

# ONCOBOARDAGE : impact de la RCP oncogériatrique sur la décision thérapeutique chez les patients ≥ 70 ans

T. LAMY, A. PAGES, Z. AP THOMAS, G. BERAUD CHAULLET, M. IACOB, C. WILLEKENS, M. VALERY, N. NAOUN, C. NAGERA LAZAROVICI, C. BALDINI, M. FRELAUT  
Gustave Roussy, 114, rue Édouard Vaillant - 94805 Villejuif Cedex - France

## CONTEXTE

Il existe différents modèles de collaboration entre oncologue et gériatre qui intègrent l'intervention du gériatre dans le parcours de soins et la décision thérapeutique des patients âgés de 70 ans et plus, atteints de cancer.

La RCP oncogériatrique (OG) mise en place à Gustave Roussy en 2019 réunit oncologues, hématologues, gériatres, médecin spécialisé en soins palliatifs, pharmaciens et infirmières de pratique avancée. Son objectif est de fournir un avis collégial sur la faisabilité du traitement initialement prévu par l'oncologue référent, après une évaluation onco-gériatrique (EOG) préalable. Il existe peu de données sur l'apport de ce modèle dans la prise en charge des patients âgés atteints d'un cancer.

**Objectif** : Évaluer l'impact de la RCP oncogériatrique sur la décision finale de traitement chez les patients âgés de 70 ans et plus, ayant bénéficié d'une évaluation gériatrique pré-thérapeutique.

## METHODE

- Etude rétrospective monocentrique du 10.10.2022 au 04.10.2023
- Population :
  - Age ≥ 70 ans
  - Tumeur solide ou hématologique
  - Evaluation onco-gériatrique pré-thérapeutique
  - Présentation en RCP oncogériatrique
- Critère de jugement principal : taux d'adhésion entre le traitement proposé par la RCP oncogériatrique et le traitement oncologique finalement reçu

## RESULTATS

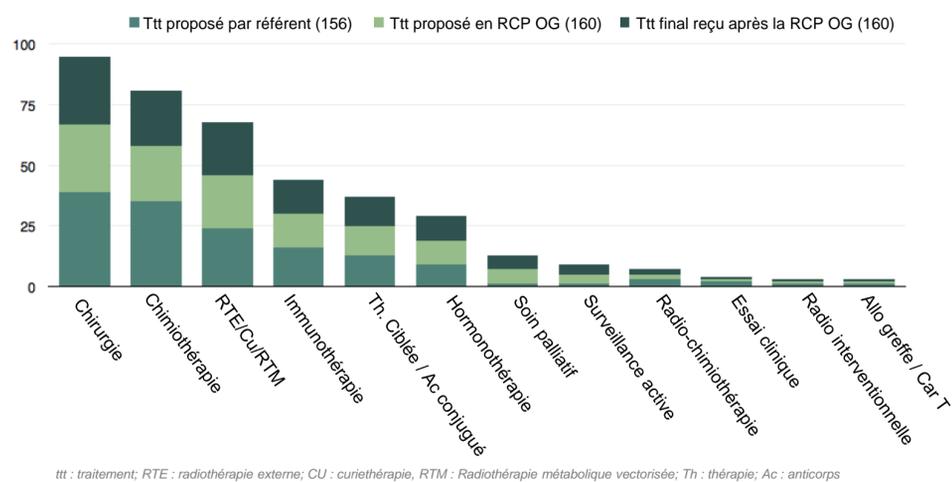
- 159 patients inclus
- La RCP OG rendait un avis favorable, favorable avec adaptation et défavorable dans 58%, 19% et 23% des cas respectivement
- **Le traitement final reçu correspondait au traitement proposé en RCP OG dans 75% (Fig 2)**
- Les variables associées à une proposition de désescalade thérapeutique par la RCP OG étaient l'âge et le score G8
- Le délai moyen entre la demande d'EOG par le référent et la RCP OG était de 3,1 semaines, et de 3,7 semaines entre la RCP OG et l'initiation du traitement oncologique

**Tabl 1 : caractéristiques des patients et association avec la proposition de désescalade thérapeutique en RCP OG (analyse univariée et multivariée)**

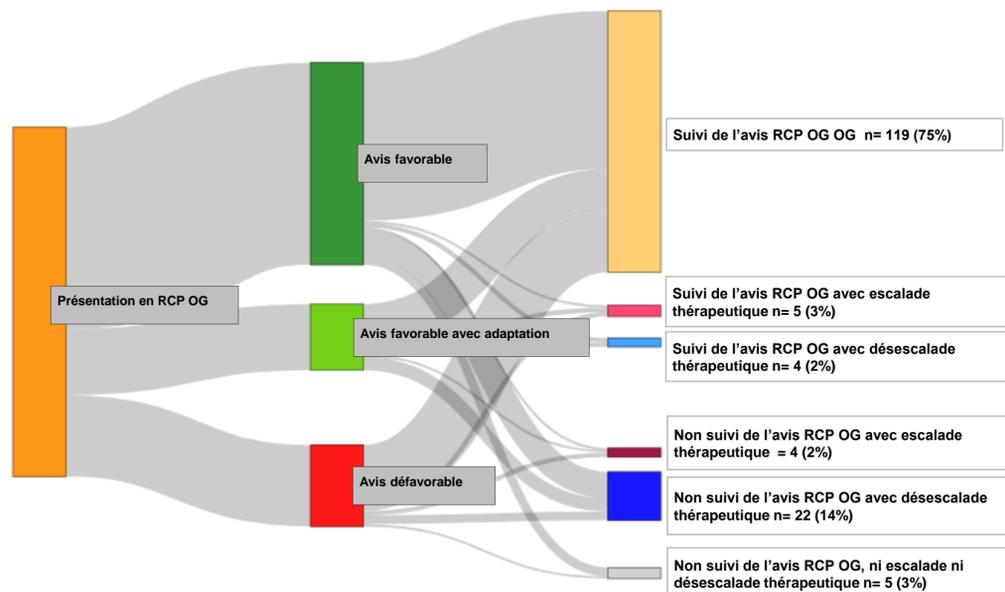
Variables	Patients n=159 (%)	Univariée OR (IC 95) <sup>a</sup>	p	Multivariée OR (IC 95) <sup>c</sup>	p
Genre M (%)	90 (57)	-	-	-	-
Age médian (Q1, Q3) ≥ 80 (%)	82 (78,87) 101 (63)	1,08 [1.03-1.15] 1,86 [0.95-3.6]	<b>0.002</b> 0.0711	1,08 [1.01-1.17]	<b>0.0241</b> <sup>b</sup>
SCORE G8 median (m.d.=43) ≤ 14 (%)	11 (9,13) 106 (66)	0,74 [0.63-0.87] 2,84 [0.57-14.02]	<b>&lt;0.001</b> <sup>b</sup> 0.200	0,82 [0.69-0.98]	<b>0,0270</b> <sup>b</sup>
PS (%) (m.d.=1)					
0	8 (5%)	-	-	-	-
1	70 (44)	-	-	-	-
2	47 (30)	-	-	-	-
3	33 (21)	5,09[2.17-11.90]	<b>&lt;0.001</b> <sup>b</sup>	-	-
FAMILLE DE CANCER (%)					
Digestif	21 (13)				
Urologique	21 (13)				
Gynécologique	7 (4)				
Sein	21 (13)				
Thoracique	11 (7)				
Dermatologique	16 (10)				
ORL	46 (29)				
hématologique	4 (3)				
Endocrinologique	3 (2)				
Sarcome	6 (4)				
Primitif inconnu	1 (1)				
Autre	2 (1)				
STADE (%)					
I	22 (14)				
II	18 (11)				
III	59 (37)				
IV	54 (34)				
non connu ou non adapté	6 (4)				
TRAITEMENT ANTERIEUR (%) (m.d.=6)					
au stade local	58 (37)				
au stade métastatique/avancé	19 (12)	0,43 [0.15-1.25]	0.121		
EVALUATION GERIATRIQUE					
ADL total median (Q1, Q3)	6 (5,5-6)	0,50 [0.32-0.78]	<b>0.002</b> <sup>b</sup>	0,79 [0.47-1.33]	0.376
IADL sur 4 median (Q1, Q3)	3 (2-4)	-	-	-	-
Score CIRS-G (%)					
≥ 1 comorbidité de G3	98 (62)	2,02 [1.41-2.90]	<b>&lt;0.001</b> <sup>b</sup>	1,42 [0.92-2.21]	0.117
≥ 1 comorbidité de G4	12 (8)	-	-	-	-
Polymédication (%) (m.d.=2)	105 (67)	2,05 [1.01-4.13]	<b>0.045</b> <sup>b</sup>	-	-
Perte de poids (%)	98 (62)	0,87 [0.46-1.66]	0.668	-	-
MMSE ≤ 23 (%) (m.d.=31)	44 (27)	1,23 [0.59-2.56]	0.588	-	-
Mini-GDS ≥ 1 (%) (m.d.=35)	40 (32)	1,81 [0.84-3.90]	0.130	-	-
Vitesse de marche Lente ou Non réalisable (%) (m.d.=2)	77 (49)	2,51 [1.31-4.80]	<b>0.005</b> <sup>b</sup>	1,25 [0.47-3.33]	0.6491
NCAS =11 (%) (m.d.=24)	2 (1)	1,51 [0.09-24.6]	0.772	-	-
Fragilité selon Classification SIOG (n=159)					
Robuste	13 (8%)				
Vulnérable	63 (40%)				
Fragile ou trop fragile	83 (52%)	3,25 [1.68-6.32]	<b>&lt;0.001</b> <sup>b</sup>		

OR : odds ratio, IC : intervalle de confiance, PS : Performans Status, ADL : activités de la vie quotidienne, IADL : activités instrumentales de la vie quotidienne, CIRS-G : Cumulative Illness Rating Scale-Geriatric, MMSE : mini mental state examination, GDS : Geriatric Depression Scale, NCAS, Polymédication suppose ≥ 5 médicaments, vitesse de marche lente suppose < 0,8m/s ; <sup>a</sup>OR non ajusté, <sup>b</sup>p < 0.05, <sup>c</sup>OR ajusté selon un modèle de régression logistique

**Fig 1 : Traitements oncologiques**



**Fig 2 : Diagramme de Sankey montrant le processus décisionnel thérapeutique**



## CONCLUSION

La RCP oncogériatrique de Gustave Roussy est un modèle de collaboration entre oncologues et gériatres qui aboutit à un consensus thérapeutique dans plus de 70 % des cas. Cependant, son positionnement dans le parcours de soins doit tenir compte des caractéristiques évolutives de la maladie afin de ne pas retarder l'initiation du traitement oncologique.

**Références**

- P. Cailliet et al. Clin Interv Aging. 2014 Sep 29;9:1645-60.
- SM Lichtman et al. J Clin Oncol. 2021 Jul 1;39(19):2217-2225
- A Schwartz et al. Bull Cancer. 2022 Jun;109(6):659-669.
- K.P.loh et al. ESMO Open 2024 10.1016/j.esmoop.2024.103657