

Particularités du cancer colorectal chez le patient âgé : concept oncogériatrique ou réalité gastroentérologique ?



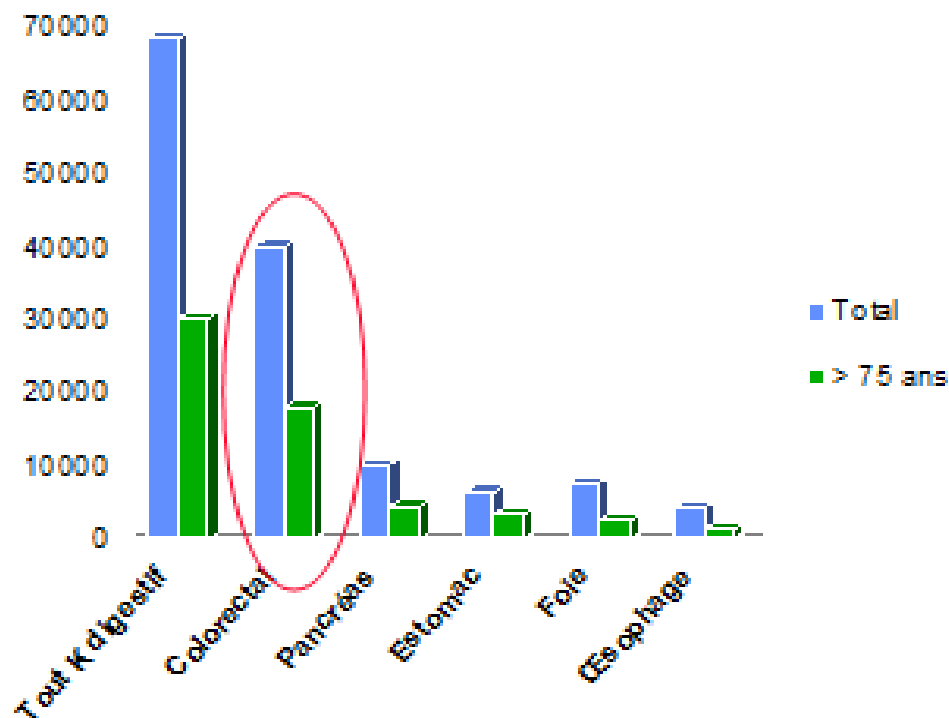
Dr E. Carola
GHPSO - SoFOG



2010 : Une épidémiologie significative



**45 % des cancers colorectaux
sont diagnostiqués après 75 ans**



Estimation FRANCIM 2010

2012 : Pas de dépistage organisé



Diagnostic précoce

- **Hémorragie basse** CCR dans **10,2%** des cas après 75 ans vs 6,3% avant 75 ans

Bour et al, JFHOD 2008

- **Anémie ferriprive** CCR : **28%** dans population âgée

S. Nahon et al, Gastroenterol Clin Biol 2007

Dépistage individuel

- **Si espérance de vie > 10 ans**
- **ATCD personnel d'adénome ou de cancer colorectal**

Diagnostic plus tardif : Toujours d'actualité ?



- Relation linéaire entre âge et stade $p=0,0014$

Colorectal Cancer Collaborative Group, Lancet, 2000

- Diagnostic plus fréquent en urgence 12% avant 75 ans vs 16% après 75 ans, $p=0,003$

Faivre-Finn C et al, Gut, 2002

- Augmentation du taux de résection curative : 57% (1976-1987) → 72% (1988-1999)

Mitry E et al, Eur J Cancer 2005

	1995-2005	2001-2005	P
Stade III	26%	41%	0,03

- Augmentation du taux de chimio adjuvante

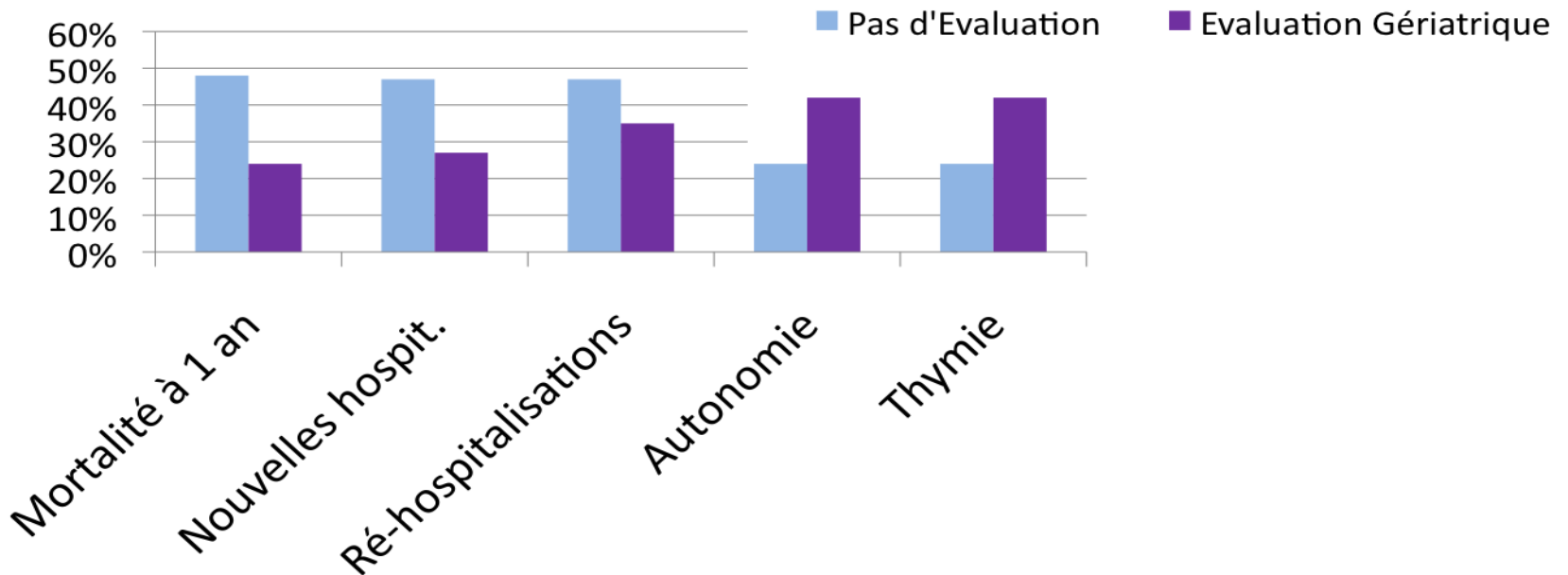
2012 : Une EGS pour tous?



Depuis bientôt 30 ans : Evaluation gériatrique = multiples bénéfiques



Toute population âgée



ASCO 2011 : Le G8 pour dépister



● 8 Items

- Appétit, perte de poids, IMC
- Motricité
- Etat neuropsychologique
- Nombre de médicaments
- Le ressenti du patient
- L'âge

● Réalisé par IDE entraînée

● 5 à 10 minutes

● Anormal si < ou = 14

Items	Réponses possibles (score)
Le patient présente-t-il une perte d'appétit ? A-t-il mangé moins ces 3 derniers mois par manque d'appétit, problèmes digestifs, difficultés de mastication ou de déglutition ?	0 : anorexie sévère 1 : anorexie modérée 2 : pas d'anorexie
Perte récente de poids (< 3 mois).	0 : perte de poids > 3 kg 1 : ne sait pas 2 : perte de poids entre 1 et 3 kg 3 : pas de perte de poids
Motricité.	0 : du lit au fauteuil 1 : autonome à l'intérieur 2 : sort du domicile
Problèmes neuro-psychologiques	0 : démence ou dépression sévère 1 : démence ou dépression modérée 2 : pas de problème psychologique
Indice de masse corporelle (IMC)	0 : IMC < 18,5 1 : IMC = 18,5 à IMC < 21 2 : IMC = 21 à IMC < 23 c 3 : IMC = 23 et > 23
Prend plus de 3 médicaments	0 : oui 1 : non
Le patient se sent-il en meilleur ou moins bonne santé que la plupart des personnes de son âge	0 : moins bonne 0,5 : ne sait pas 1 : aussi bonne 2 : meilleure
Age	0 : >85 1 : 80-85 2 : <80
TOTAL	0 - 17

Oncodage : Résultats (1)



- **23 centres – 1668 pts – 1425 éligibles.**
- âge moyen 78 ans.
- PS 0-1 dans 75 % des cas.
- 49.6% maladie localisée.
- **EGS :**
 - **67.7 mn (+ou-24mn)**
 - Dans 80% des cas une anomalie d'un score selon la définition établie a été retrouvée:
- **Le G8**
 - réalisé dans 88% des cas par une IDE dans 12% par un oncologue.
 - **temps moyen de 4.4 minutes (+ou- 2.9mn).**
 - Score anormal $< \text{ou} = 14$ dans 68.5%.

Oncodage : Résultats (2)



- **Sensibilité et la spécificité du G8 comparativement à l'évaluation complète.**

J Clin Oncol 29: 2011 (suppl; abstr 9001)
Author(s):P. Soubeyran, C. Bellera, J. Goyard

(Bellera CA et al Screening older cancer patients : first evaluation of the G8 geriatric screening tool – Ann Oncol 2012, Jan 16)

Se	76.6%	(74-79)
Sp	64.4%	(58.6-70)
VPP	89.6%	(87.6-91.5)
VPN	40.7%	(36.1-45.4)

2013 et au-delà : EGS impacts en oncologie gériatrique?



- Les Acquis
 - Impact sur la décision thérapeutique.
 - Prédicatif de la toxicité.
- OLD : facteurs prédictifs de la faisabilité de la chimiothérapie ? ASCO 2013 ?
- IECAG : Impact sur la survie?

Impact de l'EGS sur décision thérapeutique ?



- Etude ELCAPA 01
 - 375 patients 70+ avec EGS
 - Age 79.6±5.6
 - 53% femmes, 59% tumeurs digestives
 - N comorbidités 4.2±2.7, CIRSG 11.8±5.3
- Modification de la décision thérapeutique initiale > EGS
 - 21% (95%CI 16.8-25.3) dont 81% diminution
 - Analyse unifactorielle
 - PS ≥ 2 73% vs 41%
 - ADL 59% vs 24%
 - Malnutrition 82% vs 51%
 - Troubles cognitifs 39% vs 25%
 - Dépression 53% vs 22%
 - Comorbidités 4.8±2.9 vs 4.0±2.6
 - Analyse multifactorielle ADL et malnutrition

FFCD 2001-02

analyse des paramètres gériatriques chez 123 patients

Facteurs prédictifs	OR	IC 95 %
Absence de chimiothérapie adjuvante antérieure	8,33	1,03 – 65,07
Chimiothérapie par irinotecan	3,67	1,01 – 13,36
Altération des fonctions cognitives (MMSE $\leq 27/30$)	5,00	1,36 – 18,56
Altération de l'autonomie (IADL)	4,35	1,12 – 16,54

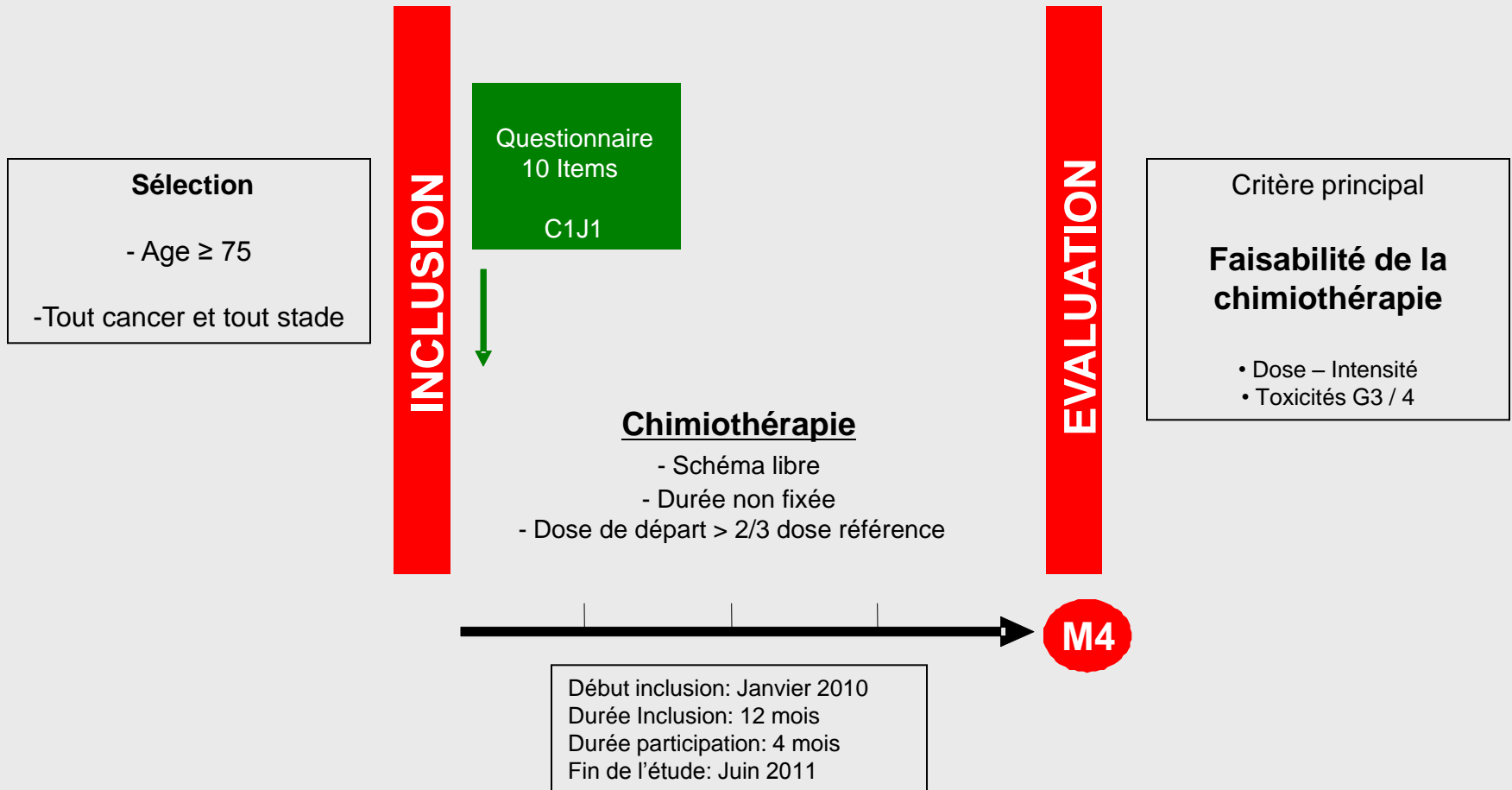
Des paramètres gériatriques prédisent la toxicité

OLD : Evaluation avant traitement J0 ou J1 (questionnaire 10 items)



	n°	Items	Résultat			
Fonctions cognitives Repère dans le temps Repère dans l'espace	1	Date du jour Nom de la ville Nom de l'hôpital	Aucune erreur	__	Au moins 1 erreur	__
	2	Répétition de 3 mots : Cigare-fleur-porte ou Citron-clé-ballon -Immédiatement -Après quelques minutes	Aucune erreur	__	Au moins 1 erreur	__
Capacités d'autonomie	3	Aide pour : -Téléphoner -Faire des courses -Préparer les repas -Entretenir la maison -Prendre les médicaments -Tenir ses comptes -Conduire ou utiliser les transports	Aucune aide	__	Au moins 1 aide	__
	4	Appui monopodal 5 secondes	Réussite	__	Echec	__
Co-morbidités	5	Hospitalisation dans l'année précédente	Oui	__	Non	__
	6	Polymédications > 5	Oui	__	Non	__
Fonctions biologiques -fonction rénale -statut nutritionnel	7	Clairance de la créatinine > 30 ml/min	Oui	__	Non	__
	8	Albuminémie > 30 g/L	Oui	__	Non	__
Estime de soi Environnement	9	Vous sentez-vous triste ou déprimé ?	Oui	__	Non	__
	10	Présence de l'entourage (aidant ou famille)	Oui	__	Non	__

Plan de l'étude



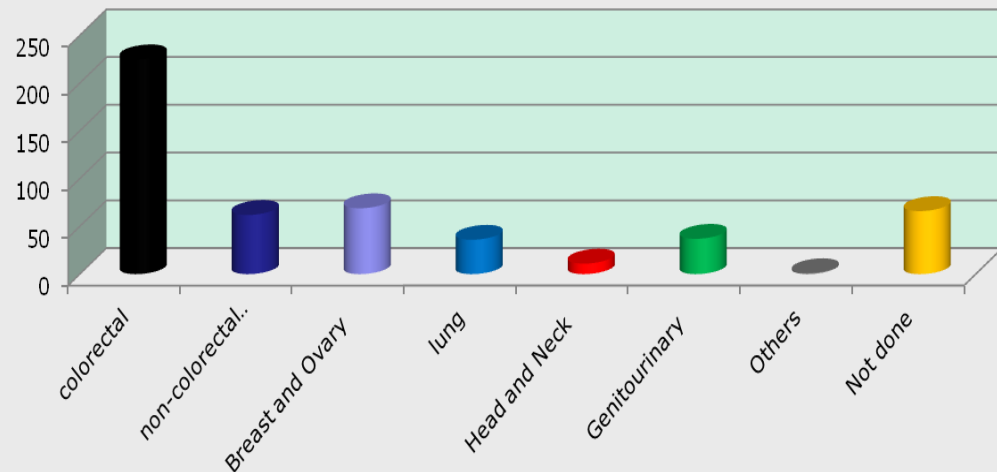
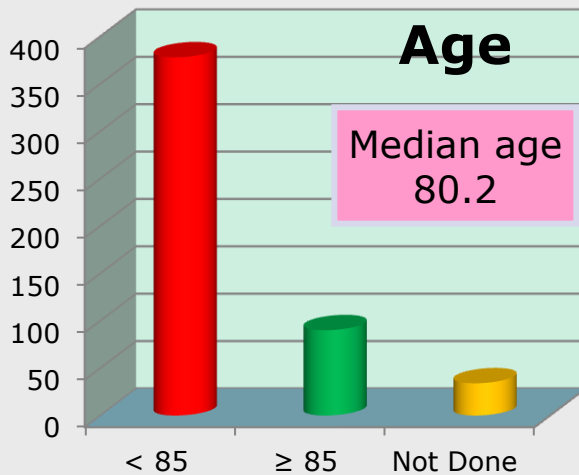
Patient characteristics (1)



Inclusion period : april 2008 - september 2011

total number of patients included :
507 patients (117 Old 07- 390 Old)

number of centers : **49**



Amélioration de la survie des patients bénéficiant d'une EGS



375 Pts de 60 à 92 ans opérés d'un cancer -Suivi 44 mois

	Intervention gériatrique	Prise en charge « standard »
Nbre pts	190	185
Décès	22% (41)	28% (51)
Stade avancé	38% (72)	25% (48)
Survie à 2 ans stade avancé	67%*	40% *

McCorkle R, Strumpf NE, Nuamah IF, et al, Torosian M A specialized home care intervention improves survival among older post-surgical cancer patients. J. Am Geriatr Soc. 2000;48(12):1707-13



IEGAC 2012 : Objectif

Mesurer l'impact d'une EGS décisionnelle sur la survie globale de patients atteints de cancers avancés (sein, colon, ovaire) et traités par chimiothérapie.

Méthodologie

L'étude IEGAC est non interventionnelle, rétrospective et multicentrique

Initialement 7 centres participeront au recueil des données :

GHPSO site de Creil et Senlis

CHU Amiens

CH Abbeville

CH Beauvais

CH Saint Quentin

CH Compiègne

Critères d'inclusion



Les critères de sélection de la population sont les suivants :

- Patients âgés de 75 ans et plus
- Patients atteints d'un cancer colorectal, d'un cancer de l'ovaire ou d'un cancer du sein
- Patients au stade métastatique inopérable
- Patients traités par chimiothérapie en première ligne (traitement antérieur par hormonothérapie accepté)



Schéma de l'étude

- **L'étude IEGAC est rétrospective et multicentrique. Elle se base sur des données colligées dans un questionnaire standard.**
- **La période de recueil s'étend de 2008 à 2010.**
- **Deux groupes**
 - **Un groupe de patients avec une intervention gériatrique (Groupe A)**
 - **Un groupe de patients sans EGS (Groupe B)**

Analyse des données

- **Analyse statistique descriptive classique**
- **représentations graphiques des courbes de survie de Kaplan Meier ainsi qu'une comparaison bivariée standard par groupes (A vs. B) par le test du log-rank.**
- **Une analyse multivariée (modélisation de Cox) pourra être effectuée afin d'éliminer de potentiels facteur de confusions (notamment la localisation primitive, le nombre de sites des localisations secondaires, le nombre d'hospitalisations sur la période d'étude, le délai entre le diagnostic initial et le stade métastatique).**

2008 : Chirurgie colique des octogénaires éviter l'URGENCE



- 300 résections colorectales entre 2002 et 2008 – 50% cancer
 - 180 femmes – 120 hommes
 - 60 pts >80 ans
 - Comorbidités 62% vs 33% ($p < 0.005$)
 - Pas de \neq en complications, mortalité, durée d'hospitalisation
 - Morbidité 38% vs 9% si Chirurgie en Urgence et mortalité 13.45% vs 0.8%

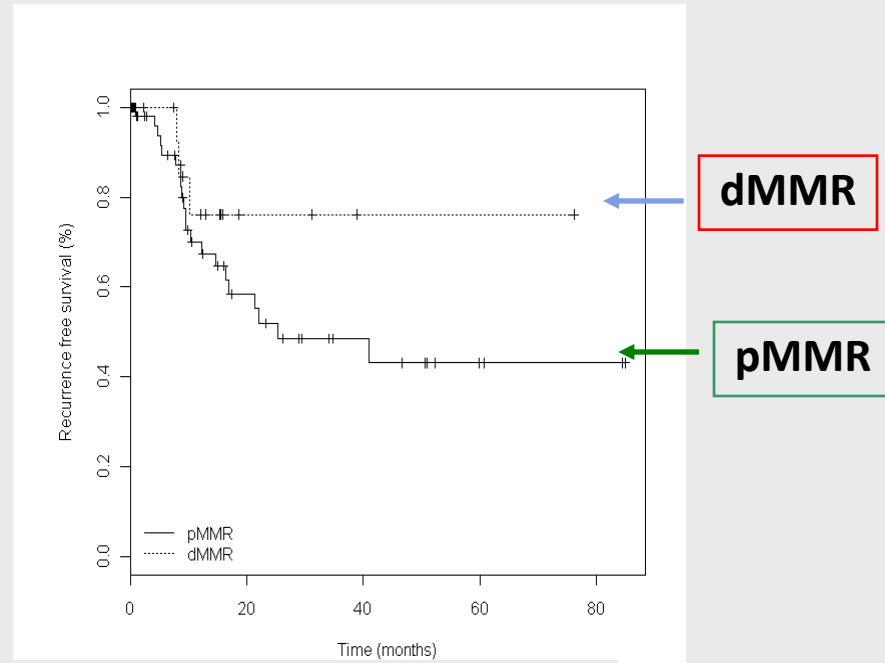
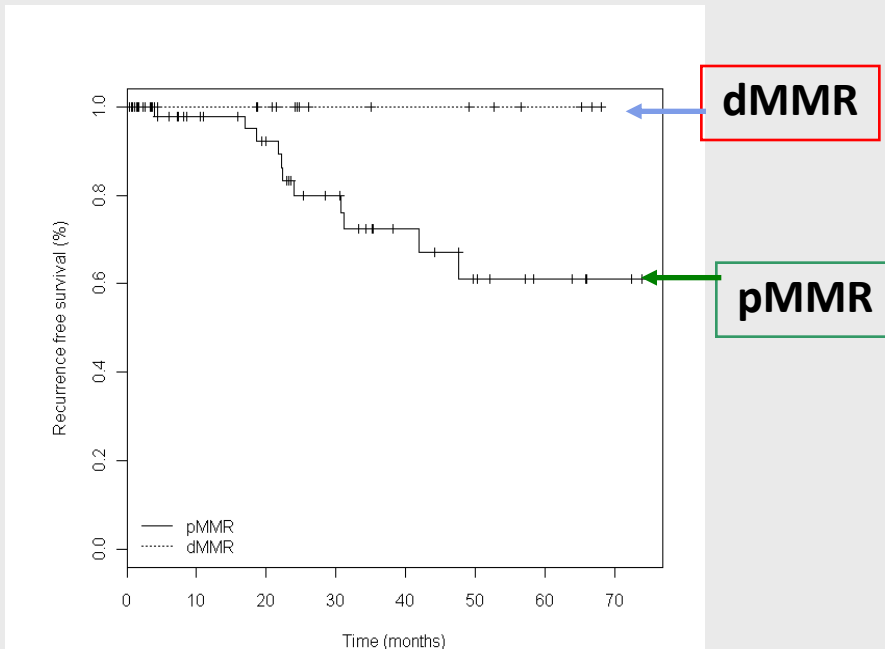
Pelloni A Hepatogastroenterology 2012 Jan-Feb;59(113):120-3-

2012 : Particularités biologiques tumorales cancer colon patient âgé



22% de tumeur avec instabilité microsatellite après 75 ans, 36% après 85 ans

Stade II **Survie sans récidive** Stade III



2012 : Oxali or not oxali en adjuvant chez les plus de 70 ans?



Base ACCENT, 6 études randomisées

12 669 patients : 10 499 pts < 70 ans, 2 170 pts ≥ 70 ans

HR : oxaliplatine + 5FU vs 5FU

Age	Survie sans récidence	Survie globale
< 70 ans	0,77 (0,68 ; 0,86)	0,81 (0,71 ; 0,93)
≥ 70 ans	1,04 (0,81 ; 1,35)	1,18 (0,90 ; 1,57)

2012 : MOSAIC confirme



- 2246 PTS
- 315 patients de 70 à 75 ans
- FOLOX 4 vs LV5FU
 - DFS : HR = 0.93 (95% CI, 0.64-1.35)
 - OS : HR = 1.10 (95% CI, 0,73-1,65)

Tournigand C et al JCO 2012 Sept 20;30(27):3353-60



Recommandations stade III TNCD 2011

www.tncd.org

**Chimiothérapie par Fluoropyrimidine seule
si âge >70 ans**

Etude FOCUS 2



Phase III, patients fragiles ou âgés, n=459, âge médian 74 ans

	LV5FU2	FOLFOX	Cap	CapOx
Réponse objective ⁽¹⁾	11%	38%	14%	32%
Survie sans progression	3,5	5,8	5,2	5,8
Survie globale	10,1	10,7	11	12,4
Utilité globale du traitement ⁽²⁾	35%	54%	37%	41%

Seymour M et al Lancet 2011

(1) Taux de réponse oxaliplatine vs pas d'oxaliplatine : p=0,0001

(3) « utilité (contrôle tumoral sans toxicité) » oxaliplatine vs pas d'oxaliplatine : p=0,003

Pas de bénéfice de survie globale avec l'oxaliplatine

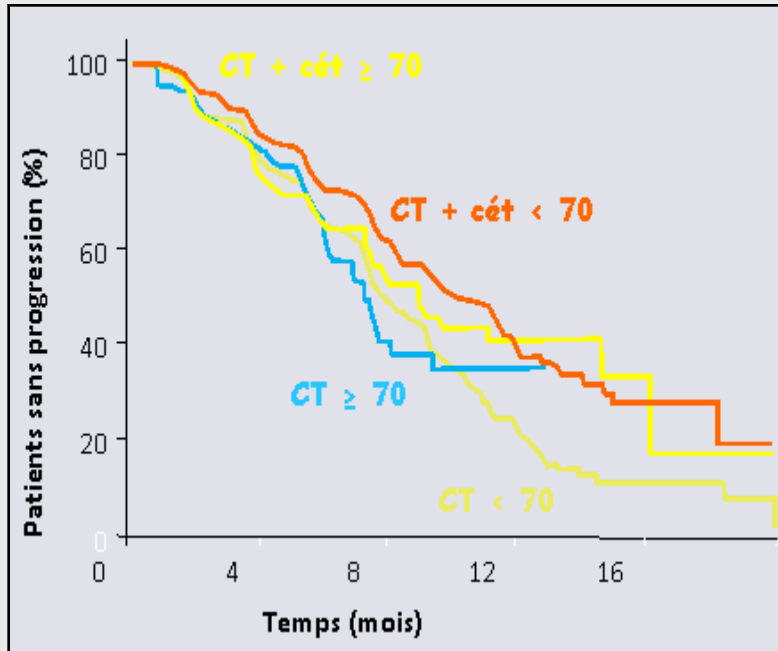
p=0,07 pour la survie sans progression

Résultats du cetuximab

Analyses groupées CRYSTAL et OPUS



Survie sans progression



	< 70 ans		>70 ans	
	CT (n = 380)	CT + cet (n = 320)	CT (n = 67)	CT + cet (n = 78)
SSP (IC ₉₅)	7,7 (7,4 – 8,9)	10,0 (9,0 – 11,5)	7,2 (6,0 – 9,3)	8,9 (7,2 – 16,1)
HR (IC ₉₅)	0,63 (0,51-0,78)		0,93 (0,56-1,53)	
p	<0,0001		0,78	

Tests d'interaction non significatifs pour l'âge concernant la réponse, la SSP et la SG

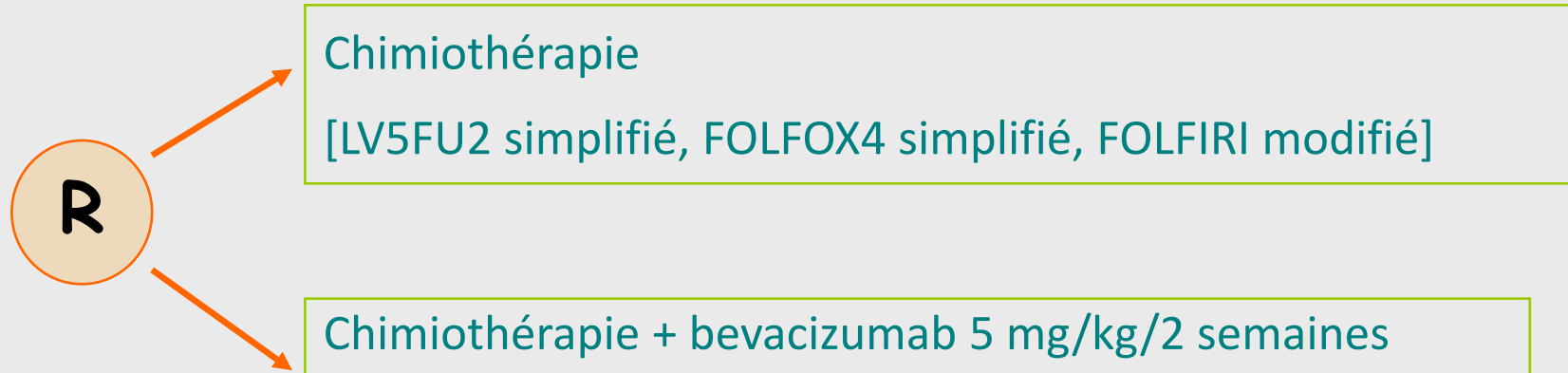
L'Avastin + chimiothérapie : efficace et bien toléré chez le patient âgé

- Les PFS et les toxicités sont similaires en 1^{ère} et 2^{nde} ligne quelque soit l'âge et quelque soit la chimio (étude observationnelle ARIES)

Outcome	1 ^{er} -ligne patients			2 ^{ème} -ligne patients		
	>70 a (n=1126)	70-79 a (n=311)	≥ 80 a (n=113)	<70 a (n=336)	70-79 a (n=106)	≥ 80 a (n=40)
Patient avec un évènement de progression (%)	1000 (88.8)	284 (91.3)	105 (92.9)	311 (92.6)	103 (97.2)	35 (87.5)
Mediane PFS, mois	10.3	10.1	9.4	7.9	8.0	6.7
Décès (%)	735 (65.3)	227 (73.0)	93 (82.3)	261 (77.7)	87 (82.1)	34 (85.0)
Médiane SG, mois	25.1	20.8	18.5	18.6	17.5	14.9
Grade 3-5 saignement à tout moment	27 (2.4)	14 (4.5)	6 (5.3)	4 (1.2)	2 (1.2)	2 (5.0)
ETA à tout moment (%)	19 (1.7)	13 (4.2)	3 (2.7)	4 (1.2)	1(0.9)	3 (7.5)
ETV à tout moment (%)	84 (7.5)	21 (6.8)	6 (5.3)	22 (6.5)	5 (4.7)	1 (2.5)



Essai de phase II randomisée, n=48/102 patients

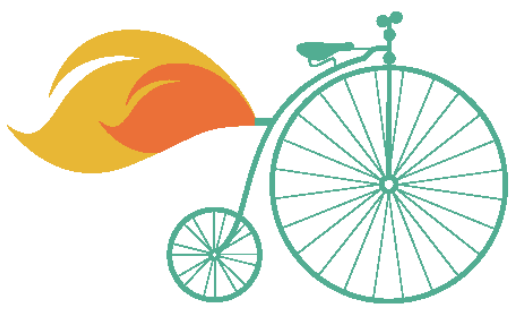


Critère de jugement composite efficacité/tolérance à 4 mois

- **Critère d'efficacité** : réponse objective ou stabilité tumorale (critères RECIST) et absence de détérioration du score Spitzer QoL Index ≥ 2 points à 4 mois, comparativement au score à l'inclusion
- **Critère de tolérance** : absence d'hospitalisation non liée à l'administration de la chimiothérapie



épo-g  **gèmes journées nationales**
 Échange de Pratiques en Onco-Gériatrie **Innovations et onco-gériatrie**
 à Paris DU 19 AU 21 SEPTEMBRE 2013
www.journees-epog.fr



SoFOG 
 SOCIÉTÉ FRANCOPHONE
 D'ONCO-GÉRIATRIE

LES FONDATEURS
 E. Carola - Oncologue
 H. Curé - Oncologue
 L. Teillet - Gériatre

COMITÉ D'ORGANISATION
 en cours de constitution

Thomas Aparicio - Gastroentérologue, Bobigny
Elisabeth Carola - Oncologue, Suresnes
Hervé Curé - Oncologue, Reims
Elena Pallaud - Gériatre, Créteil
Laurent Teillet - Gériatre, Paris

m&o 
 marketing & organisation

DENSEIGNEMENTS M.O. Organisation
 21 rue de la Varenne - 63122 Ceyrat
 Tél. +33 (0)4 73 61 51 88 - Fax +33 (0)4 73 61 51 39
 contact@agence-mo.com • www.agence-mo.com


SIOG Société Internationale
 d'OncoGéatrie
www.sio.org


SoFOG
 SOCIÉTÉ
 FRANCOPHONE
 D'ONCO-GÉRIATRIE
www.sofo.org

BULLETIN D'ADHÉSION CONJOINT AUX DEUX SOCIÉTÉS

Je, soussigné(e), souhaite devenir membre des deux sociétés :

Titre (Prof., Dr.,) _____

Nom _____

Prénom _____

Institution _____

Service _____

Adresse _____

Code postal _____ Ville _____

Tel. _____ Fax _____

Email _____

Le montant global de la cotisation est de 30€ par année (sofos - du 1^{er} sept au 31 août sios ; du 1^{er} janvier au 31 décembre). Cette cotisation donne droit à des tarifs préférentiels pour les congrès annuels respectifs du SoFOG et de la SIOG et vous permet d'accéder à l'espace-membres du site internet de SIOG www.sio.org (avec le login qui vous sera demandé par SIOG).

REMARQUE
 1) Le congrès annuel de SIOS se déroule lieu en octobre ou en novembre. La cotisation donne droit au tarif préférentiel du congrès qui suit juste la fin de la période de cotisation SoFOG. 2) Cette adhésion ne donne pas accès à la revue officielle de SIOG : *Journal of Geriatric Oncology (JGO)*, ni à l'ensemble revue officielle de la société : *Global Review in Oncology/Hematology (GROH)*

Règlement par chèque à l'ordre de la SoFOG, adressé à :
 M&O Organisation - 21 Rue de la Varenne - 63122 Ceyrat - Tél. 04 73 61 51 88
 À réception de votre bulletin M&O Organisation vous adressera un reçu.

Date _____ Signature _____

Et vous pouvez devenir membre de SIOG avec 20€0 à JGO et GROH, veuillez contacter Mlle Corinne Piquet (SIOG Administrative Office) qui vous renseignera sur les modalités : cpiquet@geriatric.net ou sio.org/geriatric.net