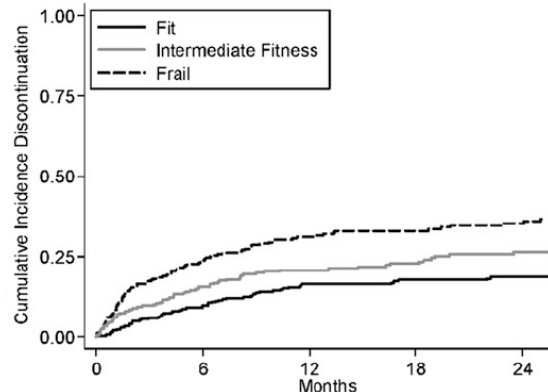
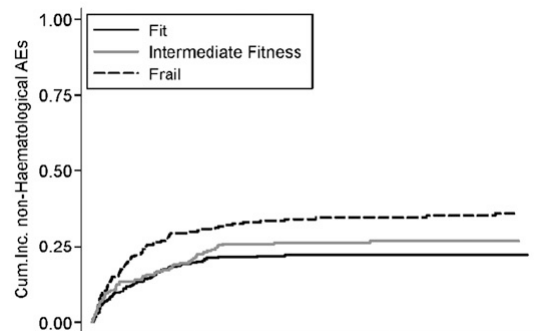
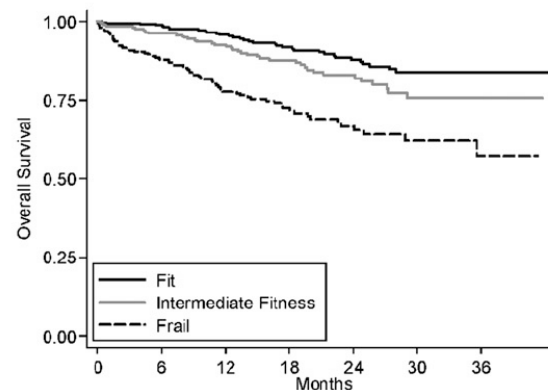
Incidence cumulée sur 12 mois des effets secondaires non hématologiques de grade ≥ 3

- 22.2% chez les robustes ,
- 26.4% chez les vulnérables (HR=1.23; P=0.217),
- 34.0% chez les fragiles (HR=1.74; P < 0.001) patients.



L'incidence cumulée sur 12 mois des interruptions de traitement était de

- 16.5% chez les robustes ,
- 20.8% chez les vulnérables (HR=1.41; P = .052),
- 31.2% chez les fragiles (HR=2.21; P < .001) patients.



Mais j'aurais pu également vous commenter

Impact of comorbidities on the treatment of non-Hodgkin's lymphoma: a systematic review.

41. Terret C, Albrand G, Rainfray M, Soubeyran P. Expert Rev Hematol. 2015 Jun;8(3):329-

Screening for vulnerability in older cancer patients: the ONCODAGE Prospective Multicenter Cohort Study.

Soubeyran P, Bellera C, Goyard J, Heitz D, Curé H, Rousselot H, Albrand G, Servent V, Jean OS, van Praagh I, Kurtz JE, Périn S, Verhaeghe JL, Terret C, Desauw C, Girre V, Mertens C, Mathoulin-Pélissier S, Rainfray M. PLoS One. 2014 Dec 11;9(12)

Screening tools for multidimensional health problems warranting a geriatric assessment in older cancer patients: an update on SIOG recommendations.

Decoster L, Van Puyvelde K, Mohile S, Wedding U, Basso U, Colloca G, Rostoft S, Overcash J, Wildiers H, Steer C, Kimmick G, Kanavaras R, Luciani A, Terret C, Hurria A, Kenis C, Audisio R, Extermann M. Ann Oncol. 2015 Feb;26(2):288-300.

The impact of comprehensive geriatric assessment interventions on tolerance to chemotherapy in older people.

Kalsi T, Babic-Illman G, Ross PJ, Maisey NR, Hughes S, Fields P, Martin FC, Wang Y, Harari D. Br J Cancer. 2015 Apr 28;112(9):1435-44.

A systematic review of factors influencing older adults' decision to accept or decline cancer treatment

Puts MTE, Tapscott B, Fitch M, Howell D, Monette J, Wan-Chow-Wah D, Krzyzanowska M, Leighl NB, Springall E, Alibhai SM, Cancer Treatment Reviews 41 (2015) 197–215