

ÉTUDE D'UNE SÉRIE BICENTRIQUE DE 86 ÉVALUATIONS GÉRIATRIQUES ENTRE 2013 ET 2020

Auranne WINOCK^{1,2}, Laurent BALARDY¹, Stéphane GERARD¹, Stéphanie LOZANNO¹, Mathieu ROUMIGUIE³, Amélie LUSQUE⁴, Jonathan KHALIFA², Loïc MOUREY²



INTRODUCTION

Les tumeurs de la vessie infiltrant le muscle (TVIM) localisées non métastatiques concernent majoritairement des sujets de plus de 70 ans. Cette population âgée est une population hétérogène. Les facteurs de vulnérabilité sont appréhendés par une évaluation gériatrique standardisée (EGS) multidisciplinaire, qui permet de mieux connaître le profil gériatrique du patient, et d'aider à sa prise en charge.

Il existe 2 types de traitements à visée curative des TVIM localisées :

- la chirurgie (+/- chimiothérapie néo-adjuvante)
- le traitement trimodal (associant RTUV maximale et radio-chimiothérapie).

Des données américaines⁽¹⁾ montrent que le traitement curatif est sous-utilisé chez les individus de plus de 70 ans.

Seulement 50 à 55 % des septuagénaires bénéficient d'une chirurgie, d'une radio-chimiothérapie ou d'une radiothérapie⁽²⁾. Au total près de 1 patient sur 2 de plus de 80 ans n'est pas traité.

Pourtant, il existe un réel impact sur la survie des patients lorsqu'ils sont traités. Dans une étude épidémiologique américaine, les patients qui reçoivent un traitement curatif ont une médiane de survie de 39 mois (vs 19 mois si non traités)⁽²⁾. Il n'y a pas de différence entre les deux types de traitements curatifs.

Mais quels sont les facteurs gériatriques et cliniques qui permettent d'aider à la prise de décision thérapeutique ?

MATÉRIEL & METHODES

Première étude à évaluer les facteurs cliniques gériatriques au diagnostic des patients atteints de TVIM.

L'objectif principal de cette étude est de découvrir si des facteurs gériatriques sont pronostiques d'une décision de traitement.

- Parmi les objectifs secondaires :
- survie globale (OS)
 - mortalité précoce à 30 et 90 jours
 - taux de complications post-opératoires
 - les toxicités > grade 2 en cas de chimiothérapie.

Nous avons mené une étude rétrospective bi-centrique de Janvier 2013 à Juin 2020 chez les patients d'Oncogériatrie) du CHU de Toulouse et à l'IUCT-Oncopole évalués par l'EMOG (Equipe Mobile d'Oncogériatrie)

Les caractéristiques de la population sont décrites par les statistiques usuelles. Les taux de survie sont estimés à l'aide de la méthode de Kaplan-Meier avec leurs intervalles de confiance à 95%. Les analyses univariées et multivariées seront réalisées à l'aide du test du Logrank et du modèle de Cox à risques proportionnels.

Afin de ne pas induire un biais d'immortalité, une analyse avec landmark à 2 mois a été utilisée (logiciel STATA®, version 11.2)

Cette étude rétrospective est enregistrée au numéro RnIPH 2021-81 et couverte par la méthodologie de référence MR-004 (Numéro CNIL : 2206723 v 0)

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
- Avoir un carcinome urothélial avec infiltration du muscle histologiquement prouvé	- Ne pas avoir d'évaluation avant la prise en charge thérapeutique
- TVIM non métastatique, qui pouvait être localisée (T2 N0) ou localement avancée (T3/T4 et/ou N+).	- TVNIM (< pT2)
- Pas de critères d'âge chronologique mais une évaluation (EGS) était nécessaire au diagnostic	- TVIM métastatique

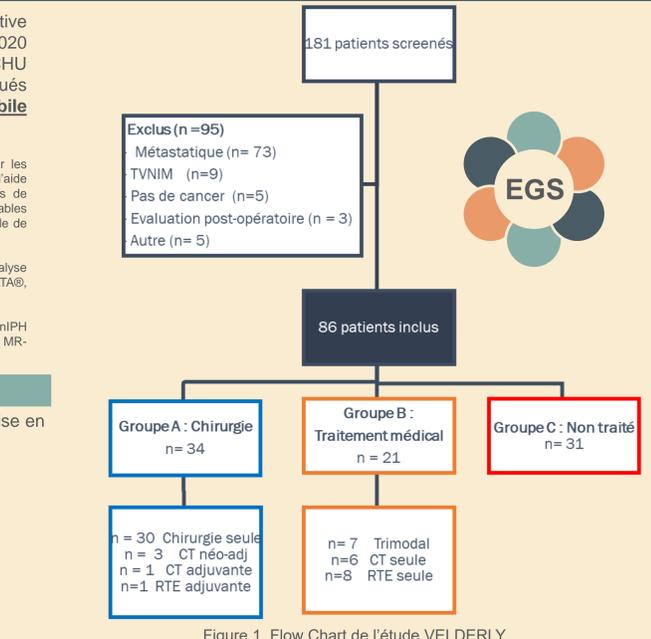


Figure 1. Flow Chart de l'étude VELDERLY

DISCUSSION

→ Etude originale car elle s'intéresse à une question clinique quotidienne

→ Les patients non traités sont ceux qui ont les caractéristiques gériatriques les plus altérées, avec une différence significative en analyse univariée sur quasiment tous les domaines de l'EGS.

→ Après une EGS bien menée, la décision thérapeutique est modifiée dans 20% des cas vers des traitements moins lourds.

→ Malgré cette constatation, on ne met pas de différence de survie entre les patients traités et non traités. Ceci peut être lié à une prise en charge sous optimale, que ce soit chirurgicale ou médicale (plus de résections R2, baisse des doses de chimiothérapie ou de radiothérapie...)

→ Deux facteurs pronostiques de la survie globale, en analyse multivariée :

- le statut OMS 2-4
- la perte de poids > 10% dans les 6 derniers mois, variables indépendantes de mortalité déjà reconnues dans la littérature⁽³⁻⁶⁾.

→ Les données de survie de notre série sont en rapport avec celles de la littérature, bien que nos patients soient plus âgés, plus comorbides.

- Les patients traités par cystectomie présentent une survie globale médiane de 48% à deux ans dans notre étude.
- Dans celle de Zatori et al. qui regroupait des données post-opératoires chez des octogénaires, la survie à deux ans était à 62.5%⁽⁷⁾.
- A score de comorbidité égal (CCI de 6), la médiane de survie est de 1.7 ans⁽⁸⁾, et de 1.8 ans dans notre série toulousaine

→ Les taux de complications opératoires sont globalement comparables aux données publiées, avec un taux de 70% environ^(7,8).

→ Les limites de notre étude :

- Biais de recrutement car tous les patients âgés n'ont pas été évalués
- L'absence de suivi gériatrique des patients
- L'absence de données sur la qualité de vie
- Etude rétrospective bicentrique de petit effectif (manque de puissance)

RÉSULTATS

La décision thérapeutique est modifiée par une évaluation gériatrique standardisée dans 20% des cas

Données oncogériatriques de l'évaluation pré-traitement	Total (N = 86)	Groupe A (N=34)	Groupe B (N = 21)	Groupe C (N=31)	P-value
Score G8 (n=84)	10 (1.5:15)	10.5 (3.0:15.0)	12 (5 :15)	7.5 (1.5:12.5)	<0.001
>=5 médicaments (n=82)	47 (57.3%)	15 (46.9%)	10 (47.6%)	22 (75.9%)	0.043
Score de Charlson ajusté (n=86)	6 (3:14)	5.0 (3:14.0)	6.0 (3.0:8.0)	6.0 (3.0:14.0)	0.074
Aidants familiaux (n=84)	60 (71.4%)	21 (63.6%)	18 (90.0%)	21 (67.7%)	0.102
Aides professionnelles (n=85)	43 (50.6%)	10 (29.4%)	11 (52.4%)	22 (73.3%)	0.002
ADL (n=83)	5.5 (0.0:6.0)	5.5 (1.5:6.0)	6.0 (3.0:6.0)	4.5 (0.0:6.0)	<0.001
IADL (n=73)	5.0 (0.0:8.0)	6.0 (1.0:8.0)	7.0 (1.0:8.0)	4.5 (0.0:8.0)	0.002
Marche avec aide technique (n=81)	31 (38.3%)	7 (22.6%)	9 (42.9%)	15 (51.7%)	0.060
Vitesse de marche (m/s) (n=81)	0.8 (0.0:1.2)	0.9 (0.2:1.2)	0.8 (0.3:1.2)	0.5 (0.0:1.0)	<0.001
Chute dans les 6 derniers mois (n=77)	27 (35.1%)	6 (19.4%)	5 (23.8%)	16 (64.0%)	0.001
MNA (n=65)	21.5 (6.0:30.0)	23 (14.0:30.0)	23.5 (7.0:26.0)	17.5 (6.0:24.5)	<0.001
Perte de 10% du poids dans les 6 derniers mois (n=76)	29 (38.2%)	14 (43.8%)	2 (10.5%)	13 (52.0%)	0.014
Dépression (n=77)	13 (16.9%)	3 (9.7%)	1 (4.8%)	9 (36.0%)	0.011
Anxiété (n=72)	19 (26.4%)	8 (27.6%)	3 (15.0%)	8 (34.8%)	0.334
Confusion (n=71)	9 (12.7%)	0 (0.0%)	1 (5.6%)	8 (34.8%)	<0.001
MMSE (sur 30) (n=30)	23.0 (10.0:30.0)	25.0 (17.0:30.0)	21 (16.0:29.0)	20 (10.0:27.0)	0.085
OMS avant traitement (n=80)					0.001
[0-1]	37 (46.3%)	21 (61.8%)	12 (57.1%)	4 (16.0%)	
[2-4]	43 (53.8%)	13 (38.2%)	9 (42.9%)	21 (84.0%)	

Tableau 1. Données de l'EGS au diagnostic de TVIM localisée, selon les groupes de traitement, en analyse univariée.

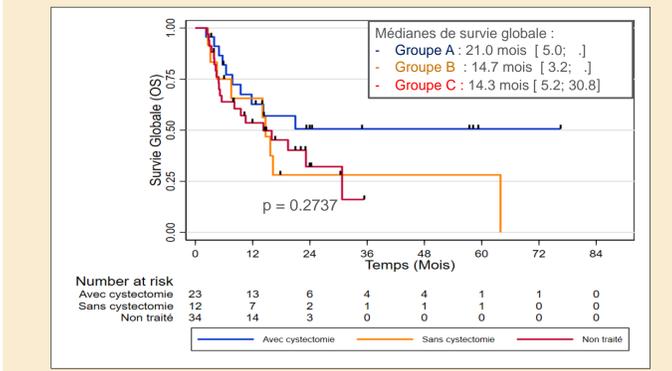


Figure 2. Survie globale selon le traitement reçu

Groupe A : Chirurgie	Groupe B : Traitement médical	Groupe C : Non traité
Curage ganglionnaire : 79.3%	Chimiothérapie	Radiothérapie
Chimiothérapie néo adjuvante : 8.8%	25% arrêt précoce	50% de dose non optimale
Durée d'hospitalisation médiane : 22.5 jours	50% cisplatine,	
Réssections : R0 : 62.9% / R2 : 20.6% des cas	45% toxicités grade 3	
Complications tous grades : 70%	60% réduction de dose	
Reprise chirurgicale : 29.3%		
Mortalité à 30 jours : 11.8%		
Mortalité à 90 jours : 23.5%		

Tableau 3. Description des traitements reçus selon le groupe de traitement

CONCLUSION

Il paraît indispensable de réaliser une EGS chez un patient âgé atteint de TVIM avant de faire une proposition de prise en charge

Et Après? Il faut accompagner le patient et proposer à chacun un parcours de soin avec intervention/suivi gériatrique adapté à sa situation



Bibliographie

1. Fedeli U. Treatment of Muscle Invasive Bladder Cancer: Evidence From the National Cancer Database, 2003 to 2007. *Journal of Urology*. juin 2011;185(1):72-8.
2. Smith AB, Deal AM, Woods ME, Wallen EM, Pruthi RS, Chen RC, et al. Muscle-invasive bladder cancer: evaluating treatment and survival in the National Cancer Data Base. *BJU Int*. nov 2014;114(5):719-26.
3. Mayr R, et al. Comorbidity and Performance Indices as Predictors of Cancer-Independent Mortality But Not of Cancer-Specific Mortality After Radical Cystectomy for Urothelial Carcinoma of the Bladder. *European Urology*. oct 2012;62(4):662-70.
4. Lyon TD et al. Sarcopenia and Response to Neoadjuvant Chemotherapy for Muscle-Invasive Bladder Cancer. *Clinical Genitourinary Cancer*. juin 2019;17(3):216-222.e5.
5. Mayr R et al. Sarcopenia as a comorbidity-independent predictor of survival following radical cystectomy for bladder cancer: Sarcopenia and radical cystectomy. *Journal of Cachexia, Sarcopenia and Muscle*. juin 2018;9(3):505-13.
6. Garg T et al. Preoperative serum albumin is associated with mortality and complications after radical cystectomy: Preoperative albumin and radical cystectomy outcomes. *BJU Int*. juin 2014;113(6):918-23.
7. Zatori F, et al. Perioperative Outcomes and Early Survival in Octogenarians Who Underwent Radical Cystectomy for Bladder Cancer. *Urol Int*. 2018;100(1):13-7.
8. Novara G et al. Systematic Review and Cumulative Analysis of Perioperative Outcomes and Complications After Robot-Assisted Radical Cystectomy. *European Urology*. mars 2015;67(3):376-401.

Auteurs

1. CHU Purpan, Service Oncogériatrie, Toulouse, France
2. IUCT Oncopole, Département d'oncologie médicale, Toulouse, France
3. CHU Rangueil, Service d'Urologie, Toulouse, France
4. Biostatistics & Health Data Science Unit, Oncopole Claudius Regaud, IUCT-Oncopole, Toulouse, France