

Prise en charge de la personne âgée en oncologie thoracique

Roland SCHOTT, Bertrand MENNECIER, Nathalie PRIM,
Élisabeth QUOIX



CENTRE PAUL STRAUSS
centre régional de lutte contre le cancer



*Les Hôpitaux
Universitaires
de STRASBOURG*

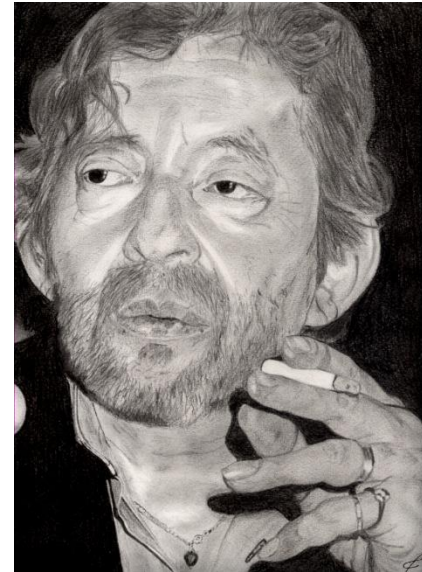
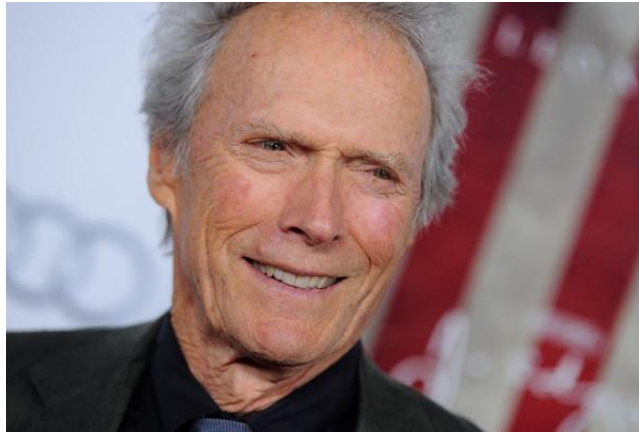
CONFLITS D'INTÉRÊTS : B Mennezier

- Prise en charge de congrès : Lilly, Roche, Pfizer Boehringer, Novartis, Pfizer, Astra Zeneca.
- Advisory boards et interventions dans des symposiums : Lilly, Astra Zeneca, Pfizer, Boehringer, Roche, Novartis, BMS, MSD.
- Recherche clinique : investigateur principal pour Amgen, Lilly, BMS, Novartis, MSD.



Premières difficultés

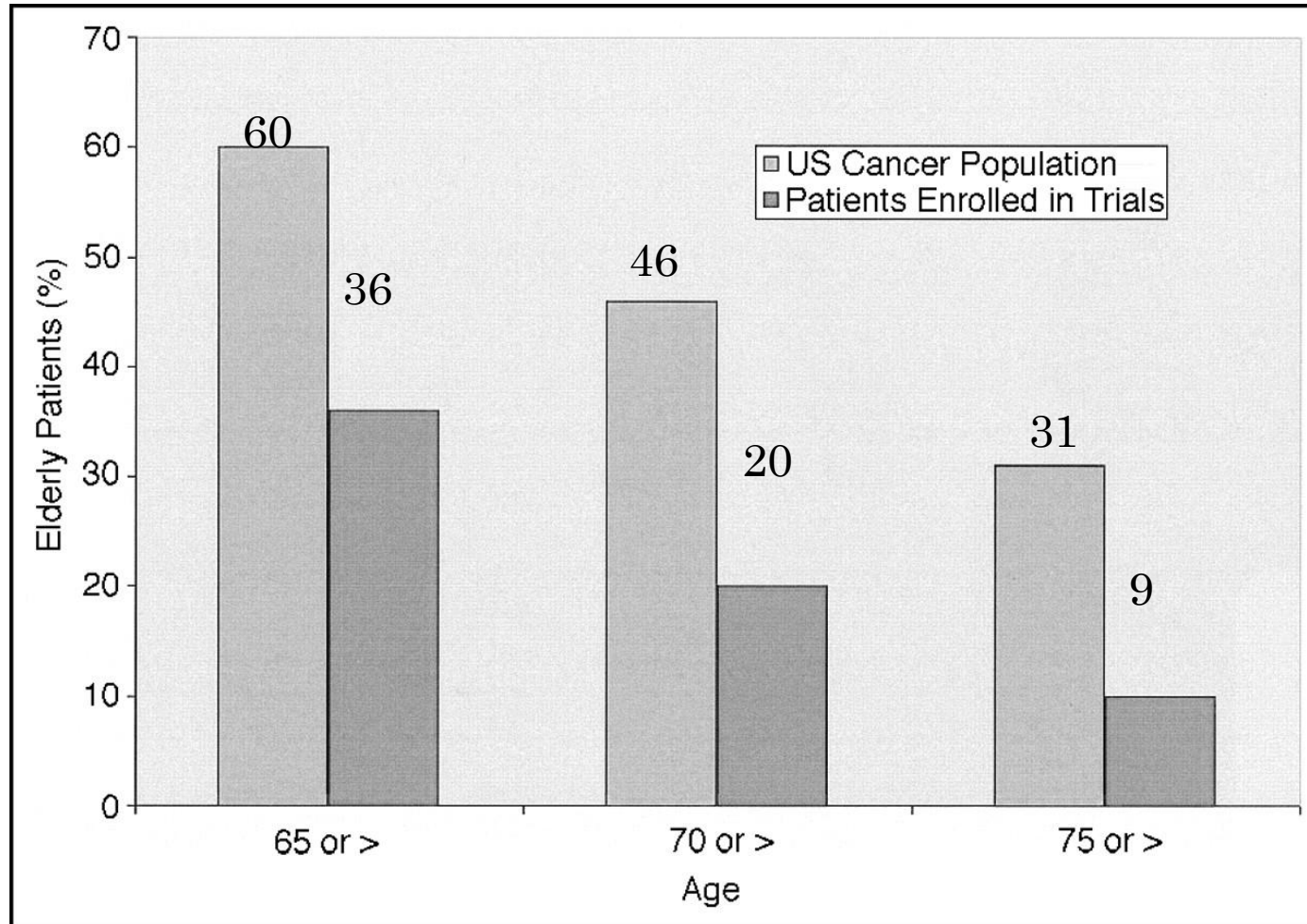
- définitions :
 - Études épidémiologiques : 65 ans
 - Essais thérapeutiques : 70 ans
- État-civil *versus* âge physiologique



Représentativité dans les essais ?

28,766 patients inscrits dans 55 essais d'enregistrement 1995-2002

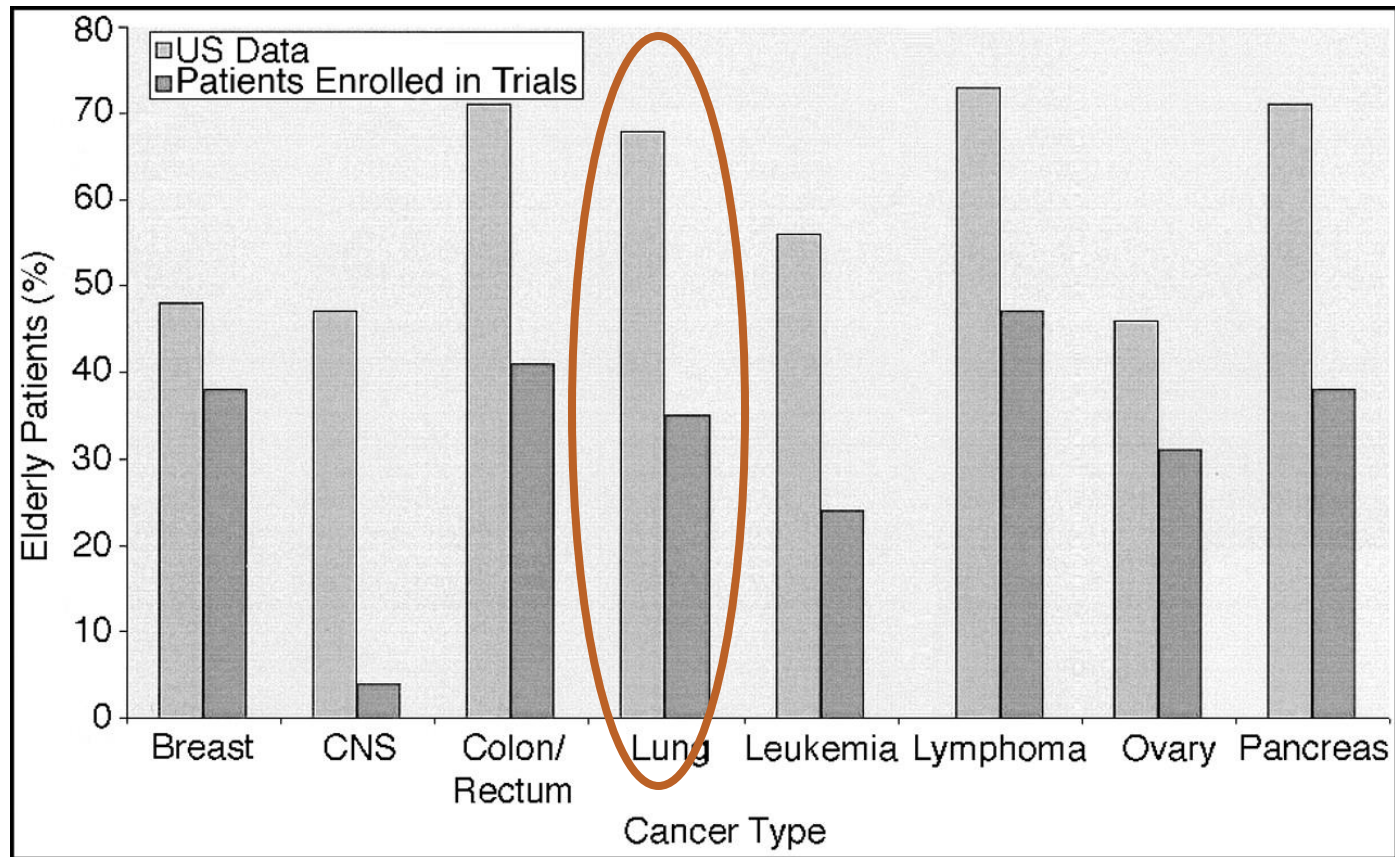
Talarico, L. et al. J Clin Oncol; 22:4626-4631 2004



Représentativité dans les essais ?

28,766 patients inscrits dans 55 essais d'enregistrement 1995-2002

Talarico, L. et al. J Clin Oncol; 22:4626-4631 2004



LES CONSÉQUENCES

- Difficultés à établir des recommandations pour le traitement des personnes âgées avec un cancer bronchique
- Sous-traitement fréquent



LES CONSÉQUENCES

- Difficultés à établir des recommandations pour le traitement des personnes âgées

➔ D' où un plus mauvais pronostic
supposé



PROBLÈMES SPÉCIFIQUES À LA PERSONNE ÂGÉE

- Modifications biologiques
- Comorbidités
- Polymédication



LE TRAITEMENT DES STADES IV CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES : Évolution des recommandations



LES ÉTUDES DE PHASE III NON SPÉCIFIQUEMENT DÉDIÉES

Author (year)	Total no of patients/ no patients >= 70 years	Treatment arms	Response rate < 70 years/>= 70 years	Median survival time <70 years/ >=70 years	1-year survival rate <70 years/>= 70 years
Langer (2002)	574/86	CDDP + VP16 vs CDDP + Pacli	21,5%/23,3%*	9.1* /8.5 months	38%*/29%
Lilenbaum (2005)	561/155	Carbo + pacli vs pacli	28%* / 36% 15%/21%	9* / 8 months 6.8/5.8 months	38%*/33% 35% / 31%
Belani (2005)	1218/401**	CDDP + Doc vs Carbo + doc vs CDDP + VNR		11.0 /12.6 months 9.7 / 9 months 10.1 / 9.9 months	44% / 52% 37% / 39% 41 / 41%
Ansari (2011)	1135/338	Carbo + Gem Pacli + Gem Carbo + Pacli	30.1%/28.2%/ 24.8%/24.4% ***	7.7 / 8.8 / 8.0 / 7.2 8.9 / 9.8 / 5.9 / 7.8 9.4 / 8.4 / 6.1 / 7.9§	
Blanchard (2011)	616/122	CDDP + VNR & Carbo + pacli	27% / 30%	9 vs 7 months (p = 0.04)	40% / 27%
Gridelli (2012)	1060/153	CDDP + Gem vs CDDP + Pem		0.83 (0.72-0.95) <70 0.85 (0.59-1.22) >70§§	

*global percent or median survival time for the two arms together

**401 patients aged >=65 years

***Response rate by categories of age, the three arms being combined :

<70 years, 70-74 years, 75-79 years, 80 and more

§ median survival by arm and age categories. No significant difference.

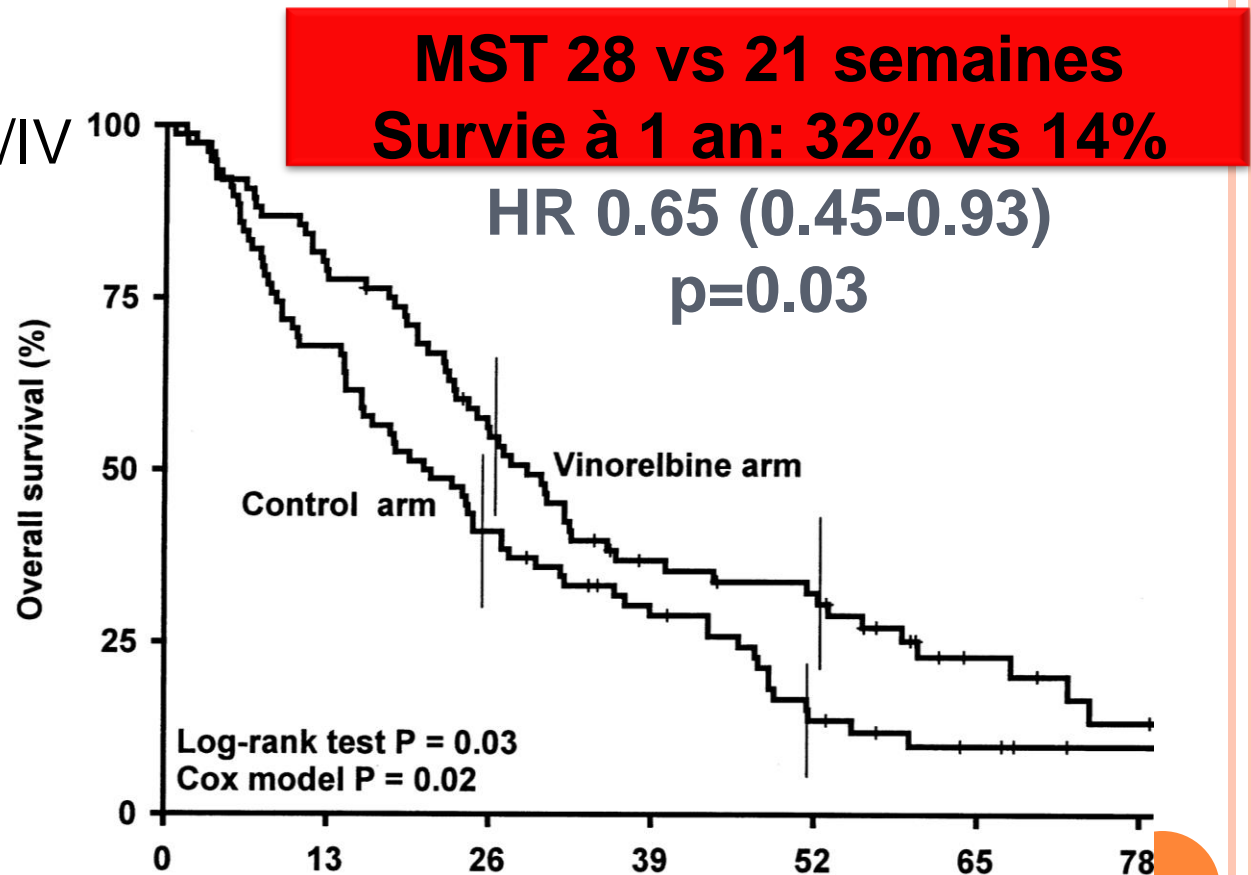
§ § RR CDDP+Pem vs CDDP + Gem

E. Quoix et al. Lung Cancer 2011; 74:364-8
C. Gridelli Clin Lung Cancer 2012



Essai ELVIS: Vinorelbine *versus* BSC

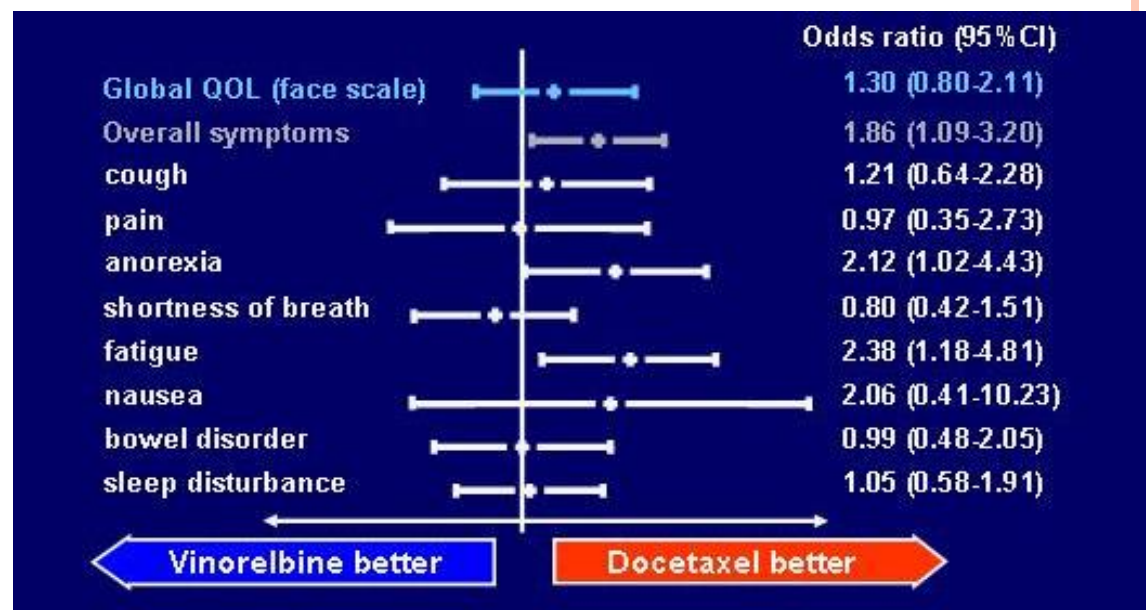
- 154 pts \geq 70 ans
- CBNPC stade IIIB/IV
- PS 0-2
- Vinorelbine
30 mg/m² J1-J8
/3 semaines
max 6 cycles



VINOURELBINE = SEUL STANDARD? ESSAI WJTOG 9904

- 182 pts \geq 70 ans
- CBNPC stade IIIB/IV
- PS 0-2
- Vinorelbine
25 mg/m² J1-J8
/3 semaines
- Docetaxel
60mg/m² J1 /3
semaines

	<i>TXT</i>	<i>VNR</i>	<i>p</i>
<i>RO (%)</i>	23	10	0.019
<i>PFS (mois)</i>	5.4	3.1	<0.001
<i>OS (mois)</i>	14.3	9.9	NS
<i>Survie à 1 an</i>	59%	37%	NS



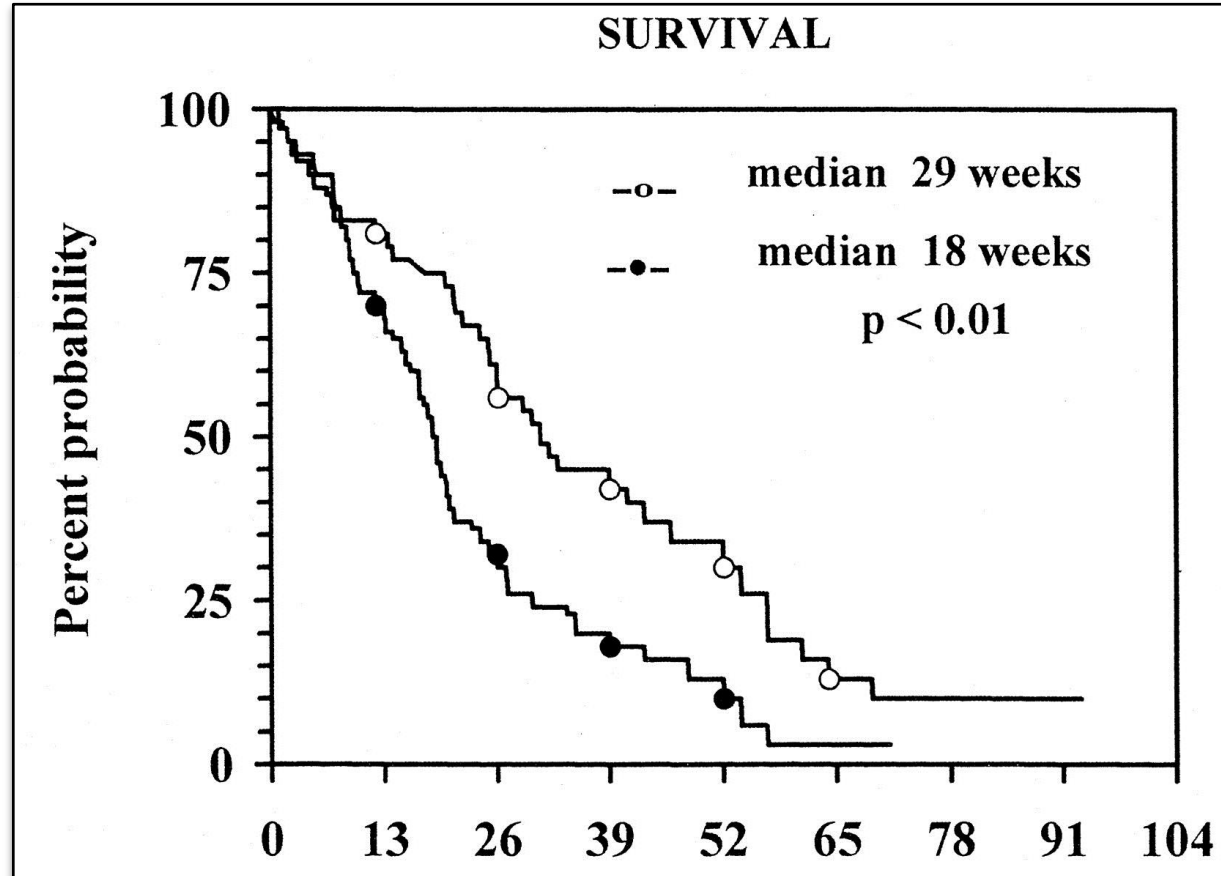
INTERET D'UNE BITHÉRAPIE SANS SEL DE PLATINE ?

	Traitement	n	Survie Mois	Survie à 1an (%)
Frasci	Gem+VNR	60	7	30
	VNR	60	4.5	13



GEMCITABINE-VINOURELBINE VS VINOURELBINE

N=120



BITHÉRAPIE SANS SEL DE PLATINE

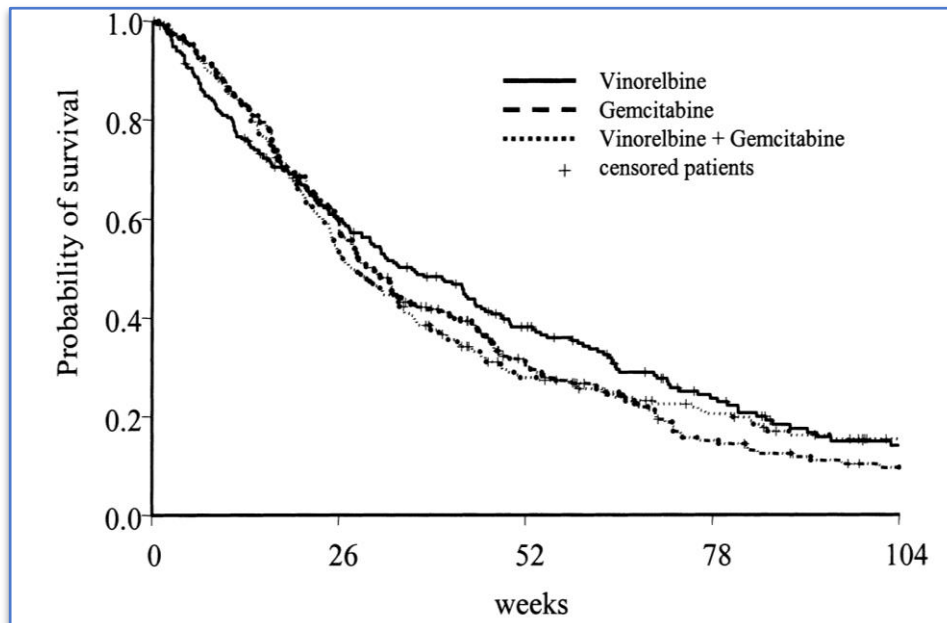
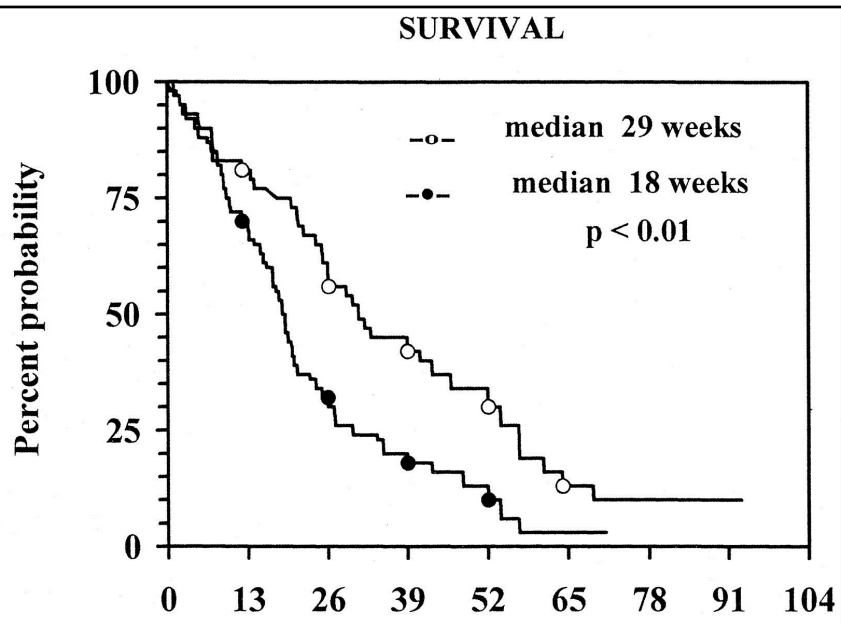
	Traitement	n	Survie Mois	Survie à 1an (%)
Frasci	Gem+VNR	60	7	30
	VNR	60	4.5	13
Gridelli	Gem+VNR	700	7.4	30
	Gem		6.5	28
	VNR		8.5	38



GEMCITABINE-VINOURELBINE VS VINOURELBINE

N=120

N=700



EORTC Elderly Task Force and Lung Cancer Group and International Society for Geriatric Oncology (SIOG) experts' opinion for the treatment of non-small-cell lung cancer in an elderly population

« Third-generation single-agent treatment is considered the standard of care for patients with advanced / metastatic disease »



INTERET DES DOUBLETS À BASE DE SELS DE PLATINE?

- Docetaxel vs carboplatine – docetaxel
- Interrompue après 1^{ère} analyse intermédiaire (63 patients inclus) en raison d' une supériorité de doublet dans le groupe des 70-74 ans

Tsukada H et al, J Clin Oncol 2007; 25:18s (abstract)



INTERET DES DOUBLETS À BASE DE SELS DE PLATINE?

- Docetaxel vs carboplatine – docetaxel
- Interrompue après 1^{ère} analyse intermédiaire (63 patients inclus) en raison d'une supériorité de doublet dans le groupe des 70-74 ans

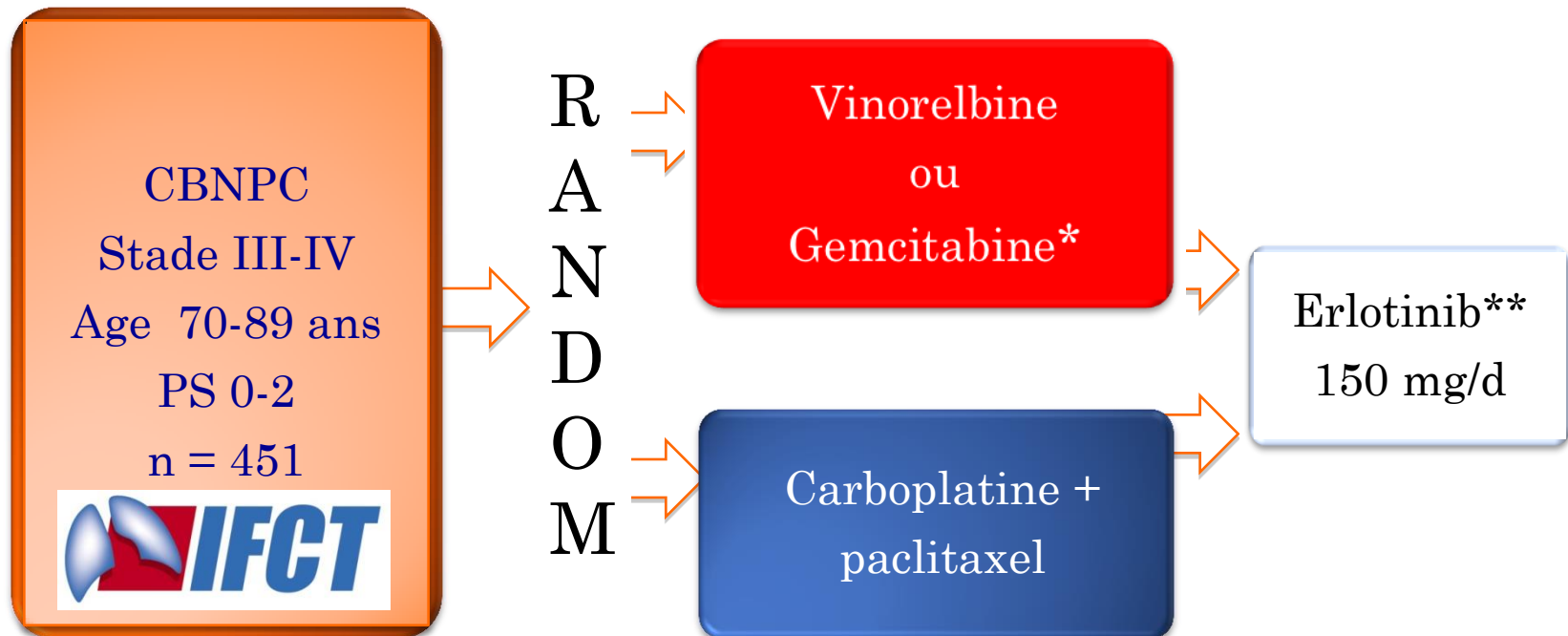
Tsukada H et al, J Clin Oncol 2007; 25:18s (abstract)

- Docetaxel vs cisplatine hebdomadaire – docetaxel
- Pas de différence

Abe T et al J Clin Oncol 2011;29(suppl.):7509



INTERET DES DOUBLETS À BASE DE SELS DE PLATINE?



Stratification par centre, PS 0-1 vs 2, âge ≤80 vs >80 et stade III vs IV

*Choix du centre au début de l'étude

** En cas de progression ou de toxicité excessive



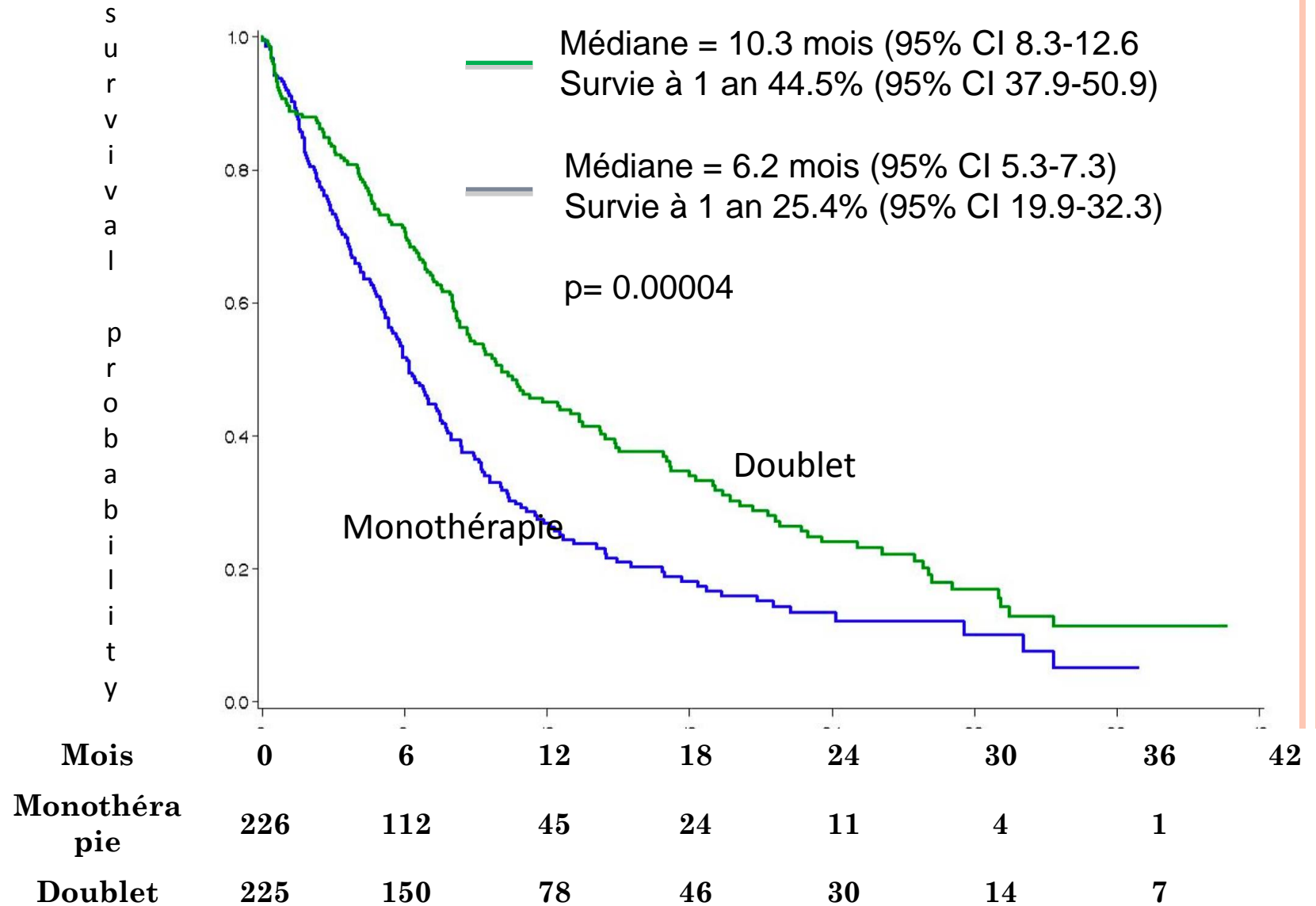
CARACTÉRISTIQUES DES 451 PATIENTS INCLUS D' AVRIL 2006 À DÉCEMBRE 2009

	Monothérapie (n= 226)			Doublet (n= 225)	p
	G (n = 164)	V (n = 62)	Tous		
Genre					0.27
Masculin	129 (78.7%)	43 (69.4%)	172 (76.1%)	161 (71.6%)	
Age médian	76.9	76.3	76.9	77.4	0.59
Extrêmes	70.1 - 88.8	70.1- 88.0	70.0 - 88.8	70.0 - 86.3	
PS					0.98
0-1	113 (70.1%)	50 (80.6%)	163 (72.4%)	164 (72.9%)	
2	49 (29.9%)	12 (19.4%)	61 (27%)	61 (27.1%)	
Stade					0.62
IIIA-B	35 (21.3%)	7 (11.3%)	42 (18.6%)	45 (20%)	
IV	129 (78.7%)	55 (88.7%)	184 (81.4%)	180 (80%)	
Histologie					0.91
Epidermoïde	54 (32.9%)	20 (32.3%)	74 (32.7%)	77 (34.2%)	
Adenocar.	85 (51.8%)	30 (48.4%)	115 (50.9%)	114 (50.7%)	
Autre	25 (15.2%)	12 (19.4%)	37 (16.4%)	34 (15.1%)	
Non fumeurs	33 (20.2%)	17 (27.4%)	50 (22.2%)	44 (19.6%)	0.49

	Monothérapie (n= 226)			Doublet (n= 225)	p
	G (n = 164)	V (n = 62)	All		
Mini Mental T					0.83
≤23	23	9 (14.5%)	32 (14.6%)	35 (15.8%)	
> 23	(15.8%)	53 (85.5%)	187 (85.4%)	187 (84.2%)	
MD	134 (84.2%)	1	7	3	
	6				
ADL score					0.65
6	124 (80%)	50 (83.6%)	174 (80.6%)	176 (79.3%)	
<6	31 (20%)	11 (16.4%)	42 (19.4%)	46	
MD	9	1	10	(20.7%)	
				3	
Index de Charlson					0.57
≤ 2	120 (79.5%)	43 (71.7%)	163 (77.3%)	161 (74.9%)	
> 2	31 (20.5%)	17 (28.3%)	48 (22.7%)	54 (25.1%)	
MD	13	2	15	10	
Amaigrissement					0.048
< 5%	58 (36.5%)	25 (41%)	83 (37.7%)	115 (51.3%)	
[5-10%]	57 (35.8%)	15 (24.6%)	72 (32.7%)	55 (24.6%)	
> 10%	44 (27.7%)	21 (34.4%)	65 (29.5%)	54 (24.1%)	
MD	5	1	6	1	
IMC					0.023
≤20	25 (15.2%)	11 (17.7%)	36 (15.9%)	16 (7.11%)	
]20 - 25]	87 (53.0%)	35 (56.5%)	122 (54.0%)	127 (56.4%)	
[26 – 30]	31 (18.9%)	12 (19.4%)	43 (19.0%)	56 (24.9%)	
>30	21 (12.8%)	4 (6.45%)	25 (11.1%)	26 (11.6%)	



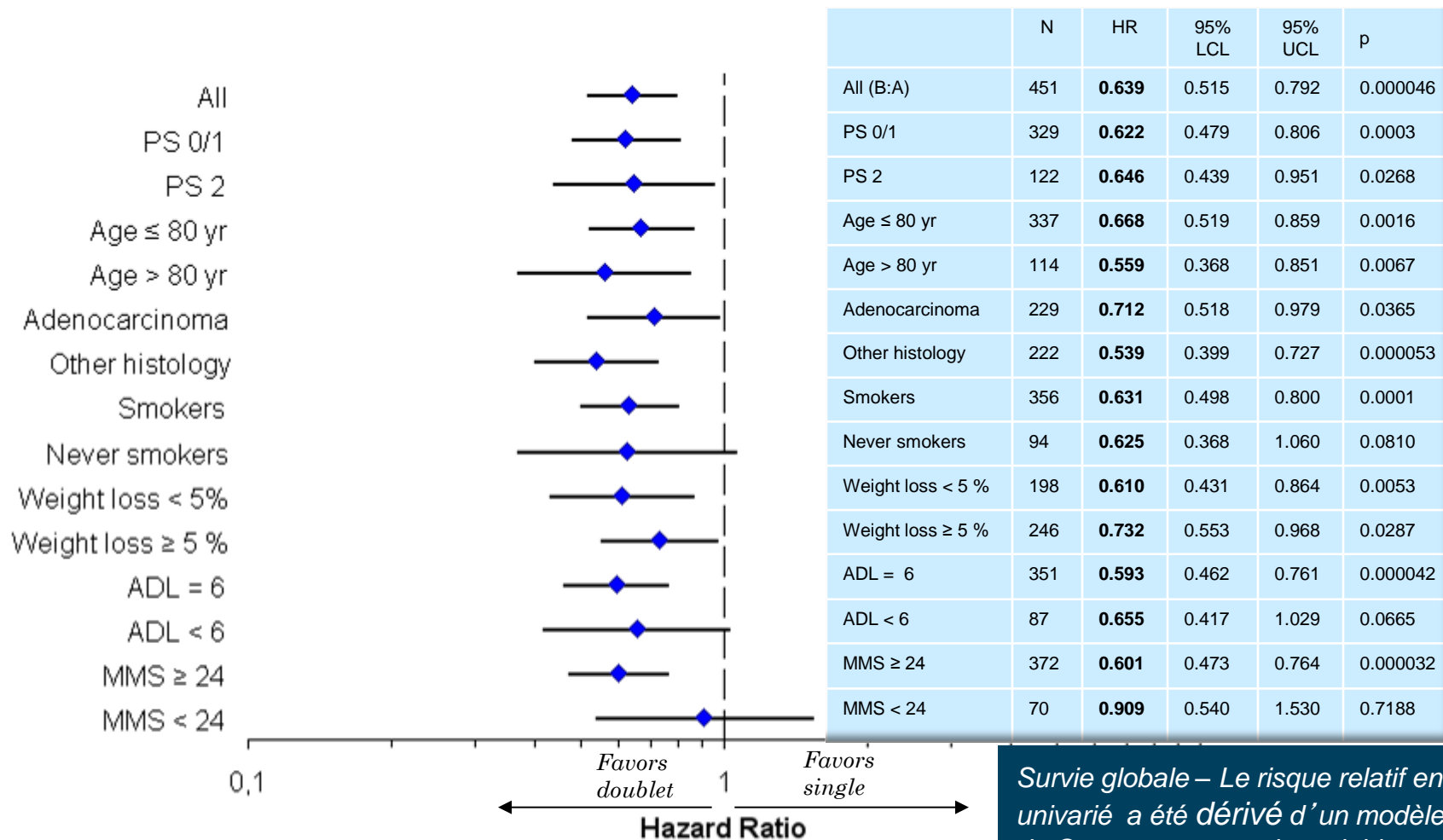
Survie globale (ITT)



ANALYSE MULTIVARIÉE DE LA SURVIE SELON LE MODÈLE DE COX N=430 (patients sans données manquantes)

Variables	Risque relatif [95% CI]	p
Bras B A	0.62 [0.51-0.77] 1	<0.0001
PS 0-1 2	0.580 [0.46-0.74] 1	<0.0001
Antécédents tabagiques Non Oui	0.68 [0.51-0.90] 1	0.007
Histologie ADC Epidermoïde et autre	0.79 [0.63-0.98] 1	0.029
ADL 6 <6	0.67 [0.51-0.87] 1	0.003
Amaigrissement ≤ 5% > 5%	0.5 [0.56-0.88] 1	0.002

ANALYSE EXPLORATOIRE PAR SOUS-GROUPES



Survie globale – Le risque relatif en univarié a été dérivé d'un modèle de Cox avec une seule variable covariable thérapeutique

Metastatic non-small-cell lung cancer (NSCLC): ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up[†]

« Platinum-based chemotherapy is the preferred option for elderly patients with PS 0-1 (as well as selected PS 2) and adequate organ function, while a single-agent approach might remain the recommended treatment of elderly unfit or comorbid patients, who are more likely to present with more treatment-related adverse events. »



Toute la question est :

○ Patient « fit » ??

○ Patient « unfit » ??



- **Prise en charge de congrès : Roche, Hospira, Sandoz, Lilly**
- **Advisory boards et interventions dans des symposiums : Roche**
- **Recherche clinique : investigateur principal pour Roche, Lilly, AB science, Merck Serono**

FIT OU UNFIT ? APTE OU INAPTE ?



LE PERFORMANCE STATUS

- Très bon facteur pronostique de survie dans le CBNPC
- Insuffisant pour prédire le devenir des patients sous traitement en termes de contrôle des signes fonctionnels, de tolérance au traitement, et de gain de qualité de vie.
- Pas de relation entre l'évaluation par le PS et l'index des comorbidités de Charlson
- PS est corrélé à l'évaluation nutritionnelle, aux activités physiques de la vie quotidienne (ADL) ou aux activités instrumentales de la vie quotidienne (IADL).

Le PS est insuffisant car trop global pour le sujet âgé

Repetto L, Eur J Cancer. 2003, Maione P., J Clin Oncol. 2005 , Extermann M. J Clin Oncol 1998 Dujon C, Rev Mal Respir. 2006



RECUEIL DES COMORBIDITES

Doit aider le clinicien à répondre aux deux questions:

- *Le patient décèdera-t-il de son cancer ou d'une pathologie associée?*
- *Est-ce qu'une pathologie concomitante au cancer va limiter la tolérance au traitement anticancéreux ?*

25 à 60% des patients porteurs d'un CBNPC dans une population non sélectionnée ont un index de Charlson ≥ 3 (*Colinet, BJC 2005*).

Elles sont le plus souvent reliées au tabagisme : BPCO, HTA, Insuffisance coronarienne, AOMI, AVC...

Ont un impact délétère sur la survie (Read JCO 2004, Asmis JCO 2008)



RECUEIL DES COMORBIDITES

- Plusieurs études dans le CBNPC ne retrouvent pas de corrélation entre le nombre de comorbidités et la survie (*Janssen-heijinen Thorax 2004, IFCT 05-01, Girones lung cancer 2011*)
 - Groupe de patients trop homogènes
 - Echelles (charlson) insuffisamment adaptées à la population atteinte de cancer bronchique
- L'impact des comorbidités sur la décision thérapeutique doit être mis en balance avec le pronostic intrinsèque de la tumeur
- La plupart des patients atteints de cancer bronchique décèdent de leur cancer et non pas de l'une ou l'autre de leur comorbidités
- Toutes les comorbidités n'ont pas la même influence sur la toxicité des traitements: cf diabète/ paclitaxel/neuropathie



COMPREHENSIVE GERIATRIC ASSESSMENT (CGA) OU EVALUATION GÉRIATRIQUE STANDARDISÉE (EGS)

Définie en 1988 par le *National Institutes of Health Consensus Conference on Geriatric Assessment (Methods for Clinical Decision-making (Solomon 1988))*

« évaluation multidisciplinaire, standardisée permettant d'apprécier l'ensemble des atteintes fonctionnelles, psycho cognitives et socio environnementales caractérisant la personne âgée et permettant une prise en charge optimale, adaptée et spécifique à cette population »

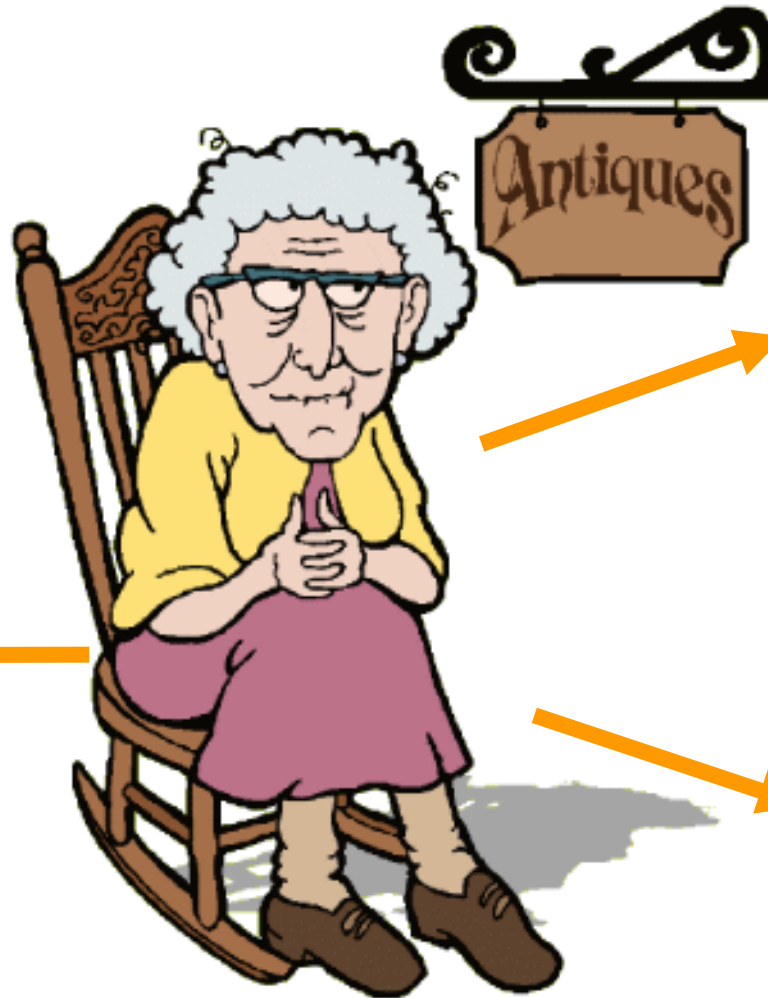
BUTS

- Apprécier la globalité du patient
- Meilleure adéquation patient/traitement (diminuer toxicité de la chimio)
- Dégager des facteurs prédictifs de perte d'autonomie
- Mesures préventives
- Amélioration du statut fonctionnel et des fonction cognitives (+72%)
- réduction de la mortalité, du départ en institution, des réhospitalisations, des coûts

Stuck AE *Lancet* 2004; 364:1641-42, Stuck AE *Lancet* 1999; 342:1032-6



COMPREHENSIVE GERIATRIC ASSESSMENT (CGA) DE BALDUCCI



Paramètres
sociaux

Capacités
fonctionnelles

Etat physique
psychique



PRINCIPAUX OUTILS DE L'ÉVALUATION GÉRIATRIQUE STANDARDISÉE

Domaines évalués	Principaux outils
Statut fonctionnel	ECOG-PS ADL (échelle de Katz) IADL (échelle de lawton) IADL (échelle OARS)
Co-morbidités	CIRG-S, index de Charlson, index de Satariano
Médicaments	Nombre de médicaments, interactions médicamenteuses
Cognition	MMSE, BOMC, Test de l'horloge
Dépression	GDS, HADS
Nutrition	BMI, MNA, PINI, Buzby
Syndrome gériatrique	Démence, chutes à répétition, incontinence
Mobilité	Timed Up and Go test, Test de Tinetti



Use of Geriatric Assessment for Older Adults in the Oncology Setting: A Systematic Review

M. T. E. Puts, J. Hardt, J. Monette, V. Girre, E. Springall, S. M. H. Alibhai

J Natl Cancer Inst 2012;104:1133–1163

73 études entre jan 1996 et nov 2010 rapportant des données concernant l'utilisation de l'EGS chez des patients porteurs de cancer

- Dans 6 études sur 9: association entre les résultats de l'EGS et la survenue d'une toxicité de la chimiothérapie
- Dans 8 études sur 16 il existe une association entre l'EGS et la mortalité
- Dans 2 études sur 4 l'EGS engendre une modification du traitement chez 40 à 50% des patients

An update on a systematic review of the use of geriatric assessment for older adults in oncology

M. T. E. Puts^{1*}, B. Santos¹, J. Hardt¹, J. Monette², V. Girre³, E. G. Atenafu⁴, E. Springall⁵ &

34 études entre nov 2010 et août 2012

Annals of Oncology 25: 307–315, 2014

Conclusion plusieurs domaines de l'EGS sont associés à un devenir moins favorable sous traitement

Cependant, de nouvelles recherches évaluant la capacité de l'EGS à modifier efficacement la décision thérapeutique et le devenir oncologique des patients sont nécessaires

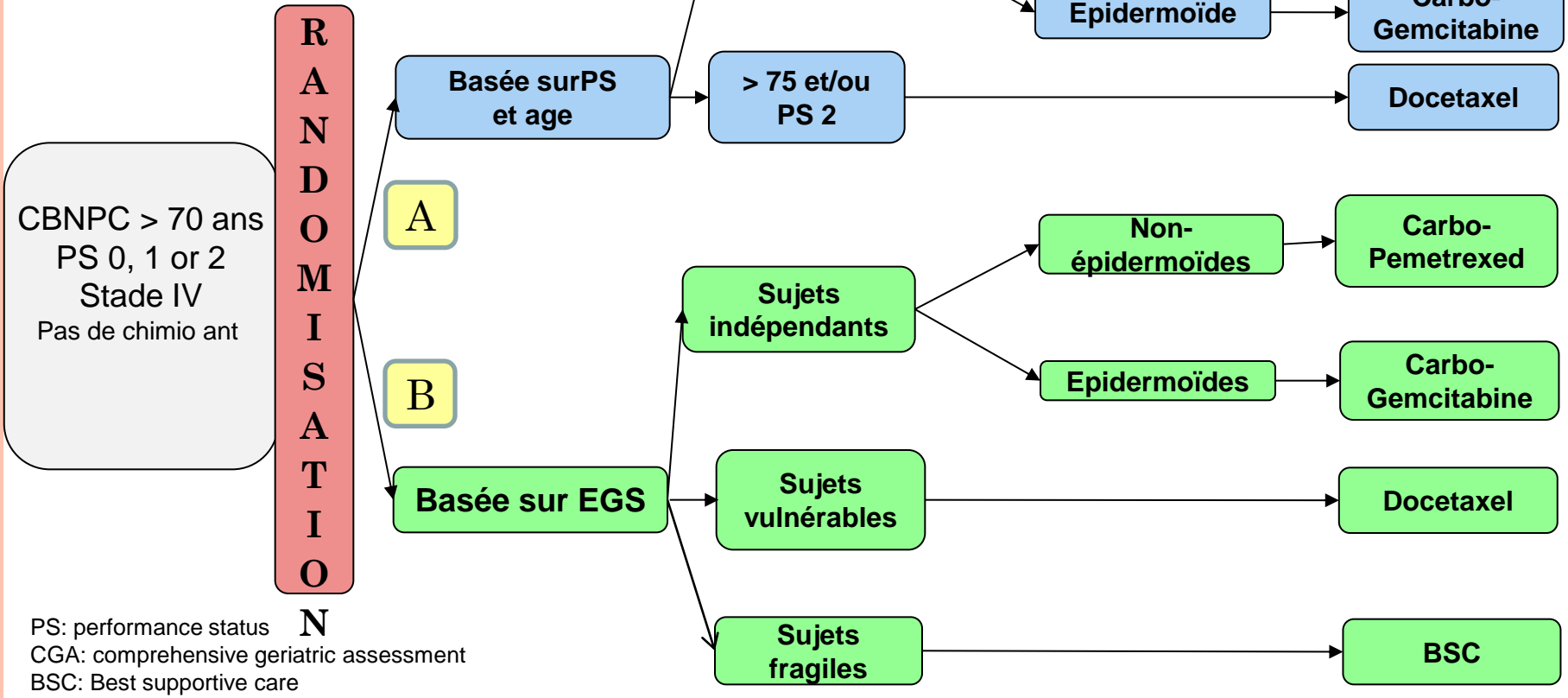
3 POPULATIONS DE PATIENTS SELON LA DÉFINITION DE BALDUCCI

SUJETS INDEPENDANTS	SUJETS VULNERABLES	SUJETS FRAGILES
IADL = 0	IADL = 1	IADL >1
ADL = 0	ADL = 0	ADL > ou égal à 1
SYNDROMES GERIATRIQUES= 0	SYNDROMES GERIATRIQUES= 0	SYNDROMES GERIATRIQUES= 1 ou plus
COMORBIDITES FAIBLES	COMORBIDITES MODEREES	COMORBIDITES SEVERES

↓	↓	↓
Traitement standard Bithérapie avec CBDCA	Traitement adapté Monothérapie	BSC



DESIGN ESOGIA



PS: performance status
CGA: comprehensive geriatric assessment
BSC: Best supportive care

Objectif principal: Treatment failure-free survival (TFFS) (progression, ou décès quelque soit la cause, sortie pour toxicité considérée inacceptable ou retrait du consentement)

Objectifs secondaires: ORR, toxicités, OS, QoL, survie ajustée à la QoL

Plan statistique: 490 patients (hazard ratio of 1.30, puissance de 80%, risque α à 5%, 5% de patients perdus de vue)



DEFINITIONS GERIATRIQUES

PARAMETRES GERIATRIQUES	Indépendants Si tous les critères +	vulnérables si ≥ 1 critère +	Fragiles si ≥ 1 critères +
ADL	6	6	≤5
IADL	0	1	≥2
Gognition Schultz-Larsen mini-MMSE Folstein's MMSE ≤23	≥9	>23	≤23
Chutes répétées	Non	Non	Oui
incontinence urinaire ou fécale	Non	Non	Oui
Charlson's comorbidity index score	bas	Modéré	Sévère
Score de depression GDS 5	0-1	2-3	4-5

494 patients inclus entre Jan 2010 and Jan 2013 par 45 centres français et espagnols
 21 patients exclus en raison du non-respect des critères d'inclusion et d'exclusion
 Data cut-off: 03/06/2013



CARACTERISTIQUES DES PATIENTS

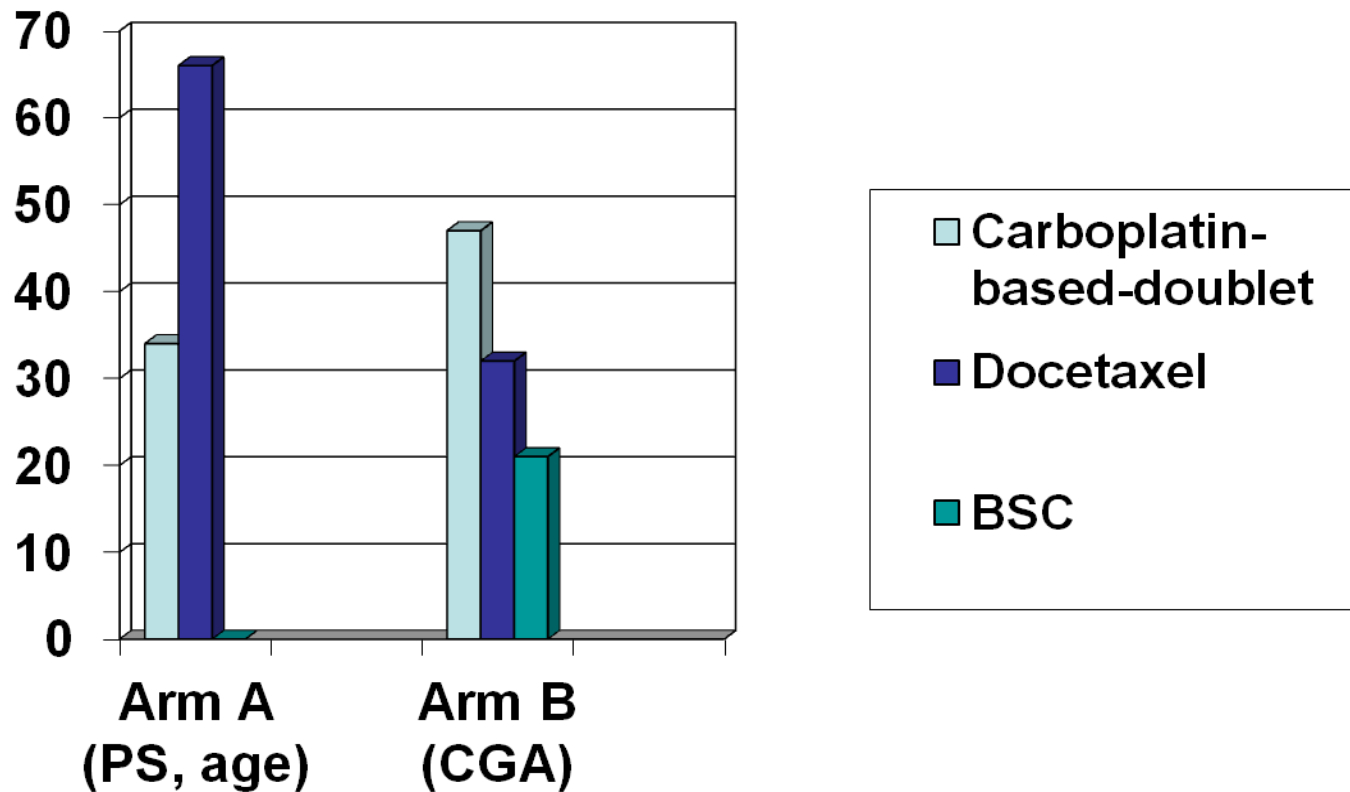
GENERALES	Bras A (PS, Age) N=241	Bras B (EGS) N=232	p
Age médian	76 [70-91]	77 [70-87]	0.33
Sexe masculin	74.2%	74.4%	0.94
Histologie			
Non-épidermoïdes	73,9%	70,7%	0.65
Epidermoïdes	27.0%	29.3%	
Non fumeurs	21.5%	19.9%	0.93
ECOG PS 0-1/2	80.4/18.6%	81.0/19.0%	0.59
GERIATRIQUES			
MMSE score ≤ 23	16.2%	13.4%	0.39
ADL score 6/ ≤ 5	82.3/17.7%	89.3/10.7%	0.026
IADL score 0/1/ ≥ 2	72.2/16.1/11.7%	71.1/20.2/8.7%	0.48
Charlson 0/1/ ≥ 2	38.7/38.3/23%	48.7/27.3/27.0%	0.019
GDS5 0-1/2-3/4-5	85.9/11.5/1.6%	83.4/12.0/4.6%	0.19
BMI ≤ 20	16.5%	14.1%	0.44



TRAITEMENTS ADMINISTRES

Chimiothérapies : maximum de 4 cycles toutes les 4 semaines

- Doublet à base de Carboplatine:
 - non-épidermoïdes: carboplatine (AUC5,J1) +pemetrexed (500 mg/m²,J1)
 - épidermoïdes: carboplatine (AUC5,J1) + gemcitabine (1000 mg/m², J1-8)
- Monothérapie: Docetaxel 38 mg/m² (d1-8)



63% des patients bras standard (PS, âge) ont reçu les 4 cycles prévus vs 67% dans le bras expérimental (MSS non inclus), pas de différence significative.

TOXICITIES

	Bras A (PS, Age) N=241			Bras B (EGS) N=232				p
El tous grades	224 (92.95%)			200 (86.21%)				0.016
El grade≥3	172 (71.3%)			158 (68.1%)				0.439
El hématos Gr 3-4	tous n=241	Carbo-based doublet n=83	Doc n=158	All n=232	Carbo-based doublet n=109	Doc n=73	BSC n=50	
Neutropenie	25 (10.4%)	12(14.4%)	13 (8.23%)	30 (12.9%)	26 (23.8%)	4 (5.5%)	0	0.386
Neutropenie fébrile	14 (5.8%)	10 (12.0%)	4 (2.53%)	7 (3.02%)	6 (5.5%)	1 (1.4%)	0	0.141
Anemie	27 (11.2%)	17(20.5%)	10 (16.1%)	25 (10.8%)	18 (16.5%)	4 (.5%)	3 (6%)	0.882
Thrombopenie	9 (3.7%)	7(8.4%)	2 (1.27%)	18 (7.8%)	18 (16.5%)	0 (0%)	0	0.059

Pas de différence statistiquement significative entre les deux bras concernant les EI non-hématologiques de Gr 3-4 Gr 3-4 AE (% BrasA /%BrasB)

asthénie (10.4/14.2)
AEG (9.5/8.6)
anorexie (3.7/6.5)
nausée/vomissement (3.3/5.2)
neuropathie (1.2/0)



CAUSES D'ECHECS DE TRAITEMENT

	Bras A (PS, Age) n=241	Bras B (EGS) n=232	p
Progression	150 (66.08%)	156 (71.23%)	0,0970
Toxicité	27 (11.89%)	10 (4.57%)	0,0053*
Retrait du consentement	9 (3.96%)	7 (3.2%)	ns
Décès	30 (13.22%)	30 (13.70%)	ns
Décision de l'investigateur	9 (3.96%)	13 (5.94%)	ns
Maladie intercurrente	2 (0.88%)	3 (1.37%)	ns
Données manquantes	14	13	ns

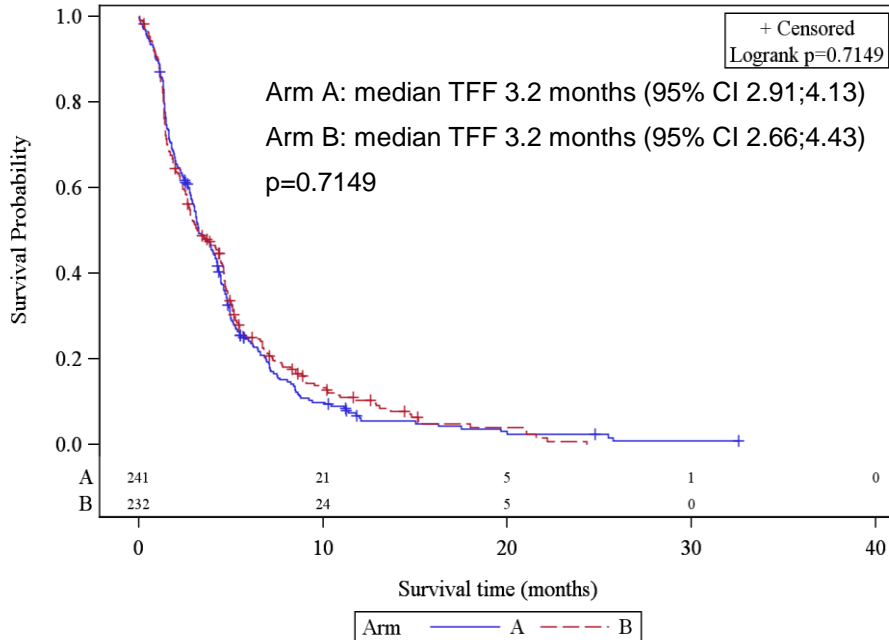
*: reste significativement différent quand les patients traités par les MSS dans le bras expérimental ne sont pas inclus dans l'analyse (11.2% bras A vs 5.49% bras B, p= 0,0396)



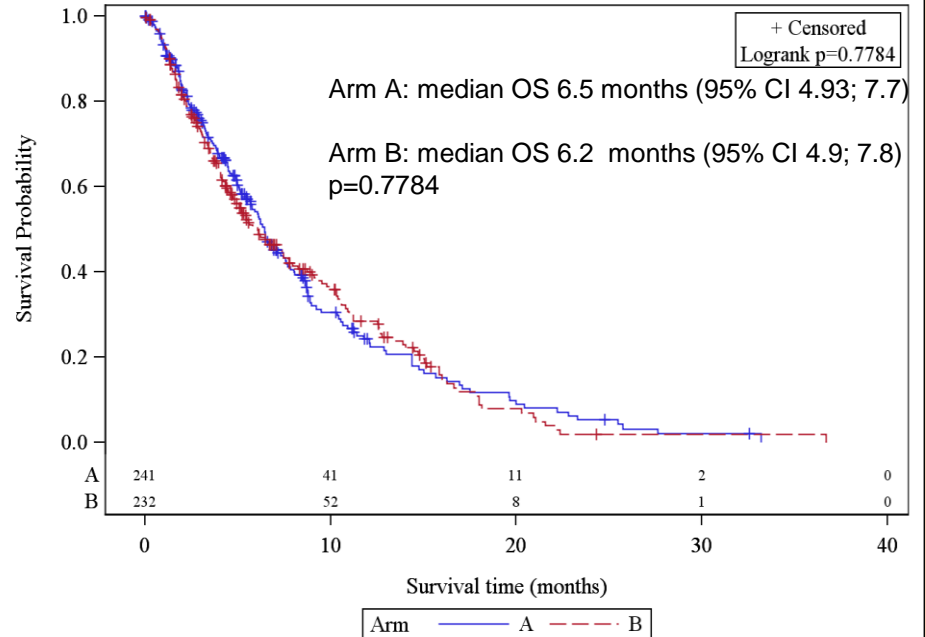
TREATMENT FAILURE FREE SURVIVAL (ITT)

SURVIE GLOBALE(ITT)

Product-Limit Survival Estimates
With Number of Subjects at Risk



Product-Limit Survival Estimates
With Number of Subjects at Risk



QUELS RESULTATS DANS LE BRAS EXPERIMENTAL?

Bras B (EGS) n=232				
	C-pem N=84 (36%)	C-Gem N=25 (11%)	Doc N=73 (32%)	BSC N=50 (21%)
mTFFS (mois)	4.9	4.8	2.7	1.3
mOS (mois)	10.2	8.4	4.9	2.9

	ESOGIA Doublet carbo N=109	IFCT 05-01 Carbo-Paclitaxel N=225	ESOGIA Docetaxel N=73	ELVIS Vin N=74	IFCT 05-01 Gem ou Nav N=226	ESOGIA Bras B MSS N=50	ELVIS Bras MSS N=75
mOS mois	9,93	10,3	4.9	6.5	6.1	2.9	4,9



ANALYSE MULTIVARIEE DU TFFS (COX MODEL)

N=473

STEPWISE VARIABLE SELECTION PROCEDURE, ENTRY LEVEL=0.20, STAY LEVEL=0.05

VARIABLES	HR [IC95%]	p
BMI (kg/m²)]20-25] ≤20	1 2.63 [1.64 ; 4.21]	<0.0001
Statut tabagique Non fumeur Ancien fumeur Fumeur actuel	1 2.69 [1.56 ; 4.64] 2.27 [1.50 ; 3.44]	0.0002
Nombre de cycles de chimios reçus ≤3 4	1 0.21 [0.15 ; 0.29]	<0.0001
ADL score 6 ≤5	1 2.13 [1.12 ; 4.05]	0.0207
Index de Charlson 0 1 ≥2	1 0.92 [0.65 ; 1.31] 1.71 [1.12 ; 2.62]	0.0026
GDS 5 score 0-1 2-3 4-5	1 0.36 [0.20 ; 0.68] 2.43 [0.58 ; 10.22]	0.0026



CONCLUSION ESOGIA

- Première étude de phase III évaluant prospectivement l'intégration des données oncogériatriques dans la décision thérapeutique et l'attribution des traitements
- L'évaluation gériatrique est faisable à large échelle
- L'utilisation de cette évaluation gériatrique ne permet pas d'augmenter le temps jusqu'à échec des patients âgés porteurs d'un CBNPC de stade IV.



CONCLUSION ESOGIA

- Mais
 - 21% des patients du bras expérimental ont reçu des soins de support sans différence entre les deux groupes de patients
 - Il y a significativement moins de sortie d'étude dans le bras EGS pour toxicité alors que d'avantage de patients sont traités par un doublet
- **L'évaluation gériatrique permet d'identifier un sous-groupe de patients dont le pronostique spontané est particulièrement sombre. L'intérêt d'une chimiothérapie chez ces patients est à démontrer**



CONCLUSION

- L'âge et le PS constitue des facteurs pronostiques clairement établis dans les CBNPC de stade 4
- Le choix d'un traitement adapté dépend plus d'une évaluation physique, cognitive, sociale, psychique, des comorbidités et des traitements médicamenteux
- L'EGS permet de prendre en compte ces paramètres et de définir des groupes de patients indépendants, vulnérables ou fragiles et de proposer des chimiothérapies adaptées
- Des évaluations gériatriques simplifiées sont nécessaires pour un « dépistage » plus rapide

