



CANCER DU SEIN  
DE LA FEMME ÂGÉE  
FRAGILITÉ  
ACTUALITÉS



[www.sofog.org](http://www.sofog.org)

**11** ÈMES JOURNÉES  
NATIONALES **SoFOG**  
7, 8, & 9 OCTOBRE 2015  
TOULOUSE



SOCIÉTÉ FRANCOPHONE  
D'ONCO-GÉRIATRIE

# Quoi de neuf en oncogériatrie ?

Etienne Brain Oncologue, St Cloud

**Philippe Caillet Gériatre, Paris**



# Quoi de neuf en 2014/2015

**Dr Etienne Brain**  
**Oncologie Médicale**



**Hôpital René Huguenin / Institut Curie**  
**Saint-Cloud, France**  
*etienne.brain@curie.fr*



**Merci Loïc !!!**

# Weekly docetaxel versus CMF as adjuvant chemotherapy for older women with early breast cancer: final results of the randomized phase III ELDA trial

F. Perrone<sup>1\*</sup>, F. Nuzzo<sup>1</sup>, F. Di Rella<sup>1</sup>, A. Gravina<sup>1</sup>, G. Iodice<sup>1</sup>, V. Labonia<sup>1</sup>, G. Landi<sup>1</sup>, C. Pacilio<sup>1</sup>, E. Rossi<sup>1,†</sup>, M. De Laurentiis<sup>1</sup>, M. D’Aiuto<sup>1</sup>, G. Botti<sup>1</sup>, V. Forestieri<sup>2</sup>, R. Lauria<sup>2</sup>, S. De Placido<sup>2</sup>, V. Tinessa<sup>3</sup>, B. Daniele<sup>3</sup>, S. Gori<sup>4,‡</sup>, G. Colantuoni<sup>5</sup>, S. Barni<sup>6</sup>, F. Riccardi<sup>7</sup>, E. De Maio<sup>1,§</sup>, A. Montanino<sup>1</sup>, A. Morabito<sup>1</sup>, G. Daniele<sup>1</sup>, M. Di Maio<sup>1</sup>, M. C. Piccirillo<sup>1</sup>, S. Signoriello<sup>8</sup>, C. Gallo<sup>8,||</sup> & A. de Matteis<sup>1,||</sup>

<sup>1</sup>Clinical Trials Unit, Istituto Nazionale per lo Studio e la Cura dei Tumori, Fondazione G. Pascale-IRCCS, Napoli; <sup>2</sup>Medical Oncology, Department of Clinical Medicine and Surgery, Università Federico II, Napoli; <sup>3</sup>Department of Medical Oncology, Ospedale Rummo, Benevento; <sup>4</sup>Department of Medical Oncology, Ospedale Silvestrini, Perugia; <sup>5</sup>Department of Medical Oncology, Ospedale Moscati, Avellino; <sup>6</sup>Department of Medical Oncology, Azienda Ospedaliera ‘Treviglio’, Treviglio; <sup>7</sup>Department of Medical Oncology, Ospedale Cardarelli, Napoli; <sup>8</sup>Medical Statistics, Department of Mental Health and Preventive Medicine, Seconda Università di Napoli, Napoli, Italy

Received 23 September 2014; revised 19 November 2014; accepted 25 November 2014

**Background:** Evidence on adjuvant chemotherapy in older women with breast cancer is poor. We tested whether weekly docetaxel is more effective than standard chemotherapy.

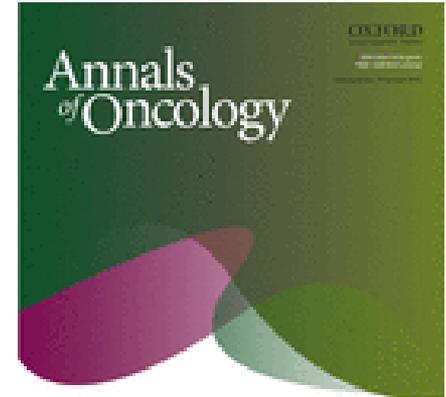
**Patients and methods:** We carried out a multicenter, randomized phase III study. Women aged 65–79, operated for breast cancer, with average to high risk of recurrence, were allocated 1 : 1 to CMF (cyclophosphamide 600 mg/m<sup>2</sup>, methotrexate 40 mg/m<sup>2</sup>, fluorouracil 600 mg/m<sup>2</sup>, days 1, 8) or docetaxel (35 mg/m<sup>2</sup> days 1, 8, 15) every 4 weeks, for four or six cycles according to hormone receptor status. Primary end point was disease-free survival (DFS). A geriatric assessment was carried out. Quality of life (QoL) was assessed with EORTC C-30 and BR-23 questionnaires.

**Results:** From July 2003 to April 2011, 302 patients were randomized and 299 (152 allocated CMF and 147 docetaxel) were eligible. After 70-month median follow-up, 109 DFS events were observed. Unadjusted hazard ratio (HR) of DFS for docetaxel versus CMF was 1.21 [95% confidence interval (CI) 0.83–1.76, *P* = 0.32]; DFS estimate at 5 years was 0.69 with CMF and 0.65 with docetaxel. HR of death was 1.34 (95% CI 0.80–2.22, *P* = 0.26). There was no interaction between treatment arms and geriatric scales measuring patients’ ability or comorbidities. Hematological toxicity, mucositis and nausea were worse with CMF; allergy, fatigue, hair loss, onychopathy, dysgeusia, diarrhea, abdominal pain, neuropathy, cardiac and skin toxicity were worse with docetaxel. One death was attributed to CMF and two to docetaxel. Increasing age, impairment in instrumental daily living activities, number of comorbidities and docetaxel treatment were independently associated with severe nonhematological toxicity. QoL was worse with docetaxel for nausea/vomiting, appetite loss, diarrhea, body image, future perspective, treatment side-effects and hair loss items.

**Conclusions:** Weekly docetaxel is not more effective than standard CMF as adjuvant treatment of older women with breast cancer and worsens QoL and toxicity.

**ClinicalTrials.gov:** NCT00331097.

**Key words:** breast cancer, elderly, adjuvant, docetaxel, randomized phase III trial, CMF



www.annals-oncology.com  
 www.aao.org



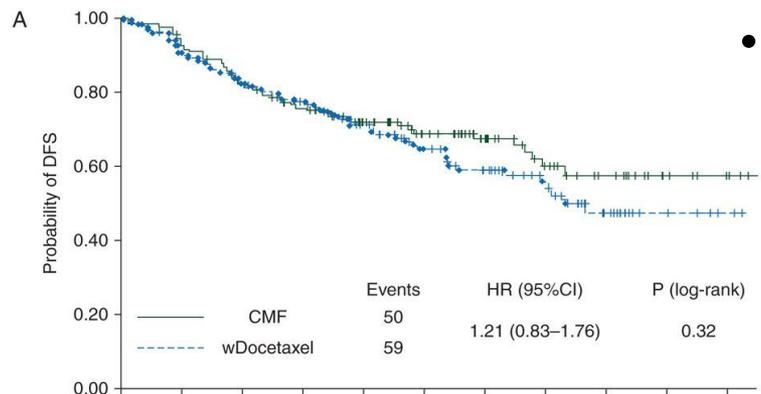
4-6 CMF



4-6 TXT qw

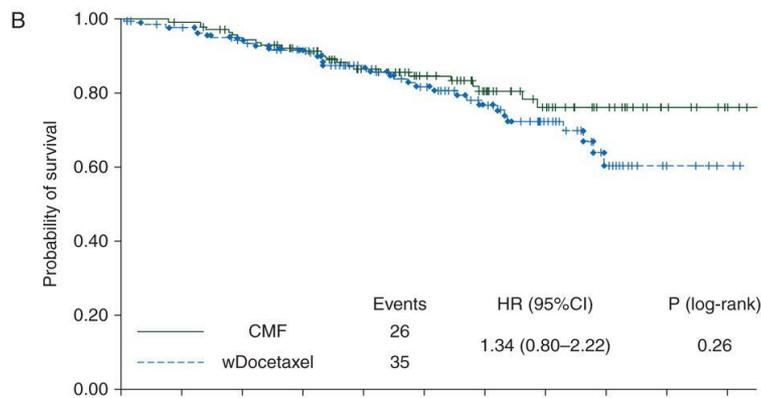
## Kaplan–Meier survival analysis.

- 10 ans recrutement
- 302 pts



At risk

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
CMF	152	146	135	120	99	74	51	32	20	9	4
Docetaxel	147	132	118	108	86	62	48	33	16	6	3

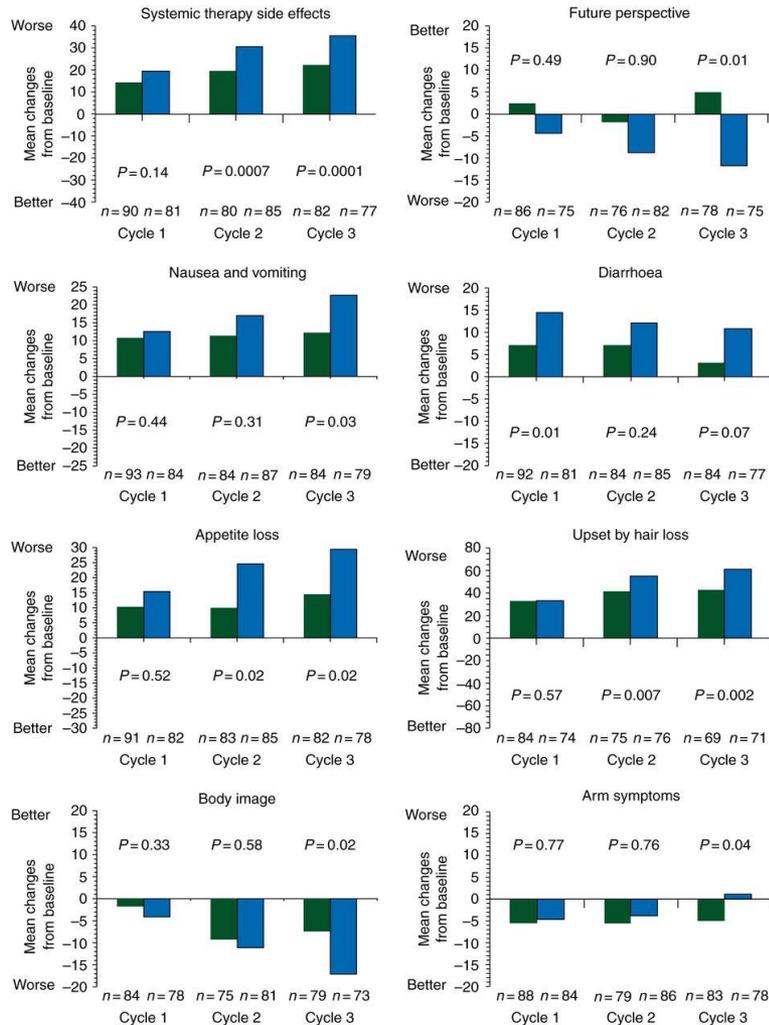


At risk

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
CMF	152	146	135	122	101	75	52	32	21	10	4
Docetaxel	147	142	132	124	101	76	59	36	19	7	3

F. Perrone et al. Ann Oncol 2015;annonc.mdu564

# Mean differences in QoL scores of items presenting statistically significant differences at one or more time-points.



**CMF**  
(hémato, mucite, nausées)  
1 DC

**Weekly docetaxel**  
(allergie, neuro, fatigue, diarrhée, cœur, onycholyse, QoL)  
2 DC (tableau digestif/entérocolite ?)

**Age, IADL, nb comorbidités, TXT**  
→ extra-hématologique

F. Perrone et al. Ann Oncol 2015;annonc.mdu564



# Nutritional Advice in Older Patients at Risk of Malnutrition during Treatment for Chemotherapy: A Two-Year Randomized Controlled Trial

Isabelle Bourdel-Marchasson<sup>1,2,3\*</sup>, Christelle Blanc-Bisson<sup>1</sup>, Adélaïde Doussau<sup>4,5</sup>, Christine Germain<sup>4</sup>, Jean-Frédéric Blanc<sup>6,7</sup>, Jérôme Dauba<sup>8</sup>, Cyril Lahmar<sup>8</sup>, Eric Terrebonne<sup>9</sup>, Cédric Lecaille<sup>10</sup>, Joël Ceccaldi<sup>11</sup>, Laurent Cany<sup>12</sup>, Sandrine Lavau-Denes<sup>13</sup>, Nadine Houede<sup>14</sup>, François Chomy<sup>14</sup>, Jessica Durrieu<sup>1</sup>, Pierre Soubeyran<sup>14,7</sup>, Pierre Senesse<sup>15,16</sup>, Geneviève Chene<sup>4,5</sup>, Mariane Fonck<sup>14</sup>

**1** CHU Bordeaux, Clinical Gerontology, Bordeaux, France, **2** CNRS, RMSB, UMR 5536, Bordeaux, France, **3** Université Bordeaux, RMSB, UMR 5536, Bordeaux, France, **4** CHU Bordeaux, Unité d'épidémiologie clinique, Bordeaux, France, **5** INSERM, CIC-EC7, Bordeaux, France, **6** CHU Bordeaux, Hépatologie, gastroentérologie and oncologie digestive, Bordeaux, France, **7** Université Bordeaux, Bordeaux, France, **8** Centre Hospitalier Layné-Mont de Marsan, Service Oncologie, Mont de Marsan, France, **9** CHU Bordeaux, Service Hépatogastro et oncologie digestive, Bordeaux, France, **10** Polyclinique Bordeaux Nord, Service hépatogastroentérologie, Bordeaux, France, **11** Centre Hospitalier de Libourne, Libourne, France, **12** Clinique Francheville, Périgueux, France, **13** CHU Limoges, Unité de recherche clinique en oncologie médicale, Limoges, France, **14** Institut Bergonié, Département d'oncologie médicale, Bordeaux, France, **15** Universités Montpellier 1 et 3, Laboratoire Epsilon EA 4556, Montpellier, France, **16** CLCC du Val d'Aurelle, Unité de Nutrition clinique et de gastroentérologie, Montpellier, France

## Abstract

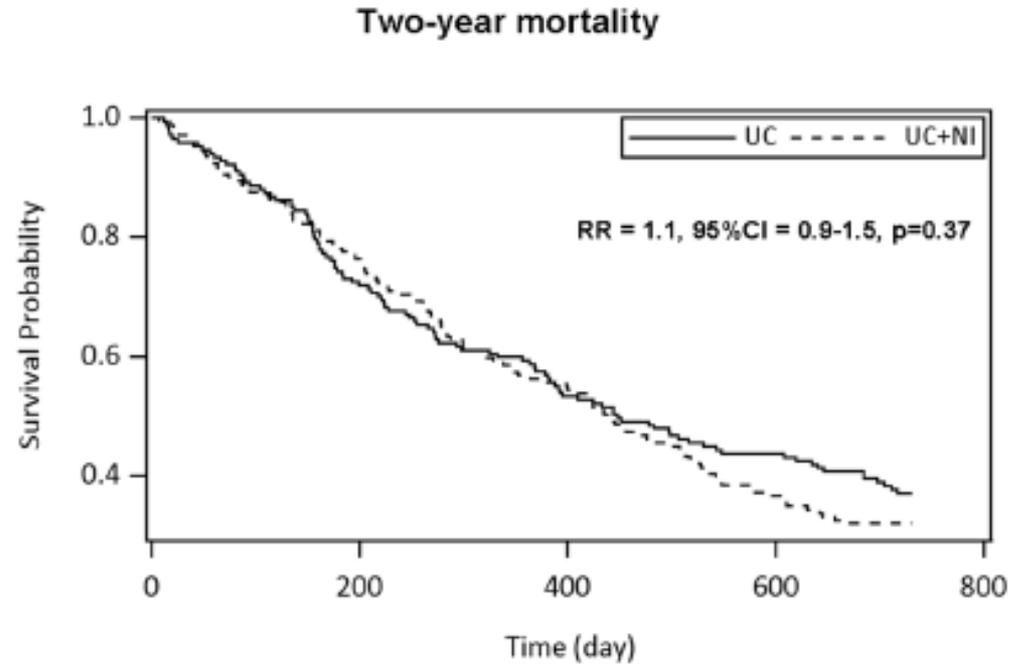
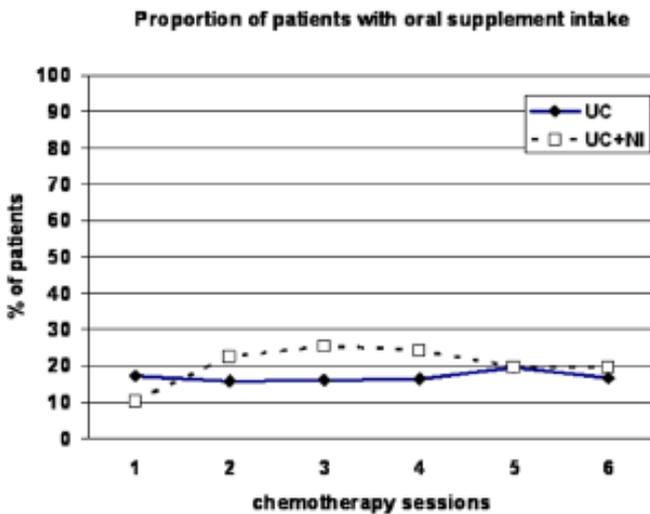
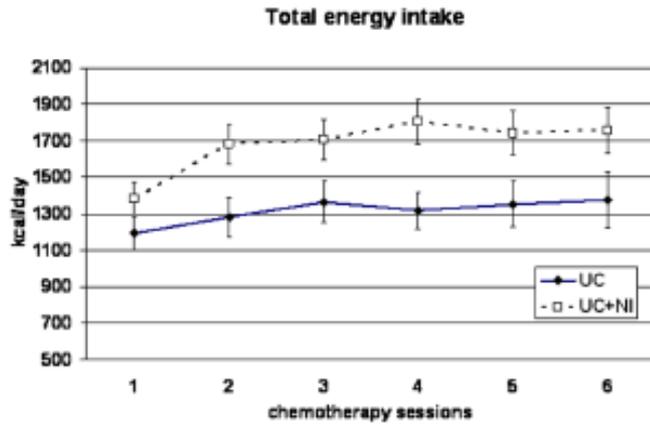
**Objective:** We tested the effect of dietary advice dedicated to increase intake in older patients at risk for malnutrition during chemotherapy, versus usual care, on one-year mortality.

**Method:** We conducted a multicentre, open-label interventional, stratified (centre), parallel randomised controlled trial, with a 1:1 ratio, with two-year follow-up. Patients were aged 70 years or older treated with chemotherapy for solid tumour and at risk of malnutrition (MNA, Mini Nutritional Assessment 17–23.5). Intervention consisted of diet counselling with the aim of achieving an energy intake of 30 kCal/kg body weight/d and 1.2 g protein/kg/d, by face-to-face discussion targeting the main nutritional symptoms, compared to usual care. Interviews were performed 6 times during the chemotherapy sessions for 3 to 6 months. The primary endpoint was 1-year mortality and secondary endpoints were 2-year mortality, toxicities and chemotherapy outcomes.

**Results:** Between April 2007 and March 2010 we randomised 341 patients and 336 were analysed: mean (standard deviation) age of 78.0 y (4.9), 51.2% male, mean MNA 20.2 (2.1). Distribution of cancer types was similar in the two groups; the most frequent were colon (22.4%), lymphoma (14.9%), lung (10.4%), and pancreas (17.0%). Both groups increased their dietary intake, but to a larger extent with intervention ( $p < 0.01$ ). At the second visit, the energy target was achieved in 57 (40.4%) patients and the protein target in 66 (46.8%) with the intervention compared respectively to 13 (13.5%) and 20 (20.8%) in the controls. Death occurred during the first year in 143 patients (42.56%), without difference according to the intervention ( $p = 0.79$ ). No difference in nutritional status changes was found. Response to chemotherapy was also similar between the groups.

**Conclusion:** Early dietary counselling was efficient in increasing intake but had no beneficial effect on mortality or secondary outcomes. Cancer cachexia antianabolism may explain this lack of effect.

**Trial Registration:** ClinicalTrials.gov NCT00459589



Conseil nutritionnel vs std

Mortalité à 1 an

70+ w/ MNA 17–23.5

341 pts (puissance !) : colon (22.4%), LNH (14.9%), poumon (10.4%), pancréas (17.0%)

	Usual Care N=167	Usual Care + Nutritional Intervention N=169	p
Incident fall, pressure ulcer or fracture, % (n)	6.0 (9)	5.6 (8)	0.87
Infection grade 3–4, % (n)	10.4 (7)	4.2 (7)	0.03
Hospitalisation, % (n)	34.4 (56)	29.1 (48)	0.31
Enteral/parenteral nutrition, % (n)	9.2 (15)	5.5 (9)	0.19

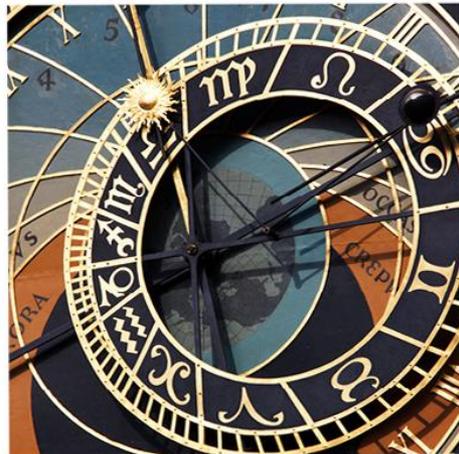
# SIOG

INTERNATIONAL SOCIETY  
OF GERIATRIC ONCOLOGY

2015

PRAGUE  
CZECH REPUBLIC  
12-14 NOV.

15th SIOG Conference - Prague, Czech Republic



**Geriatric oncology and Supportive Care: A global Approach to Advance the Science**



CANCER DU SEIN  
DE LA FEMME ÂGÉE  
FRAGILITÉ  
ACTUALITÉS



[www.sofog.org](http://www.sofog.org)

11<sup>ÈMES</sup> JOURNÉES  
NATIONALES **SoFOG**  
7, 8, & 9 OCTOBRE 2015  
TOULOUSE SOCIÉTÉ FRANCOPHONE  
D'ONCO-GÉRIATRIE

# Quoi de neuf en onco-gériatrie ?

## Le point de vue du gériatre



**Philippe CAILLET**  
UCOG Sud Val-de-Marne,  
Département de Gériatrie  
Hôpital Henri MONDOR, Créteil

CEpiA – **C**linical **E**pidemiology and **A**ging  
EA 7376 – Université Paris Est Créteil

# Recherche bibliographique

NCBI Resources How To Sign in to NCBI

PubMed.gov PubMed (elderly OR older OR geriatric OR aging) AND Cancer Search

US National Library of Medicine National Institutes of Health Create RSS Create alert Advanced Help

Article types Summary 20 per page Sort by Most Recent Send to Filters: Manage Filters

Clinical Trial

Review

Systematic Reviews

Customize ...

Text availability

Abstract

Free full text

**Search results**

Items: 1 to 20 of 216 << First < Prev Page 1 of 11 Next > Last >>

Filters activated: Publication date from 2014/09/01 to 2015/09/31, Humans, English, French, Cancer, Aged: 65+ years. Field: Title. Clear all to show 1038153 items.

New feature Try the new Display Settings option - Sort by Relevance

Titles with your search terms

## Filtres

- Publication dates: From 2014/09/01 to 2015/09/31
- Species: Humans
- Languages: English, French
- Subjects: Cancer
- Ages: Aged 65+ years
- Search fields: Title

 **216 résultats**

# Hospitalisations chez le PA cancéreux

**Hospitalisations non programmées**

**Hospitalisations liées à la chimiothérapie**

# Hospitalisations non programmées

**Manzano J-G M et al. *J Clin Oncol.* 2014;32(31):3527-33**

***Patterns and predictors of unplanned hospitalization in a population-based cohort of elderly patients with GI cancer***

- **Étude rétrospective** : *Texas Center Registry and Medicare*
- ≥ 66 ans
- Cancers gastro-intestinaux (2001 – 2007)
- Temps de suivi moyen = 15 mois
  
- **30199 patients**
  
- **59% de patients ≥ 1 hospitalisation non programmée**
  
- **Traitement anti-cancer dans les 30 jours précédents :**
  - chirurgie 12%
  - chimiothérapie 6,9%
  - radiothérapie 2,5%

## Causes d'hospitalisations non programmées

**Table 2.** Most Common Noncancer Reasons for Unplanned Hospitalization by Cancer Type by Clinical Classifications Software

Reason for Unplanned Hospitalization	All GI Cancer		Esophageal Cancer		Gastric Cancer		Pancreatic Cancer		Liver or Intrahepatic Ductal Cancer		Anorectal Cancer		Colon Cancer	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
All reasons	35,336		2,360		3,561		4,940		2,338		5,773		16,364	
Fluid and electrolyte disorders	2,944	8.3	303	12.8	340	9.6	563	11.4	198	8.5	426	7.4	1,114	6.8
Intestinal obstruction without hernia	1,871	5.3	43	1.8	97	2.7	169	3.4	24	1.0	323	5.6	1,215	7.4
Pneumonia	1,572	4.4	164	7.0	183	5.1	167	3.4	94	4.0	215	3.7	749	4.6
Congestive heart failure, nonhypertensive	1,547	4.4	83	3.5	122	3.4	1.2	2.1	85	3.6	278	4.8	877	5.4
Complications of surgical procedures or medical care	1,504	4.3	98	4.2	140	3.9	116	2.4	37	1.6	316	5.5	797	4.9
Septicemia	1,450	4.1	82	3.5	181	5.1	283	5.7	131	5.6	232	4.0	541	3.3
Gastrointestinal hemorrhage	1,330	3.8	87	3.7	262	7.4	138	2.8	76	3.3	236	4.1	531	3.2
Deficiency and other anemia	1,074	3.0	63	2.7	161	4.5	91	1.8	46	2.0	161	2.8	552	3.4
Chronic obstructive pulmonary disease and bronchiectasis	1,032	2.9	104	4.4	113	3.2	119	2.4	50	2.1	136	2.4	510	3.1
Urinary tract infection	1,030	2.9	44	1.86	103	2.9	119	2.4	72	3.1	194	3.4	498	3.0
Other common reasons*														
Aspiration pneumonitis, food/vomitus			97	4.1										
Biliary tract disease							321	6.6						
Other liver diseases									336	14.4				

\*≥ 4% of hospitalizations for specific cancer type.

**Manzano J-G M et al. *J Clin Oncol.* 2014;32(31):3527-33**

**Table 3. Adjusted Multivariable Analysis Showing Risk Factors for Unplanned Hospitalization**

Variable	Coefficient	Hazard Ratio	95% CI	P
<b>Age, years (v 66-69)</b>				
70-74	0.04	1.04	1.00 to 1.09	.058
75-79	0.06	1.07	1.02 to 1.12	.006
≥ 80	0.11	1.12	1.07 to 1.17	< .001
<b>Sex: F (v M)</b>				
	0.03	1.03	1.00 to 1.06	.073
<b>Race (v white)</b>				
Hispanic	0.01	1.01	0.95 to 1.08	.689
Black	0.07	1.07	1.02 to 1.13	.007
American Indian	-0.22	0.80	0.53 to 1.22	.295
Other	-0.05	0.95	0.85 to 1.05	.323
<b>Cancer type (v colon)</b>				
Esophageal	0.13	1.14	1.07 to 1.22	< .001
Liver or intrahepatic ductal	0.02	1.02	0.96 to 1.08	.517
Pancreatic	0.07	1.08	1.03 to 1.13	.001
Anorectal	-0.03	0.97	0.93 to 1.01	.171
Gastric	0.13	1.14	1.08 to 1.20	< .001
<b>Disease stage (v localized)</b>				
Regional	0.23	1.26	1.22 to 1.31	< .001
Distant	0.29	1.34	1.28 to 1.40	< .001
Unknown	0.02	1.02	0.97 to 1.08	.384
<b>Area of residence* (v big metropolis)</b>				
Metropolis	-0.04	0.97	0.93 to 1.00	.059
Urban	0.04	1.04	0.98 to 1.10	.201
Urban less	-0.01	0.99	0.95 to 1.04	.762
Rural	-0.01	0.99	0.89 to 1.10	.817
<b>Census tract poverty level† (v Q1)</b>				
Q2	0.001	1.00	0.96 to 1.05	.972
Q3	0.05	1.05	1.00 to 1.10	.043
Q4	0.08	1.08	1.03 to 1.14	< .001
<b>Charlson comorbidity index (v 0)</b>				
1	0.16	1.17	1.13 to 1.22	< .001
2	0.25	1.30	1.22 to 1.35	< .001
≥ 3	0.42	1.52	1.44 to 1.60	< .001

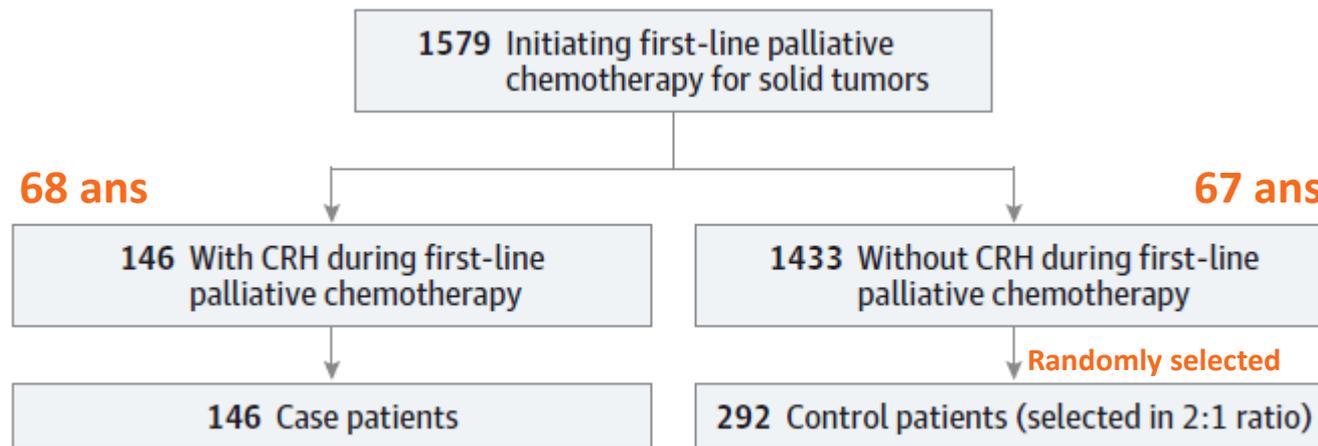
## Facteurs associés aux hospitalisations non programmées :

- âge
- noirs américains
- cancers de l'œsophage, de l'estomac et du pancréas
- maladie localement avancée ou métastatique
- faible niveau économique
- score de Charlson élevé

# Hospitalisations liées à la chimiothérapie

**Brooks GA et al. JAMA Oncol. 2015;1(4):441-7**

***A clinical prediction model to assess risk for chemotherapy-related hospitalization in patients initiating palliative chemotherapy***



- Temps entre début de la CT et hospit. liée à la CT (H-CT) : **30 jours**
- 73% des H-CT dans les 60 jours après le début de la CT
- Toxicités de la CT conduisant à l'hospitalisation :
  - gastro-intestinales 54%
  - infectieuses 27%
  - hématologiques 13%
  - toxicités multiples 10%

Table 1. Demographic and Clinical Characteristics for Patients With and Without Chemotherapy-Related Hospitalization<sup>a</sup>

Characteristic	Cases (n = 146)	Controls (n = 292)	OR (95% CI) <sup>b</sup>	P Value
Age, median, y	68	67	1.00 (0.98-1.01)	.55
Sex				
Female	79 (54)	157 (54)	1 [Reference]	.95
Male	67 (46)	135 (46)	1.01 (0.68-1.51)	
ECOG performance status				
0	28 (19)	74 (25)	1 [Reference]	.23
1	87 (60)	174 (60)	1.37 (0.83-2.27)	
≥2	31 (21)	44 (15)	1.74 (0.92-3.30)	
Charlson comorbidity score <sup>c</sup>				
0	44 (30)	137 (51)	1 [Reference]	<.001
1	33 (23)	55 (21)	1.87 (1.08-3.24)	
≥2	69 (47)	76 (28)	2.83 (1.77-4.53)	
Primary cancer site				
Lung	49 (34)	110 (38)	1 [Reference]	.13
Gastrointestinal	47 (32)	65 (22)	1.62 (0.98-2.69)	
Breast	16 (11)	39 (13)	0.92 (0.47-1.80)	
Genitourinary	7 (5)	25 (9)	0.63 (0.26-1.55)	
Gynecological	7 (5)	25 (9)	0.63 (0.26-1.55)	
Head and neck	9 (6)	11 (4)	1.84 (0.72-4.72)	
Other	11 (8)	17 (6)	1.45 (0.63-3.33)	
BMI				
<18.5	10 (7)	18 (6)	1.24 (0.54-2.88)	.44
18.5-24.9	51 (35)	114 (40)	1 [Reference]	
25.0-29.9	54 (37)	85 (30)	1.42 (0.88-2.28)	
≥30	31 (21)	70 (24)	0.99 (0.58-1.69)	
Chemotherapy drugs, No.				
Monotherapy	42 (29)	129 (44)	1 [Reference]	.002
Polytherapy	104 (71)	163 (56)	1.96 (1.28-3.00)	
Chemotherapy regimen dosing				
Full	108 (74)	229 (80)	1 [Reference]	.19
Reduced	37 (26)	57 (20)	1.38 (0.86-2.21)	
Chemotherapy class <sup>d</sup>				
Platinum	87 (60)	135 (46)	1.71 (1.15-2.57)	.01
Taxane	43 (29)	95 (33)	0.87 (0.56-1.33)	.51
Fluoropyrimidine	39 (27)	53 (18)	1.64 (1.03-2.64)	.04
Camptothecin	18 (12)	21 (7)	1.81 (0.93-3.52)	.08
Gemcitabine	17 (12)	31 (11)	1.11 (0.59-2.08)	.75

**Brooks GA et al. *JAMA Oncol.* 2015;1(4):441-7**

Analyse univariée des facteurs associés aux hospitalisations :

- Score de Charlson élevé
- Polychimiothérapie
- Sel de platine et FU

Table 2. Pretreatment Laboratory Values for Patients With and Without Chemotherapy-Related Hospitalization<sup>a</sup>

Laboratory Variable	Cases (n = 146)	Controls (n = 292)	OR (95% CI) <sup>b</sup>	P Value
White blood cell count, ×1000/μL				
≥3.8	134 (92)	283 (97)	1 [Reference]	.02
<3.8	12 (8)	9 (3)	2.82 (1.16-6.85)	
Absolute neutrophil count, ×1000/μL				
≥1.8	141 (97)	286 (98)	1 [Reference]	.26
<1.8	5 (3)	5 (2)	2.03 (0.58-7.12)	
Hemoglobin, g/dL				
≥12	75 (51)	181 (62)	1 [Reference]	.03
<12	71 (49)	111 (38)	1.54 (1.03-2.31)	
Platelet count, , ×1000/μL				
≥150	127 (87)	277 (95)	1 [Reference]	.004
<150	19 (13)	15 (5)	2.76 (1.36-5.61)	
Aspartate aminotransferase, IU/L				
≤46	119 (82)	260 (89)	1 [Reference]	.03
>46	26 (18)	31 (11)	1.83 (1.04-3.22)	
Alkaline phosphatase, IU/L				
≤118	106 (73)	216 (74)	1 [Reference]	.80
>118	39 (27)	75 (26)	1.06 (0.68-1.66)	
Lactate dehydrogenase, IU/L				
≤250	107 (75)	228 (84)	1 [Reference]	.05
>250	35 (25)	45 (16)	1.66 (1.01-2.73)	
Creatinine clearance <sup>c</sup>				
10 mL/min increase	NA	NA	0.93 (0.87-0.99)	.03
Albumin				
1 g/dL increase	NA	NA	0.61 (0.42-0.89)	.01
Calcium				
1 mg/dL increase	NA	NA	0.51 (0.34-0.77)	.001

Brooks GA et al. *JAMA Oncol.* 2015;1(4):441-7

Analyse univariée des facteurs biologiques associés aux hospitalisations :

- GB < 3.800 /mm<sup>3</sup>
- Hb < 12 g/dL
- PLQ < 150.000/mm<sup>3</sup>
- ASAT > 46 UI/L
- LDH > 250 UI/L
- ↘ Cl. créatinine
- ↘ albuminémie
- ↘ calcémie

Table 3. Multivariable Regression Model to Predict Chemotherapy-Related Hospitalization

Variable	OR (95% CI) <sup>a</sup>	P Value
Age, 1-y increase	0.96 (0.94-0.98)	<.001
Creatinine clearance, 10 mL/min increase	0.87 (0.82-0.93)	<.001
Calcium, 1 mg/dL increase	0.47 (0.33-0.67)	<.001
Low platelet and/or WBC count <sup>b</sup>	5.02 (2.25-11.24)	<.001
CCS		
0	1 [Reference]	NA
1	2.79 (1.63-4.75)	<.001
≥2	3.67 (2.23-6.03)	<.001
Polychemotherapy		
Camptothecin chemotherapy	2.02 (1.14-3.57)	.02
Interaction terms		
Low platelet and/or WBC count × CCS 1	0.15 (0.03-0.71)	.02
Low platelet and/or WBC count × CCS ≥2	0.48 (0.16-1.39)	.18

Abbreviations: CCS, Charlson comorbidity score; NA, not applicable; OR, odds ratio; WBC, white blood cell.

<sup>a</sup> ORs are not directly interpretable for variables with interaction terms.

<sup>b</sup> Platelet count lower than 150 000/μL and/or WBC count lower than 3800/μL.

**Brooks GA et al. *JAMA Oncol.* 2015;1(4):441-7**

**Facteurs indépendants associés aux hospitalisations liées à la CT :**

- ↗ âge
- ↗ score de Charlson
- Polychimiothérapie
- CT avec Campto
- PLQ < 150.000/mm<sup>3</sup>
- ↘ Cl. créatinine
- ↘ calcémie

# Polymédication chez le PA cancéreux

Revue de la littérature

Hospitalisations liées à la chimiothérapie

# REVIEW – Polymédication chez le PA cancéreux

**Le Blanc TW et al. *Lancet Oncol.*2015;16:e333-41**

***Polypharmacy in patients with advanced cancer and the role of medication discontinuation*** ⇒ 21 études analysées

## Polymédication chez les patients cancéreux

Auteurs	Pays	N	Âge	Nb de mdcts	Points d'intérêt
Cashman, 2010	UK	100	73,5 [65-88]	7 [1-17]	
Jorgensen, 2012	Danemark	24808	68 [58-77]	3 [1-6]	24% Pts avec ttt non nécessaire
Kotlinska-Lemieszek, 2014	Europe	2282	62,3 ± 12,3	7,8 ± 3,2	25% Pts ≥ 10 mdcts/j
Maggiore, 2014	USA	500	54% ≥ 72 ans	5 ± 4	Polymed. non associée aux toxicités de la CT ni aux hospitalisations
Puts, 2009	Canada	112	74,2 ± 6	5 [3-9]	47,6% d'interactions potentielles
Raijmakers, 2013	Italie	135	H / 76 ± 10 MdR : 72 ± 14	H : 5,3 ± 2,4 MdR : 4,7 ± 1,8	Nb. de mdcts et utilisations variables selon le lieu de prise en charge
Sokol, 2007	USA	100	78 [70-90]	9,1 ± ?	
Todd, 2013	UK	20	-	8 ± ? [1-16]	95% Pts avec mdcts déconseillés en association avec l'erlotinib
Turner, 2014	Australie	385	76,7 ± 4,8	5,7 ± 3,7	Polymédication associée à la fragilité

# Le Blanc TW et al. *Lancet Oncol.*2015;16:e333-41

## La polymédication des patients cancéreux en fin de vie ...

Auteurs	Pays	N	Âge	Nb de mdcts	Points d'intérêt
Currow, 2007	Australie	260 87% K	71 ± 12	Adm. 4,9 ± 2,8 + 1,49 au décès	↗ des mdcts liée au ttt des symptômes
Sera, 2014	USA	4252 35% K	77,5 ± 14,3	15 [1-100]	7,9 mdcts nécessaires en moy. Mdcts les plus communs : ceux nécessaires au ttt des symptômes
Lundy, 2013	Irlande	138 91% K	68 [20-93]	Adm. 8 [0-17] 2 [0-15] au décès	
McLean, 2013	Irlande	52 79% K	74,5 [36-91]	4,6 mdcts >65a 10 mdcts la semaine avt le décès	↗ des mdcts à l'approche du décès liée au ttt des symptômes
Nauck, 2004	Allemagne Suisse Autriche	1304 > 95% K	65,2 ± 12,8	Adm. 3,2 ± 2,4 4,8 en hospit	↗ des mdcts liée au ttt des symptômes
Russell, 2014	Australie	203 68% K	72,9 ± 12,6	7,2 ± 3,7	5,3 ± 3,5 mdcts prescrits pour les comorbidités

... est liée aux traitements des symptômes de la maladie

# Le Blanc TW et al. *Lancet Oncol.*2015;16:e333-41

## Intérêt d'une intervention pour réduire la polymédication chez le malade cancéreux

Auteurs	Pays	N	Âge	Nb de mdcts	Points d'intérêt
Suhrie, 2009	USA	89 17% K	79,7 ± 7,8	9,7 ± 4,3	↘ 1,7 ± 1,5 mdcts non nécessaires à l'admission ↘ 0,6 ± 0,8 mdcts non nécessaires à la fin de l'étude
Kutner, 2015	USA	381 49% K	74 ± 12	Interv. : 10,1 Contrôle : 10,8	↗ QOL ds le grpe intervention (McGill QOL 7,11 vs. 6,85, p=0,037)

+ 4 études d'interventions pour réduire la polymédication en dehors de situation de cancer

- **Polymédication fréquente chez le PA cancéreux**
- **En fin de vie, elle s'explique par les symptômes à traiter**
- **Questions**
  - autres études descriptives de la polymédication et de ces conséquences
  - standardisation de l'identification et de la mesure de la polymédication
  - études d'intervention pour réduire la polymédication
  - évaluer l'intérêt d'informer le patients, les aidants et les prescripteurs pour réduire la polymédication

# Polymédication & traitements potentiellement inappropriés

**Nightingale G et al. *J Clin Oncol*.2015;33(13):1453-9**

***Evaluation of a pharmacist-led medication assessment used to identify prevalence of and associations with polypharmacy and potentially inappropriate medication use among ambulatory senior adults with cancer***

## 248 patients avec une CGA

- Âge moyen :  $79,9 \pm 6,8$  ans [61;98]
- 64% de femmes
- 87% avec une tumeur solide
- Statut fonctionnel :
  - « fit » 23,3%
  - « vulnerable » 49%
  - « frail » 27,8%
  - PS 0-1 : 73% - PS 2 : 23% - PS 3-4 : 4%
- Nb. de comorbidités :  $7,69 \pm 3,47$

- **234 patients** avec une évaluation pharmaco-clinique
- **Nb. moyen de médicaments** **9,2 ± 4,8 [1-30]** :
  - médicaments prescrits 6,1 ± 3,6 [0-20]
  - automédication 2,8 ± 2,1 [0-10]
  - herbes médicinales 0,4 ± 0,9 [0-10]
- polymédication (5 à 9 mdcts) 41%
- polymédication excessive (≥ 10 mdcts) 43%
- *potential inappropriate medication (PIM) use* 51%
- PIM selon
  - critères de Beers-2012 40%
  - STOPP (Screening Tool of Older Person's Prescriptions) 38%
  - critères HEDIS (Healthcare Effectiveness Data and Information Set) 21%

## Répartition des traitements par classes pharmacologiques

**Table 3.** Prevalence of Prescription Medications by Pharmacologic Category (n = 234)

Pharmacologic Category	Prescription Medication	No.	%
Cardiovascular	Alpha-adrenergic agonists/antagonists, antiarrhythmics, beta-adrenergic antagonist, calcium channel antagonists, digoxin, renin-angiotensin aldosterone antagonists, vasodilators	180	76.9
Dislipidemics	Statins, ezetimibe, niacin, fenofibrate, colesvelam	124	53
GI	Antiemetics, antispasmodics, constipation/diarrhea, histamine-2 antagonist, protectants, irritable bowel syndrome, proton pump inhibitors	96	41
Diuretic		94	40.2
Endocrine	Antidiabetic oral/injectable, thyroid replacement, antithyroid agents	87	37.2
Analgesic	Nonsteroidal anti-inflammatory drugs, opioids/nonopioids, neuropathic pain drugs, topical anesthetics	69	29.5
Antiplatelet/anticoagulant		53	22.7
Neuropsychiatric	Antidepressants, anti-Parkinson agents, antipsychotics, anticonvulsants	51	21.8
Vitamin/minerals		45	19.2
Pulmonary/respiratory	Inhalers, oral tablets	44	18.8
Genitourinary		40	17.1
Benzodiazepine/barbiturate		39	16.7
Ophthalmic		31	13.2
Antimicrobial	Antibacterials, antifungals, antivirals	22	9.4
Bone health	Biphosphonates (oral), parathyroid hormone analog, calcium, vitamin D agent	20	8.6
Glucocorticoid		17	7.3
Gout		11	4.7
Sedative hypnotic		10	4.3
Hormonal	Hormonal estrogens, androgens	8	3.4
Dermatologic topicals		5	2.1
Anti-neoplastic	Oral antineoplastics including conventional, targeted agents	4	1.7
Central nervous system stimulant		1	0.4
Otic		1	0.4

## Prévalence des PIM (*Potential Inappropriate Medication*)

**Table 4.** Prevalence of PIMs by Pharmacologic Category (n = 234)

Pharmacologic Category	PIMs	No.	%
Benzodiazepine		38	16.2
GI	Antiemetics, anticholinergic/antispasmodics, constipation/diarrhea, proton pump inhibitors	22	9.4
Nonsteroidal anti-inflammatory drugs		20	8.6
Antiplatelet		19	8.1
Antihistamine		14	6
Beta-adrenergic antagonist		13	5.6
Sedative hypnotic		7	3
Neuropsychiatric	Antipsychotics	6	2.6
Cardiovascular	Antiarrhythmics, calcium channel antagonists	6	2.6
Endocrine	Long-acting sulfonylureas, sliding-scale insulin, dessicated thyroid	6	2.6
Diuretic	Hydrochlorothiazide	4	1.7
Hormonal	Conjugated estrogens, megestrol	4	1.7
Muscle relaxant		2	0.9
Antibiotic	Nitrofurantoin	1	0.4
Anticholinergic	Benztropine	1	0.4
CNS stimulant		1	0.4
Genitourinary	Oxybutinin	1	0.4

Abbreviation: PIM, potentially inappropriate medication.

## Caractéristiques des patients polymédiqués

Characteristic	No PP (< 5 medications) (n = 37)		Any PP (≥ 5 medications) (n = 197)		P	PP (≥ 5 and < 10 medications) (n = 96)		EPP (≥ 10 medications) (n = 101)		P
	No.	%	No.	%		No.	%	No.	%	
Age, years					.491					.397
Mean	79.03		79.93			80.34		79.53		
SD	7.4		6.65			7.32		5.95		
Sex					.265					.986
Female	27	72.97	123	62.44		60	62.5	63	62.38	
Male	10	27.03	74	37.56		36	37.5	38	37.62	
Race/ethnicity					.861					.109
White	25	67.57	148	75.13		67	69.79	81	80.2	
African American	9	24.32	36	18.27		18	18.75	18	17.82	
Asian	2	5.41	7	3.55		6	6.25	1	0.99	
Hispanic	1	2.70	5	2.54		4	4.17	1	0.99	
Other	0	0.00	1	0.51		1	1.04	0	0	
Functional status (n = 232)					< .001					< .001
Fit	21	58.33	33	16.84		25	26.32	8	7.92	
Frail	3	8.33	60	30.61		22	23.16	38	37.62	
Vulnerable	12	33.33	103	52.55		48	50.53	55	54.46	
No. of comorbidities					< .001					< .001
Mean	4.59		8.60			7.21		9.93		
SD	2.19		3.40			2.86		3.36		
Median	5		8			6		6		
Range	1-10		2-21			2-15		3-21		
PIM use	7	18.92	112	56.85	< .001	42	43.75	70	69.31	< .001
ECOG performance status (n = 233)					.005					.048
0-1	34	91.89	136	69.39		73	76.04	63	63	
2-4	3	8.11	60	30.61		23	23.96	37	37	

Abbreviations: ECOG, Eastern Cooperative Oncology Group; EPP, excessive polypharmacy; PIM, potentially inappropriate medication; PP, polypharmacy; SD, standard deviation.

**Nightingale G et al. *J Clin Oncol.*2015;33(13):1453-9**

**Table 6. Patient Characteristics Associated With PIM Use (n = 234)**

Characteristic	No PIM (n = 115)		PIM (n = 119)		P
	No.	%	No.	%	
Age, years					.260
Mean	80.3		79.3		
SD	7.2		6.3		
Sex					.534
Female	76	66	74	62	
Male	39	34	45	38	
Race/ethnicity					.437
White	80	70	93	78	
African American	24	21	21	18	
Asian	6	5	3	3	
Hispanic	4	3	2	2	
Other	1	0.8	0		
Functional status (n = 232)					.094
Fit	33	29	21	17	
Frail	26	23	37	31	
Vulnerable	55	48	60	51	
PP					< .001
None	30	26.09	7	5.88	
PP	54	46.96	42	35.29	
EPP	31	26.96	70	58.82	
No. of comorbidities					.005
Mean	7.26		8.66		
SD	3.4		3.6		
Median	7		8		
Range	1-16		2-21		
ECOG performance status (n = 233)					.361
0-1	87	76	83	70	
2-4	28	24	35	30	

Abbreviations: ECOG, Eastern Cooperative Oncology Group; EPP, excessive polypharmacy; PIM, potentially inappropriate medication; PP, polypharmacy; SD, standard deviation.

## Polymédication chez le patient âgé cancéreux

- L'analyse des traitements par un pharmacien clinicien révèle une fréquence élevée de :
  - polymédication (41%)
  - polymédication excessive (43%)
  - PIM (51%)
  
- **Facteurs indépendants associés aux PIM :**
  - polymédication
  - nb. de comorbidités

# Chimiothérapie chez le PA cancéreux

**Impact des toxicités de bas grade sur la chimiothérapie**

**Intervention gériatrique et tolérance la chimiothérapie**

# Impact des toxicités de bas grade en cours de chimiothérapie

**Kalsi T et al. *Br J Cancer*. 2014;111(12):2224-8**

***The impact of low-grade toxicity in older people with cancer undergoing chemotherapy***

## 108 patients avec une CGA

- Âge moyen : 72,1 ± 5 ans [65-86]
- 50,9% d'hommes
- PS 0-1 : 82,5%
- > 3 comorbidités : 50%
- Type de cancer :
  - gastro-intestinaux 45,4%
  - gynécologiques 16,7%
  - pulmonaires 13,9%
  - Autres 24,0%
- CT palliative : 59,3%
- Nb. de cycle de CT : 4,2 ± 3 [1-12]

Kalsi T et al. *Br J Cancer*. 2014;111(12):2224-8

## Incidence des toxicités en cours de traitement

- 93,5% de toxicité tout grade
- **42,3% de toxicité grade 1-2** (fatigue, nausées, diarrhées, constipation, tox. hémato)

**Table 1. Incidence of toxicity**

	All grades % (N)	Grade 1-2 % (N)	Grade 3+ % (N)
Non haematological toxicities	92.6 (100/108)	60.2 (65/108)	32.4 (35/108)
Haematological toxicity	66.7 (72/108)	37.0 (40/108)	29.6 (32/108)
Treatment modification due to toxicity	55.6 (60/108)	19.4 (21/108)	36.1 (39/108)
Treatment discontinued due to toxicity	21.3 (23/108)	8.3 (9/108)	13.0 (14/108)

## Modification du traitement pour toxicité

- 55,6% tout grade
- **35% grade 1-2** (n=21/60) (fatigue, hémato., GI, infections)  
↳ 2,19 ± 1,33 tox. grade 1-2 à l'origine de la modification

## Arrêt du traitement pour toxicité

- 21,3% tout grade
- **39,1% grade 1-2** (n=9/23) (fatigue, hémato.)  
↳ 1,78 ± 1,20 tox. grade 1-2 à l'origine de l'arrêt

## Facteurs associés à la modification / arrêt du traitement

### Analyse univariée

**Table 3. Associations with low-grade toxicity resulting in treatment modification and treatment discontinuation**

	Treatment modification (N=60)			Treatment discontinuation (N=23)		
	Low-grade toxicity (N=21) % (N)	High-grade toxicity (N=39) % (N)	P-value	Low-grade toxicity (N=9) % (N)	High-grade toxicity (N=14) % (N)	P-value
<b>Age</b>						
<75 years	31.6 (12)	68.4 (26)	0.47	30.8 (4)	69.2 (9)	0.42
75+ years	40.9 (9)	59.1 (13)		50.0 (5)	50.0 (5)	
<b>Comorbidity</b>						
<4 comorbidities	24.4 (10)	75.6 (31)	0.01	33.3 (5)	66.7 (10)	0.66
4+ comorbidities	57.9 (11)	42.1 (8)		50.0 (4)	50.0 (4)	
<b>Performance status (one missing data)</b>						
PS 0-1	37.5 (18)	62.5 (30)	0.73	40.0 (6)	60.0 (9)	1.00
PS 2-3	27.3 (3)	72.7 (8)		42.9 (3)	57.1 (4)	
<b>Treatment intent</b>						
Curative/adjuvant/ neoadjuvant	34.8 (8)	65.2 (15)	0.98	50.0 (4)	50.0 (4)	0.66
Palliative	35.1 (13)	64.9 (24)		33.3 (5)	66.7 (10)	

- Les toxicités de grade 1-2 peuvent être à l'origine d'une modification ou d'un arrêt du traitement
- Les comorbidités prédisposent aux toxicités de grade 1-2 à l'origine d'une modification du traitement

# Intervention gériatrique et tolérance la chimiothérapie

**Kalsi T et al. *Br J Cancer*. 2015;112(9):1435-44**

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

- Cohorte prospective comparant l'intervention gériatrique issue de la CGA avec la prise en charge oncologique habituelle :
  - groupe contrôle n = 70 74 ans [70-86]
  - groupe intervention n = 65 75 ans [70-90]
- Groupes comparables en termes de sexe – PS – type de cancer – ttt curatif vs palliatif – mono- vs poly-CT – de type de comorbidité (sauf diabète)
- Différences entre les 2 groupes :

		Contrôle	Intervention	p
Nb. Comorbidités	moyen	2,9 ± 1,8	3,9 ± 2,1	0,004
	médian	3 [0-8]	4 [0-10]	
Diabète		13,2%	27,7	0,038
Polymédication		31,7%	50,8%	0,029
Stade métastatique		60%	43,1%	0,049
Réduction de dose		20%	40%	0,011

## 6,2 ± 2,6 [0-15] interventions par patients après EGA

Domaine	Exemples d'interventions (non exhaustif)	% (n=65)
Fatigue	Investigation – ttt de dysthyroïdie, de l'anémie, de la dénutrition, de l'anxiété et de l'humeur ... – ajustement des traitements potentiellement favorisants	49,2
Anémie	Supplémentation (fer, B12, folates) orale et/ou IV	43,1
Dénutrition	Avis diététique, suppléments nutritionnels oraux, soins dentaires, portage des repas	36,9
Action face à une anomalie biologique	Modification du ttt devant un trouble électrolytique – exploration endoscopique d'une carence martiale ...	35,4
Vessie	Investigation et prise en charge d'une incontinence – ajustement des ttt favorisants – ttt d'un HBP, d'une infection urinaire – ablation de SUAD	32,3
Douleurs	Ajustement des antalgiques	23,1
Adaptation des ttt	Arrêt des ttt non justifiés, ajustement des posologies (AT-HTA, β-)	18,5
Social	Prise en charge sociale, IDE libérale, thérapie occupationnelles, soutien financier	15,4
Chutes	Identification et prise en charge des facteurs favorisants, kinésithérapie, évaluation du risque de chute à domicile	12,3
Avis spécialisés	Avis cardiologiques, dermatologiques, ...	10,8
Humeur	Introduction ou ajustement de ttt AT-dépresseurs, soutien psychologique	10,8

- **Bénéfices de l'intervention gériatrique après CGA sur :**
  - La réalisation de l'intégralité du plan de traitement  
OR = 4,14 – IC<sub>95%</sub> [1,50-11,42], p = 0,006
  - La diminution des modifications du traitement  
OR = 0,34 – IC<sub>95%</sub> [0,16-0,73], p = 0,006
  
- **Pas de bénéfices en termes de réduction des toxicités grade 3 ou plus :**
  - contrôle                      52,9%
  - intervention                43,8%    p = 0,292

# Aspects psycho-sociaux du PA cancéreux

**Facteurs associés à la dépression chez le PA cancéreux**

**Facteurs de risque de suicide chez le PA cancéreux**

**Facteurs influençant l'acceptation ou le refus du traitement**

# Dépression chez le PA cancéreux

Canoui-Poitrine F et al. *Psycho-oncology*. 2015 Jun 30.

*doi:10.1002/pon.3886.[Epub ahead of print]*

*Geriatric assessment findings independently associated with clinical depression in 1092 older patients with cancer: the ELCAPA Cohort Study*

- **N = 1092**
- Âge moyen = 80,4 ± 5,7 ans
- Femmes 48,8%
- Patients ambulatoires 59%
- Cancers solides 91,7%, dont 51,3% métastatiques
- **Dépression clinique 28,4%** IC<sub>95%</sub> [25,7-31,2]
  - antécédent de dépression **14,2%**
  - traitement antidépresseur en cours **15,7%**

**Canoui-Poitrine F et al. *Psycho-oncology*. 2015 Jun 30. doi:10.1002/pon.3886.[Epub ahead of print]**

	<b>aOR (95% CI)</b>	<b>p value<sup>a</sup></b>
Female gender	1.23 (0.90–1.70)	0.19
Inpatient status	1.68 (1.20–2.37)	0.008
Metastasis		0.30
No	1.00 (reference)	
Yes	1.25 (0.88–1.79)	
Hematological malignancy	0.88 (0.49–1.60)	
Inadequate social support <sup>b</sup>	1.66 (1.16–2.37)	0.006
Impaired mobility <sup>b</sup>	2.35 (1.59–3.46)	<0.001
Cognitive impairment <sup>b</sup>	1.76 (1.24–2.49)	0.001
Polypharmacy <sup>b</sup>	1.65 (1.14–2.38)	0.008
Cancer-related pain	1.76 (1.26–2.46)	0.001

ELCAPA, elderly cancer patient; aOR, adjusted odds ratio; 95% CI, 95% confidence interval.

<sup>a</sup>By Wald test.

<sup>b</sup>Inadequate social support was defined as no primary caregiver or inadequate support at home or no strong circle of family and friends able to meet the needs of the patient; mobility impairment as a history of fall, get-up-and-go score  $\geq 3/4$  and/or timed get-up-and-go  $>20$  s, or single-leg standing test  $<5$  s on one or both sides; malnutrition as BMI  $< 21$  kg/m<sup>2</sup> or at least 10% weight loss in 6 months or 5% in 3 months; cognitive impairment as previous history of dementia or diagnosis of cognitive dysfunction; and polypharmacy as  $\geq 5$  oral non-antidepressant drugs/day.

## **Facteurs indépendants associés à la dépression chez le PA cancéreux :**

- hospitalisation
- environnement social inadapté
- altération de la mobilité
- altération cognitive
- polymédication
- douleurs liées au cancer

# Facteurs de risque de suicide chez le PA cancéreux

**Cole TB et al. *Aging & Mental Health*. 2014;18(7):854-60**

***Risk factors for suicide among older adults with cancer***

- Étude cas (n=217) vs groupe contrôle (n=4162 ; cohorte PHSE)
- Patients ≥ 71 ans : cas, 68,5% - contrôle, 60,1% (p=0,0137)

## ▪ Facteurs associés au suicide

- cancer OR= 2,62, IC95% [1,84-3,73]
- sexe masculin OR= 17,15, IC95% [10,88-27,02]
- blanc OR= 9,70, IC95% [6,07-15,50]
- événement de vie stressant dans l'année passée OR= 2,75, IC95% [1,97-3,86]
- limitations des IADLs OR = 2,93, IC95% [2,03-4,22]

## ▪ Facteurs protecteurs

- marié et vivant avec son épouse OR = 0,61, IC95% [0,43-0,88]
- ≥ 1 indicateur d'entourage social OR = 0,27, IC95% [0,19-0,39]

# REVIEW – Facteurs influençant l'acceptation ou le refus du traitement

**Puts MTE et al. *Cancer Treat Rev.* 2015;41(2):197-215**

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

- Revue systématique de la littérature
- 17.343 résumés ⇒ **38 études analysées**
- Cancers du sein et de la prostate principalement

## ▪ **Facteurs influençant à l'acceptation du traitement**

- facilité et taux de succès du traitement
- comprendre la nécessité du traitement
- confiance dans le médecin
- confiance dans les recommandations du médecin

## ▪ **Facteurs à influençant le refus du traitement**

- inconfort du traitement
- peur des effets secondaires
- difficultés liées au transport



CANCER DU SEIN  
DE LA FEMME ÂGÉE  
FRAGILITÉ  
ACTUALITÉS



[www.sofog.org](http://www.sofog.org)

11<sup>ÈMES</sup> JOURNÉES  
NATIONALES **SoFOG**  
7, 8, & 9 OCTOBRE 2015  
TOULOUSE SOCIÉTÉ FRANCOPHONE  
D'ONCO-GÉRIATRIE

## CONCLUSION

- Intérêt pronostique de l'EGA confirmé en 2014-2015 :
  - hospitalisations non programmées, notamment secondaires à la CT
  - tolérance de la CT
  - risque de dépression / suicide
- Intérêt de la prise en charge gériatrique dans la réalisation de la CT
- Fréquence élevée de la polymédication et des traitements potentiellement inappropriés
- Rester attentif aux souhaits du malades

*Merci de votre attention*