

Suivi Téléphonique OncoGériatrique dans la prise en charge des patients âgés traités pour cancer ou hémopathie maligne

P. LE BON^{1,2} - H. LAVIEC^{1,2} - I. DEVOUEIZE³ - N. DESPRES⁴ - J.M. GRELLARD⁵ - S.DANET⁵ - B. CLARISSE⁵ - J. LEQUESNE⁵ - B. BEAUPLET^{1,6,7}

¹ Unité de Coordination en OncoGériatrie Interrégionale de Normandie, CAEN

² Service Activités Transversales en Oncologie et Soins de Support, CLCC François Baclesse, CAEN

³ Service de Médecine Gériatrique – CH de DIEPPE

⁴ Service de Médecine Polyvalente – CH de BAYEUX

⁵ Service de Recherche Clinique - CLCC François BACLESSE, CAEN

⁶ INSERM, Normandie Univ, Anticipe U1086, Caen

⁷ Service Médecine Gériatrique - CHU de CAEN



INTRODUCTION : Après une évaluation oncogériatrique préthérapeutique, un suivi de certains patients âgés peut être utile en cours de traitement oncologique. Il n'existe aucune recommandation pour ce suivi. L'étude TEOG a évalué un questionnaire téléphonique de suivi, par un IDE, réalisé 3 mois après l'évaluation oncogériatrique initiale. Ce questionnaire pourrait permettre de détecter l'apparition éventuelle de syndromes gériatriques après initiation ou réalisation du traitement, et sélectionner les patients nécessitant une consultation.

OBJECTIFS: L'objectif principal est la validation d'un questionnaire téléphonique, en termes de faisabilité et de concordance des données recueillies, par rapport à une consultation médicale oncogériatrique de suivi, effectuée en aveugle de l'appel téléphonique, dans les 3 jours suivants.

METHODE: Cette étude interventionnelle, prospective, régionale multicentrique, financée par l'UCOGIR Normandie, s'est déroulée du 24/02/2015 au 16/02/2018.

Les patients éligibles étaient âgés de 70 ans et plus et adressés en consultation oncogériatrique. Ils présentaient un cancer ou une hémopathie maligne, devant bénéficier d'un traitement oncologique dans l'un des centres investigateurs. N'ont pas été inclus les patients ayant une espérance de vie estimée < 3 mois, ne pouvant communiquer par téléphone, incapable de remplir le consentement écrit, avec un Performance Status à 4, ou un MMSE initial < 18/30 ne permettant pas une autoévaluation fiable de la douleur notamment.

La validation repose sur:

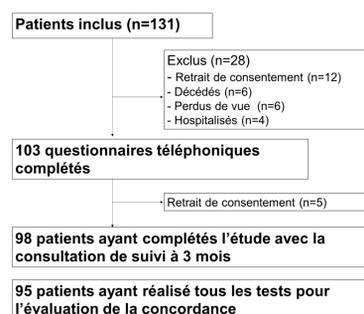
- la faisabilité (si les items des échelles gériatriques sont répondus par téléphone pour au moins 80 % des patients) et,
- la concordance des réponses aux items entre le recueil téléphonique et à la consultation (si le coefficient Kappa de Cohen vaut au moins 0,7)

L'étude a obtenu les autorisations réglementaires (CPP et ANSM de novembre 2014), et est enregistrée sous le n° IDR 2014-AO-1526-41.

RÉSULTATS

Caractéristiques patients baseline	n=131	(%)
Sexe		
Hommes	50	(38.2%)
Femmes	81	(61.8%)
Age (ans)	81	[70-95]
Vit seul	48	(36.6%)
Présence d'un aidant familial	89	(68.5%)
Niveau scolaire		
Pas de CE	24	(19.7%)
CE	59	(48.4%)
Brevet	21	(17.2%)
Bac et +	18	(14.8%)
Type de cancer		
Solide	129	(98.5%)
dont métastatique	53	(40.5%)
Hématologique	2	(1.5%)
Performance Status/4		
0	10	(7.7%)
1	69	(53.1%)
2	37	(28.5%)
3	14	(10.8%)
ADL<6/6	51	(38.9%)
IADL dépistage>0/4	56	(42.7%)
Chute depuis 12 mois	39	(29.8%)
Douleur (échelle numérique ou verbale)	77	(58.8%)
Geriatric Depression Scale=5/15	20	(16.9%)
Statut cognitif (MMSE/30)	28	(18-30)
Comorbidités CIRS-G		
patients avec au moins une comorbidité≥3	56	(42.7%)
Nombre moyen de médicaments	6	[0-18]
Statut nutritionnel		
Dénutrition légère	14	(10.7%)
Dénutrition modérée	26	(19.8%)
Dénutrition sévère	5	(3.8%)
Non dénutris mais à risque (MNA entre 17 et 23,5/30)	58	(44,3%)
Non dénutris (MNA ≥24/30)	28	(21,4%)
Groupe SIOG		
Robuste	27	(20.8%)
Vulnérable	55	(42.3%)
Fragile	48	(36.9%)

Figure 1: Diagramme de flux TELOG

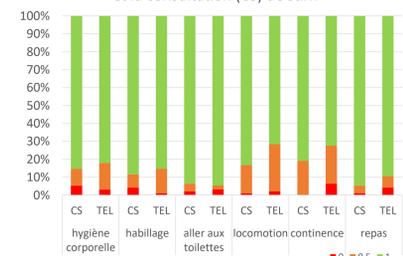


Faisabilité	n	(%)
Questionnaires téléphoniques réalisés	n=103	(78.6%)
Nombre de tentatives	n=64	
1	52	(81.2%)
2	10	(15.6%)
3	2	(3.1%)
Présence d'un aidant	n=85	
Oui	26	(30.6%)
Non	59	(69.4%)
Durée de l'appel (minutes)	13,48	
	12	[6-37]

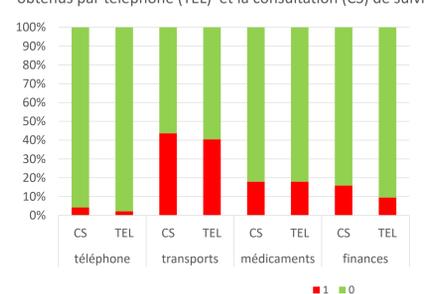
Tableau de concordance entre appel téléphonique et consultation à 3 mois

	Kappa	95% IC	% discordance	95% IC
ADL				
Hygiène corporelle	0,72	0.55-0.90	13,7	8.2-22
Habillage	0,72	0.57-0.86	7,4	3.6-14.4
Aller aux toilettes	0,51	0.25-0.78	6,3	2.9-13.1
Locomotion	0,57	0.47-0.67	18,9	12.3-28.0
Continence	0,32	0.18-0.45	23,2	15.8-32.6
Repas	0,52	0.29-0.76	7,4	3.6-14.4
IADL Autonomie				
Téléphone	0,31	0-0.64	4,2	1.6-10.3
Transports	0,52	0.41-0.64	23,4	16.0-32.9
Médicaments	0,89	0.82-0.97	3,2	1.1-8.9
Finances	0,46	0.28-0.63	11,6	6.6-19.5
Perte de poids	0,47	0.34-0.6	23,6	16.0-33.4
Nombre de médicaments			42,9	
Chute dans les 3 derniers mois	0,4	0.26-0.54	20,2	13.3-29.4
Trouble de l'équilibre	0,25	0.11-0.39	37,3	27.7-48.1
Dépression	0,14	0-0.28	32,2	23.6-42.3
Perte de mémoire	0,18	0.05-0.32	35,1	26.2-45.2
Orientation temporelle	0,31	0.17-0.45	22,6	15.3-32.1
Douleur	0,26	0-0.55	23,1	11.0-42.1

Comparaison des scores ADL obtenus par téléphone (TEL) et la consultation (CS) de suivi



Comparaison des scores à l'IADL-dépistage obtenus par téléphone (TEL) et la consultation (CS) de suivi



DISCUSSION:

-faisabilité quasiment atteinte avec la réponse au questionnaire téléphonique pour 78% des patients inclus, mais concordance des informations analysables pour seulement 95 patients ayant complété l'étude, et retrouvée uniquement pour l'item "Médicaments" de l'IADL dépistage.

-analyse de discordance plus pertinente statistiquement, retrouvant un taux<10% pour l'item habillage, aller aux toilettes, prendre les repas de l'ADL, et l'usage du téléphone dans l'IADL.

Nos résultats suggèrent qu'il faut s'interroger sur la pertinence des informations collectées par téléphone auprès de la population âgée française.

Les analyses complémentaires sur les objectifs secondaires (impact du statut social, cognitif, psychologique, performance status et groupe de fragilité SIOG) retrouvent seulement des résultats un peu moins discordants dans le groupe SIOG robuste; ceci est lié au fait que les échelles de dépendance sont normales, et il n'y a pas d'hésitation pour la cotation d'un déficit partiel en demi-points.

Dans notre étude, le patient ne connaissait par l'IDE enquêtrice, garantissant l'absence de biais d'interprétation.

Nous n'avons pas recueilli la satisfaction du patient concernant le questionnaire téléphonique (compréhension, facilité et temps pour répondre...).

Comment organiser le suivi gériatrique en oncologie? D'autres études sont nécessaires pour valider un questionnaire téléphonique en oncogériatrie.

Ou au contraire, le suivi doit-il se baser sur des auto-questionnaires écrits ou en ligne complétés directement par le patient et son aidant (avec consignes précises de remplissage), ou alors par télésurveillance?

Références bibliographiques:

Validation of the Chinese-Canadian study of health and aging clinical frailty scale (CSHA-CFS) telephone version. Chan DC, Tsou HH, Chen CY, Chen CY. Arch Gerontol Geriatr 2010; 50(3):e74-e80.
 Validation study of a French version of the modified telephone interview for cognitive status (F-TICS-m) in elderly women. Vercambre MN, Cuvelier H, Gayon YA, Hardy-Léger I, Berr C, Trivalle C, et al. Int J Geriatr Psychiatry 2010 Nov;25(11):1142-9
 Nurse led telephone assessment of expanded disability status scale assessment in MS patients at high levels of disability Huda S, Cavey A, Izat A, Mattison P, Boggild M, Palace J. J Neurol Sci 2016 Mar 15;362:66-8
 Localized versus centralized nurse-delivered telephone services for people in follow up for cancer: opinions of cancer clinicians. Harrison JD, Durcinoska I, Butow PN, White K, Solomon MJ, Young JM. Asia Pac J Clin Oncol 2014 Jun;10(2):175-82
 Nurse telephone follow-up, a beneficial tool in geriatric oncology. Berbon C, Bourgade G, Le GL, Balardy L, Lemaître E, Chassaing MC. Rev Infirm 2018 Nov;67(245):37-38