

P Le Bon ^(1,2) - H. Solem Laviec ^(1,2) - I Devouze ⁽³⁾ - N Despres ⁽⁴⁾ - JM Grellard ⁽⁵⁾ - B Clarisse ⁽⁵⁾ - S Danet ⁽⁵⁾ - J Lequesne ⁽⁵⁾ - B. Beauplet ^(2, 6, 7)

¹ Service de Soins de Support ATOSS, Centre de Lutte contre le Cancer François Baclesse, CAEN, France
² UCOGIR NORMANDIE, CAEN, France
³ Service de Médecine Gériatrique, Centre Hospitalier Général de DIEPPE, France
⁴ Service de Médecine Interne, Centre Hospitalier Général de BAYEUX, France

⁵ Unité de Recherche Clinique, Centre de Lutte contre le Cancer François Baclesse, CAEN, France
⁶ Service de Médecine Gériatrique, CHU, CAEN, France
⁷ Normandie Univ, UniCaen, INSERM, U1086, ANTICIPE, Caen, France

CONTEXTE

A la fin d'une évaluation gériatrique préthérapeutique en cancérologie, un suivi spécifique apparaît parfois nécessaire pour des patients fragiles, risquant de décliner pendant ou après le traitement oncologique. Il n'y a pas de recommandation sur ce suivi. Le suivi téléphonique se développe de plus en plus avec des pratiques hétérogènes.

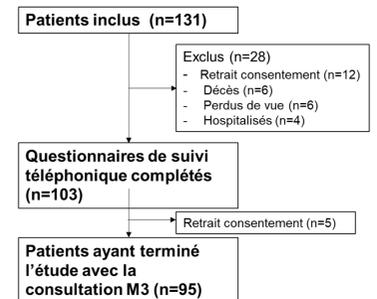
OBJECTIF

L'objectif principal est de valider un questionnaire téléphonique standardisé, réalisé par un infirmier, pour le suivi spécifique gériatrique. La validation a été définie en terme de faisabilité du questionnaire, et de concordance des données collectées (en aveugle) avec celles de la consultation gériatrique médicale, réalisée dans les 3 jours suivant l'appel téléphonique.

METHODE

Cette étude interventionnelle prospective multicentrique a été financée par l'UCOGIR Normandie. Les patients âgés de 70 ans et plus, atteints de cancer ou hémopathie maligne, adressés en consultation gériatrique avant traitement oncologique étaient éligibles. Les patients avec une espérance de vie estimée inférieure à 3 mois, incapable de communiquer par téléphone ou de signer le consentement, avec un ECOG PS= 4, ou un MMSE <18/30 n'étaient pas inclus. **Le nombre de 95 patients évaluables a été calculé**, en estimant le coefficient Kappa de Cohen pour chaque item à l'aide d'un intervalle de confiance bilatéral à 80% (pour mimer un risque alpha unilatéral de 10%). **En tenant compte des patients qui ne répondraient pas au questionnaire téléphonique (environ 20%) et perdus de vue (10%), 131 patients ont été inclus dans cette étude.** Cette étude est enregistrée sous le numéro ID-RCB 2014-A01526-41, clinical trial NCT02583035.99

Fig 1: Diagramme de flux



RESULTATS

Caractéristiques sociales, médicales et gériatriques à l'inclusion (n=131)

Variable	n	(%)
Age (années)	80,8	(5,2)
MMSE /30	26,7	(3,0)
Nombre Médicaments	6,2	(3,8)
Sexe		
Homme	50	38,2
Femme	81	61,8
Vit seul(e)	48	36,6
Lieu de vie		
Institution	1	0,8
Domicile	130	99,2
Aidant familial	89	68,5
Niveau scolaire		
Pas de CE	24	18,3
CE	59	45
Brevet	21	16
Bac et +	18	13,7
Donnée manquante	9	7
Type tumeur		
Solide	129	98,5
Hématologique	2	1,5
Donnée manquante	5	40,5
Métastatique		
OUI	10	7,6
NON	69	52,7
NON	2	3,7
NON	3	14
NON	1	10,7
Donnée manquante	1	0,8
ADL<6/6	51	38,9
mini IADL<0/4	56	42,7
GDS >5/15	20	16,9
Chute dans l'année précédente	39	29,8
Troubles de la marche ou équilibre (TUG>20 sec et/ou IAMP>5 sec)	44	41,1
Douleur (EVS ou EN>3)	77	58,8
Présence d'une comorbidité CIRIS-G ≥3	56	42,7
Statut nutritionnel		
Non dénutri	28	21,4
A risque	58	44,3
Légère	12	9,1
Modérée	28	21,4
Sévère	5	3,8
Groupe SIOG		
Harmonieux	27	20,6
Vulnérable	55	42
Fragile	48	36,6
Donnée manquante	1	0,8

Dénutrition sévère: IMC<18, ou perte de poids ≥15% en 6 mois ou ≥10% en un mois, et/ou albuminémie<30g/l (avec CRP normale)
Dénutrition modérée: IMC<21, ou perte de poids ≥10% en 6 mois ou ≥5% en un mois, et/ou albuminémie<35g/l (avec CRP normale) et/ou MNAS17/30
Dénutrition légère: IMC<23, ou perte de poids<10% en 6 mois ou <5% en un mois, et/ou albuminémie<38g/l (avec CRP normale)
A risque de dénutrition si MNA<24/30
Non dénutri: IMC≥23, pas de perte de poids, albuminémie≥38g/l et MNA≥24/30

Groupe SIOG:
HARMONIEUX si comorbidité CIRIS-G<3/4, statut normal pour tout domaine gériatrique
VULNERABLE si anomalie ou mini IADL, 1 seule comorbidité sévère, non dénutri, à risque de dénutrition ou dénutrition légère, et ADL normale;
FRAGILE si plusieurs comorbidités sévères, déficit ADL, dénutrition modérée ou sévère

Il y a eu peu de patients atteints d'hémopathies malignes (deux lymphomes), pour qui d'autres études étaient prioritaires. Parmi 129 patients avec tumeurs solides, les primitifs étaient mammaires (n=49), génitourinaires (n=28), digestifs (n=19), ORL (n=9), pulmonaires (n=8), cutanés (n=6) et autres localisations diverses (n=10).

Faisabilité du questionnaire téléphonique selon les caractéristiques des patients (n=131)

	Pas de réponse au questionnaire (n=28)	Réponse au questionnaire (n=103)	p
Age (ans)	81,5	80	[70-95] [70-95] 0,017
Groupe SIOG	n	n	
Harmonieux	3 (11,1%)	24 (23,3%)	
Vulnérable	10 (37%)	45 (43,7%)	0,17
Fragile	14 (51,9%)	34 (33%)	
MMSE<28/30			
OUI	24 (85,7%)	65 (63,1%)	0,024
NON	4 (14,3%)	38 (36,9%)	
Sexe			
Homme	15 (53,6%)	35 (34%)	0,094
Femme	13 (46,4%)	68 (66%)	
Niveau scolaire			
Pas de Certificat d'étude	9 (34,6%)	15 (15,6%)	
Certificat d'étude	10 (38,5%)	49 (51%)	0,093
Brevet	2 (7,7%)	19 (19,8%)	
Bac et plus	5 (19,2%)	13 (13,5%)	
Aidant familial			
OUI	21 (75%)	68 (66,7%)	0,54
NON	7 (25%)	34 (33,3%)	

Concordance et discordance pour chaque domaine gériatrique évalué par téléphone et en consultation gériatrique M3 (n=95)

	Cohen's Kappa coefficient	95% IC	Discordance (%)	95% IC
ADL				
toilette	0,72	0,55-0,90	13,7	8,2-22
habillement	0,72	0,57-0,86	7,4	3,6-14,4
aller aux WC	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
manger	0,52	0,29-0,76	7,4	3,6-14,4
Mini IADL				
téléphone	0,31	0-0,64	4,2	1,6-10,3
transport	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	
Chutes	0,4	0,26-0,54	20,2	13,3-29,4
Trouble de la marche/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
Mémoire	0,18	0,05-0,32	35,1	26,2-45,2
Orientation	0,31	0,17-0,45	22,6	15,3-32,1
Douleur	0,26	0-0,55	23,1	11,0-42,1

Dans le sous-groupe normal sur le plan cognitif (MMSE ≥28/30 vs <28/30), la concordance est aussi retrouvée pour l'item "habillement" dans l'ADL, s'ajoutant à l'item "médicaments" de l'IADL. Dans le sous-groupe HARMONIEUX (SIOG 1), les taux de discordance étaient <10% pour les items de l'ADL (sauf pour « continence » avec 21,7%) et pour la mini IADL (sauf les « transports » à 25%).

Déclin gériatrique dans les différents domaines selon les groupes SIOG, entre les consultations gériatriques M0 et M3 (n=95)

	Sous-groupe SIOG 1 Harmonieux (n=24)	Sous-groupe SIOG 2 Vulnérable (n=39)	Sous-groupe SIOG 3 Fragile (n=32)	p
ADL				
OUI	3 (12,5%)	5 (12,8%)	7 (21,9%)	0,59
NON	21 (87,5%)	34 (87,2%)	25 (78,1%)	
Mini IADL				
OUI	7 (29,2%)	9 (23,1%)	12 (37,5%)	0,41
NON	17 (70,8%)	305 (76,9%)	20 (62,5%)	
ECOG-PS				
OUI	10 (41,7%)	17 (43,6%)	12 (37,5%)	0,87
NON	14 (58,3%)	22 (56,4%)	20 (62,5%)	
IMC				
OUI	7 (29,2%)	14 (35,9%)	11 (34,4%)	0,86
NON	17 (70,8%)	25 (64,1%)	21 (65,6%)	
GDS-15				
OUI	3 (13%)	5 (12,8%)	8 (26,7%)	0,3
NON	20 (87%)	34 (87,2%)	22 (73,3%)	
TUG				
OUI	0 (0%)	3 (7,9%)	4 (12,5%)	0,1
NON	23 (100%)	35 (92,1%)	20 (62,5%)	
AMP				
OUI	4 (19%)	8 (24,2%)	12 (52,2%)	0,038
NON	17 (81%)	25 (75,8%)	11 (47,8%)	
Orientation				
OUI	3 (12,5%)	2 (5,3%)	4 (12,5%)	0,5
NON	21 (87,5%)	36 (94,7%)	28 (87,5%)	
Mémoire				
OUI	2 (8,3%)	2 (5,3%)	2 (6,2%)	0,88
NON	22 (91,7%)	36 (94,7%)	30 (93,8%)	
Chute				
OUI	0 (0%)	4 (10,5%)	5 (15,6%)	0,14
NON	24 (100%)	34 (89,5%)	27 (84,4%)	
Comorbidité				
OUI	11 (45,8%)	19 (48,7%)	18 (56,2%)	0,71
NON	13 (54,2%)	20 (51,3%)	14 (43,8%)	
Tout Déclin*				
OUI	18 (75%)	31 (79,5%)	30 (93,8%)	0,11
NON	6 (25%)	8 (20,5%)	2 (6,2%)	

* si déclin dans au moins un domaine

Critères de déclin:

Perte ≥ 0,5pt pour ADL, Perte ≥ 1pt pour IMC et Orientation
Augmentation ≥ 1pt pour mini IADL, ECOG-PS, et Comorbidity Illness Rating Scale-G
Timed Up and Go test si non faisable ou >20sec à M3 versus ≤20 sec à M0
Appui MonoPodal si non faisable ou <5sec à M3 versus ≥5 sec à M0
Si une chute est survenue dans les 3 derniers mois à M3 versus aucune avant M0
Mémoire: test des 5 mots de Dubois anormal (<10/10) à M3 versus rappel des 3 mots du MMSE normal (3/3) et
Dépression: GDS anormal (≥5/15 versus Normal <5/15)

DISCUSSION

Il s'agit de la première étude essayant de valider un questionnaire téléphonique de suivi gériatrique infirmier en cancérologie. **Ce questionnaire est faisable, surtout en l'absence de trouble cognitif.** Le déclin gériatrique peut expliquer la difficulté pour certains patients de compléter l'étude. **Nous constatons un déclin gériatrique y compris chez les patients robustes qui devraient être suivis; notamment sur l'appui monopodal, qui ne peut être évalué par téléphone.**

Nous regrettons de ne pas avoir relevé la satisfaction des patients concernant la facilité à comprendre les questions par téléphone, et y répondre, ainsi que le temps imparti. Certains patients ont besoin de temps supplémentaire pour exprimer les soucis de santé personnels.

Nous ne comprenons pas la discordance entre les scores aux items ADL et IADL. Nous pourrions mettre en cause les différences entre professionnels infirmier et gériatre dans la façon d'interroger les patients, ou le vecteur téléphone versus consultation face à face. Cela ne semble pas être le cas car la discordance est **moindre chez les patients du groupe SIOG 1**, comparé aux autres patients qui n'osent peut être pas exprimer leur dépendance, ou la cache. De plus, les patients déclarant parfois plus de fragilité à l'infirmière par téléphone (pour les ADL), mais parfois davantage au gériatre en consultation (pour les chutes).

L'utilisation de différentes méthodes d'évaluation pourrait expliquer ce manque de concordance: certains outils sont basés sur l'autoévaluation, d'autres sont mesurés ou quantifiés par des tests de performance. Cependant dans certains domaines, avec des modalités identiques d'évaluation par l'interrogatoire (dépendance, falls, orientation and pain), la concordance n'est pas retrouvée.

En conclusion, d'autres études sont nécessaires pour trouver le moyen le plus pertinent pour suivre le statut gériatrique des patients âgés traités pour cancer, en fonction de leur fragilité, en se basant sur le téléphone, ou des visites à domicile, et dont la fréquence est à évaluer, ou bien recourir à la télésurveillance et téléassistance. L'impact de ce suivi sur la tolérance et la faisabilité du traitement oncologique, la qualité de vie, sont des objectifs à poursuivre.

References:

- Burhenn PS, McCarthy AL, Begue A, Nightingale G, Cheng K, Kenis C. Geriatric assessment in daily oncology practice for nurses and allied health care professionals: Opinion paper of the Nursing and Allied Health Interest Group of the International Society of Geriatric Oncology (SIOG). J Geriatr Oncol. 2016 Sep;7(5):315-24.
Chan DC, Tsou HH, Chen CY, Chen CY. Validation of the Chinese-Canadian study of health and aging clinical frailty scale (CSHA-CFS) telephone version. Arch Gerontol Geriatr. 2010 May-Jun;50(3):e74-80.
Harrison JD, Durcinoska I, Butow PN, White K, Solomon MJ, Young JM. Localized versus centralized nurse-delivered telephone services for people in follow up for cancer: opinions of cancer clinicians. Asia Pac J Clin Oncol. 2014 Jun;10(2):175-82.
Craven O, Hughes CA, Burton A, Saunders MP, Molassiotis A. Is a nurse-led telephone intervention a viable alternative to nurse-led home care and standard care for patients receiving oral capecitabine? Results from a large prospective audit in patients with colorectal cancer. Eur J Cancer Care (Engl). 2013; 22(3):413-9.
Berbon C, Bourgade G, Le GL, Balardy L, Lemaître E, Chassaigne MC. Nurse telephone follow-up, a beneficial tool in geriatric oncology. Rev Infirm. 2018 Nov;67(245):37-38.
Conwell Y, Siming A, Drifill N, Xia Y, Tu X, Messing SP et al. Validation of telephone-based behavioral assessments in aging services clients. Int Psychogeriatr. 2018 Jan;30(1):95-102