

# CARACTERISTIQUES ET PARCOURS DE SOINS DES PATIENTS AGES ATTEINTS D'UN CANCER POUR LESQUELS UNE ABSTENTION THERAPEUTIQUE A ETE DECIDEE DANS LA COHORTE ELCAPA.

RAFFIN-RICARD JOEL

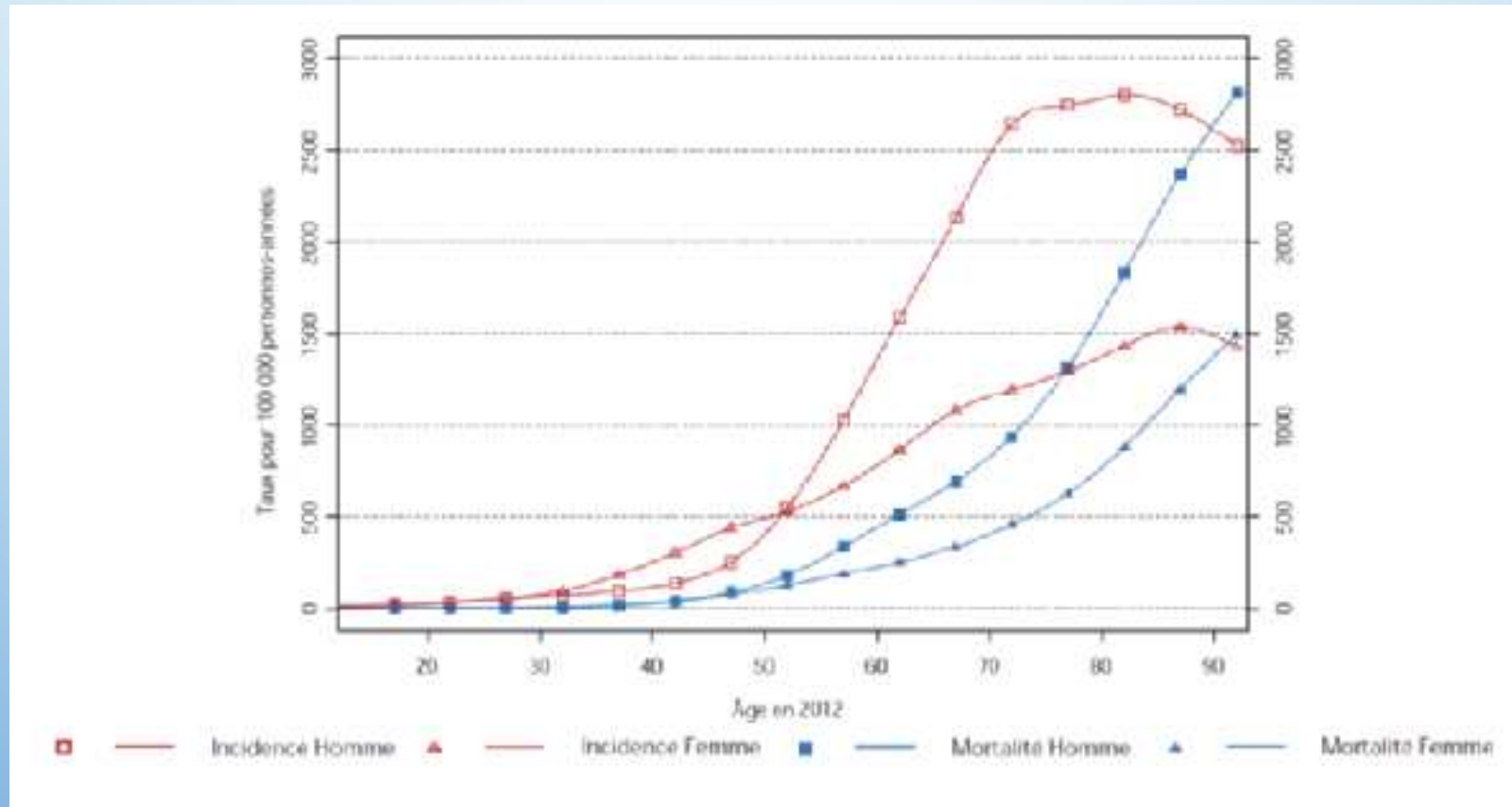
PHC HOPITAL ALBERT CHENEVIER, CRÉTEIL, VAL DE MARNE

PRÉSENTÉ POUR LE MÉMOIRE DE DESC ANNÉE 2017/2018

DIRECTEUR DE MÉMOIRE: MARIE LAURENT, MCU PH SERVICE DE MÉDECINE INTERNE ET GÉRIATRIE, A. CHENEVIER

# INTRODUCTION (1)

Le cancer : une maladie du sujet âgé



# INTRODUCTION (2)

## Population âgée hétérogène

Comorbidités, autonomie , facteurs psychosociaux



*Wildiers et al. J Clin Oncol. 2014*  
*Crome et al. Drugs Aging. 2011*

# INTRODUCTION (3)

- Évaluation Gériatrique Approfondie (EGA) recommandée par la SIOG  
Social, fonctionnel, nutritionnel, cognitif, thymique, comorbidités, mobilité

*Extermann et al. J Clin Oncol. 2005*

- A l'issue l'EGA : 10-20 % patients avec décision d'abstention thérapeutique

*Caillet et al. J Clin Oncol. 2011*

- Données de la littérature pauvres pour population en abstention thérapeutique

- Rôle du gériatre recommandé tout au long du parcours du patient âgé atteint de cancer

*Gosney Eur J Cancer 2007*

- Accès moindre aux soins de confort chez les patients âgés par rapport aux plus jeunes

*Gosney Eur J Cancer 2007*

# OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

1. Description de la population en abstention thérapeutique
  - Caractéristiques gériatriques
  - Caractéristiques oncologiques
  - Parcours de soins et devenir
2. Caractéristiques des patients décédés de façon précoce

# MÉTHODES

- Étude à partir de la cohorte [ELCAPA](#)
- Inclusion de patients entre janvier 2013 et juillet 2017
- Critères inclusion: patients de 70 ans et plus, atteints d'un cancer, suivi à l'hôpital H. Mondor, ayant été évalué lors d'une consultation onco-gériatrique, en abstention thérapeutique.
- Patients suivis jusqu'à leur décès ou jusqu'à la date de dernière nouvelle.
- Analyse du parcours de soins et de la prise en charge diagnostique et thérapeutique
  - Hospitalisations
  - Soins de support
  - Décès

# ELCAPA

- Cohorte prospective dynamique multicentrique. Inclusion consécutive des patients depuis le 25/01/2007
- Recueil des données sociodémographiques.
- Recueil de données sur le cancer
- Recueil des syndromes gériatriques
  - Statut fonctionnel (PS et ADL)
  - Risque de chute (timed get up and go et appui monopodal)
  - Dénutrition (MNA, albumine et IMC)
  - La présence de troubles cognitifs (MMS)
  - Le déclin thymique (mini GDS)
  - Recherche de comorbidités
- Existence d'une polymédication par l'examen des ordonnances
- Recueil de données biologiques (albu, créat, CRP)

# MÉTHODES

- Étude à partir de la cohorte ELCAPA
- Inclusion de patients entre janvier 2013 et juillet 2017
- Critères d'inclusion: patients de 70 ans et plus, atteints d'un cancer, suivi à l'hôpital H. Mondor, ayant été évalué lors d'une consultation onco-gériatrique, en abstention thérapeutique.
- Patients suivis jusqu'à leur décès ou jusqu'à la date de dernière nouvelle.
- Analyse du parcours de soins et de la prise en charge diagnostique et thérapeutique
  - Hospitalisations
  - Soins de support
  - Décès



# RÉSULTATS

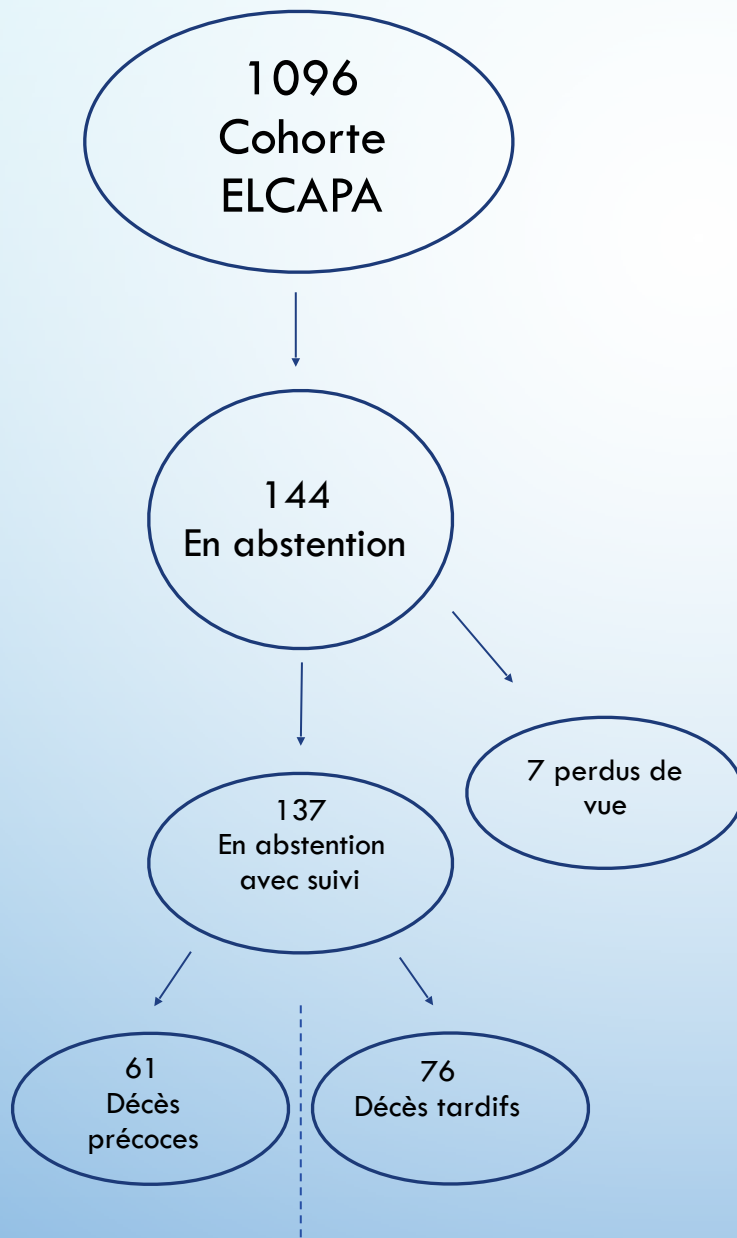
The background is a light blue gradient. In the top-left and bottom-right corners, there are several realistic-looking water droplets of various sizes, some overlapping. The droplets have highlights and shadows, giving them a three-dimensional appearance.

Caractéristiques des patients	N (%)
<b>Variables sociodémographiques</b>	
Sexe féminin	57(41,6)
Age (années ± moyenne)	83,3 ± 5,9
En couple	64(47,4)
<b>Lieu de vie</b>	
Domicile	127 (88,2)
Famille ou 1/3	4(2,8)
Foyer logement	6(4,2)
EHPAD/SLD	5(3,5)
Autre lieu de vie	2(1,4)
<b>Caractéristiques oncologiques</b>	
Cancer colorectal	25(18,2)
Cancer digestif haut	17(12,4)
Cancer de la prostate	3(2,1)
Cancer des voies urinaires/ vessie/rein	33(24,1)
Cancer hématologique	5(3,6)
Autres	54(54)
<b>Statut métastatique</b>	
Métastase péritonéale (N=54)	12(22,2)
Métastase pulmonaire (N=55)	25(45,4)
Métastase osseuse (N=55)	21(38,2)
Métastase au niveau du foie (N=63)	43(68,2)
Douleur d'origine cancéreuse	48 (36,1)

Tableau 1. Caractéristiques socio démographiques et oncologiques des patients en abstention thérapeutique (N=137)

Caractéristiques des patients	N (%)
ADL ≤ 5	85(63,4)
IADL ≤ 7	124(93,2)
Risque de chute (N=112)	109(75,7)
Aide à domicile	72(50,3)
APA	38(29,7)
MMS < 24 (N=93)	33(35,5)
Mini GDS ≥ 1 (N=121)	56(46,3)
<b>Etat nutritionnel</b>	
IMC ≥ 30 (N=129)	12(9,3)
IMC [21-30[	73(56,6)
IMC < 21	44(34,1)
MNA < 17	65(49,6)
Albumine < 35g/l (N=115)	91(79,1)
<b>Comorbidités</b>	
Polymédication (N=118)	86(72,9)
CIRS G grave (3-4)	115(88,5)
Clairance selon Cockcroft (ml/mn)	
> 60	41(32,0)
[30-60[	64(50)
<30	23(18)
Insuffisance cardiaque	35(25,5)
HTA	98(72,0)
Diabète	35(25,5)
Insuffisance respiratoire	19 (13,8)

Tableau 2. Caractéristiques gériatriques des patients en abstention thérapeutique. (N = 137)



Caractéristiques des patients (variables gériatriques)	Patients décédés au temps médian de survie	Patients non décédés au temps médian	PS	3-4	26(91,8)	44(57,8)	<0,0001
<b>PS</b>							
0-1	0	13(17,1)					
2	5(8,2)	19(25)					
3-4	26(91,8)	44(57,8)					
<b>ADL évaluation ≤ 5</b>							
	47(79,7)	38(50,7)	0,001		47(79,7)	38(50,7)	0,001
<b>IADL évaluation ≤ 7</b>							
	57(98,3)	67(89,3)	0,04				
<b>Risque de chute (N=106)</b>							
	39(100)	64(95,5)					
<b>Aide à domicile</b>							
	26(42,6)	43(57,3)					
<b>APA (N=123)</b>							
	11(21,1)	27(38,0)	0,04				
<b>MMS &lt; 24</b>							
	15(40,5)	18(32,1)	0,40				
<b>Mini GDS (GDS ≥ 1)</b>							
	30(55,6)	26(38,8)	0,07				
<b>Etat nutritionnel</b>							
<b>IMC ≥ 30</b>							
	2(3,5)	10(13,9)					
<b>IMC [21-30[</b>							
	34(59,6)	39(54,1)					
<b>IMC &lt; 21</b>							
	21(36,8)	21(36,9)					
<b>MNA &lt; 17</b>							
	39(68,4)	26(35,1)	<0,0001				
<b>Albumine &lt; 35g/l (N=115)</b>							
	46(86,5)	45(71,4)	0,02				
<b>Polymédication (N=118)</b>							
	40(83,3)	46(65,7)					
<b>CIRS G grave (3-4) (N=130)</b>							
	54(93,1)	61(84,7)					
<b>Clairance selon cockcroft (ml/mn) (N=128)</b>							
<b>&gt; 60</b>							
	21(35,6)	20(29)					
<b>[30-60[</b>							
	27(45,8)	37(53,6)					
<b>&lt;30</b>							
	11(18,6)	12(17,4)					
<b>HTA</b>							
	39(65)	59(77,6)	0,10				
<b>Diabète</b>							
	13(21,3)	22(28,9)	0,30				
<b>Insuffisance respiratoire</b>							
	11(18,6)	7(9,7)					
<b>Troubles sensoriels</b>							
<b>Trouble de la vue</b>							
	54(94,7)	72(96)	0,73				
<b>Trouble de l'audition</b>							
	26(44,8)	39(52)					
<b>CIRS G grave (3-4) (N=130)</b>							
					54(93,1)	61(84,7)	0,14

Tableau 3. Comparaison des caractéristiques gériatriques des patients en abstention thérapeutique selon le décès précoce ou non.

<b>Parcours de soins des patients</b>	<b>N= 122</b>
<b>Passage aux urgences</b>	<b>41(33,6)</b>
<b>Hospitalisations en réanimation</b>	<b>3 (2,4)</b>
<b>Hospitalisations non programmées</b>	<b>106 (87,6)</b>
<b>Nombre médian d'hospitalisations par patient</b>	<b>2[1-3]</b>
<b>Lieu de première hospitalisation</b>	
Urgences	42(34,7)
Unité de soins intensifs	1(0,8)
Autres services	78(64,4)
<b>Motif de première hospitalisation</b>	
Motif non connu	7(5,8)
Douleur	10(8,3)
Altération de l'état général	32(26,5)
Infection	4(3,3)
Pathologie cardiovasculaire	4(3,3)
Pathologie respiratoire	8(6,6)
Chute	8(6,6)
Saignement	4(3,2)
Symptomatologie neurologique	3(2,5)
Symptomatologie digestive	4(3,3)
Réévaluation oncologique	11(9,1)
Autre motif	21(17,36)
<b>Lieu de décès (N=56)</b>	
Domicile	1(1,5)
Unité aigue hors gériatrie	10 (15,4)
Gériatrie aigue	9 (13,8)
SSR	13 (20)
EHPAD	1(1,5)
USP	13(20)
Unité de Soins Intensifs	1(1,5)
Service d'oncologie	8(12,7)

# AUTRES RÉSULTATS POUR LES 122 PATIENTS DÉCÉDÉS

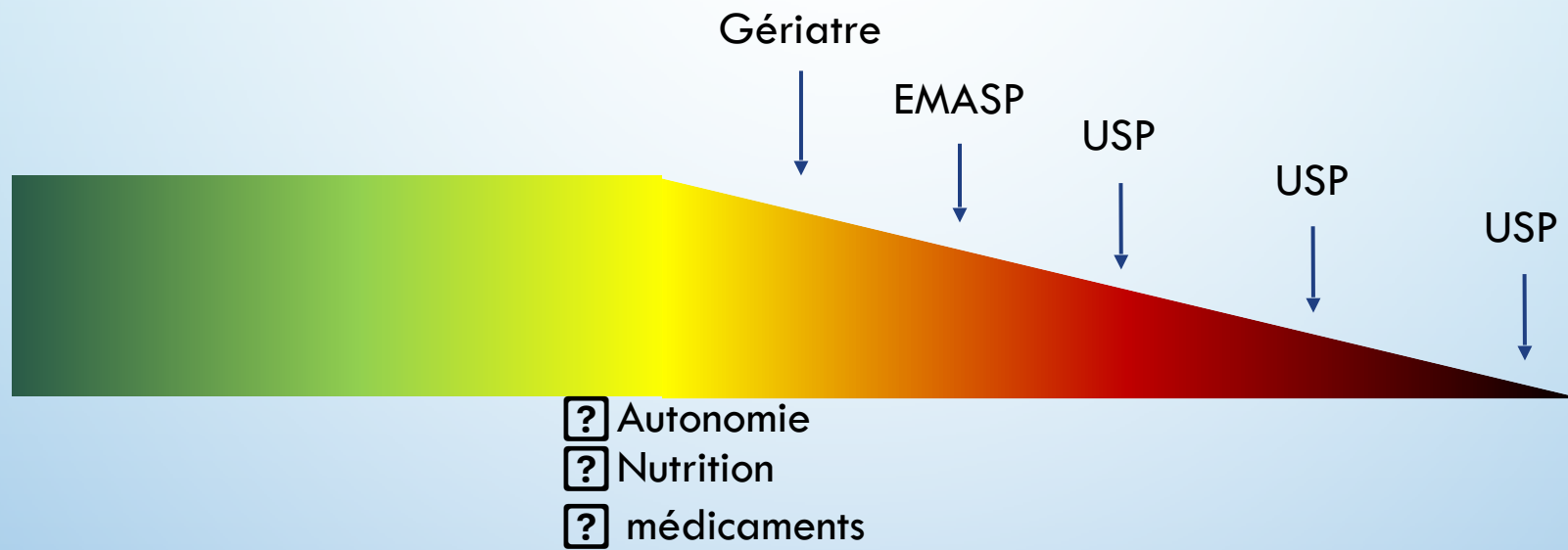
## Liés à la maladie

- Surreprésentation de cancers digestifs et de cancer à un stade métastatiques
- Principale cause de décès est le cancer (pour 51 patients soit 56,0%)

## Liés au suivi

- 13 sont décédés dans une unité de soins palliatifs.
- 11 patients ont été évalués lors de leur hospitalisation par une équipe mobile
- 6 ont bénéficié de soins de support
- 1 a été pris en charge par l'HAD
- Aucun n'a été pris en charge par un réseau.

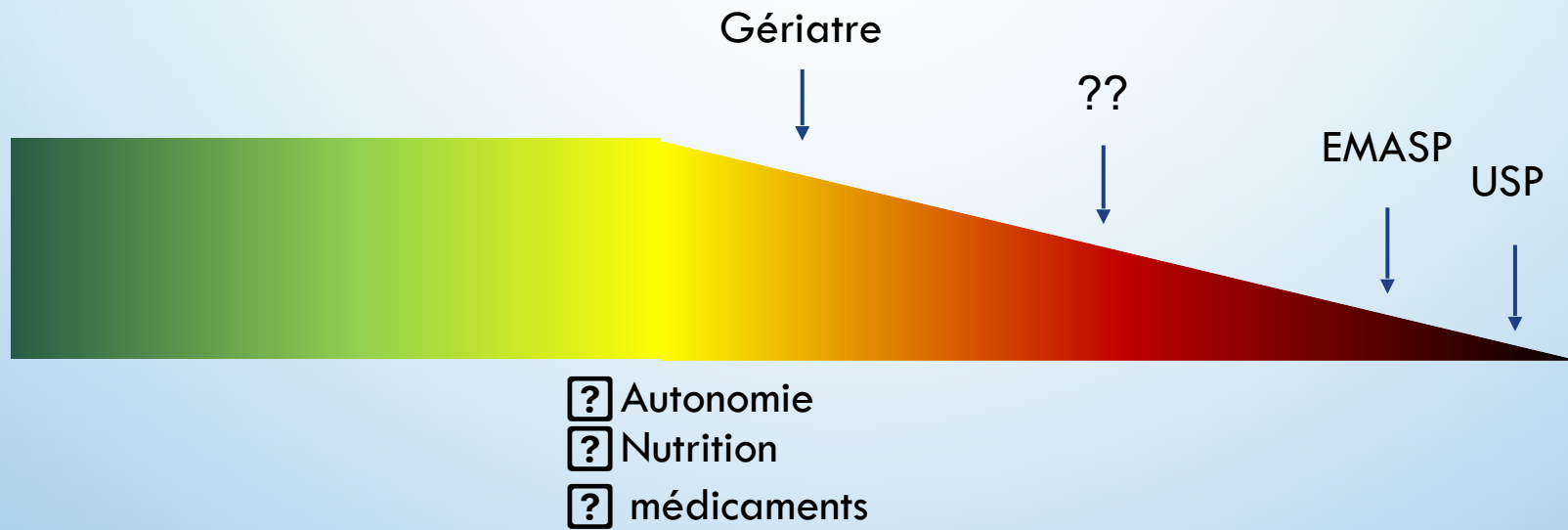
# DISCUSSION



## PRISE EN CHARGE ATTENDUE







## PRISE EN CHARGE CONSTATÉE

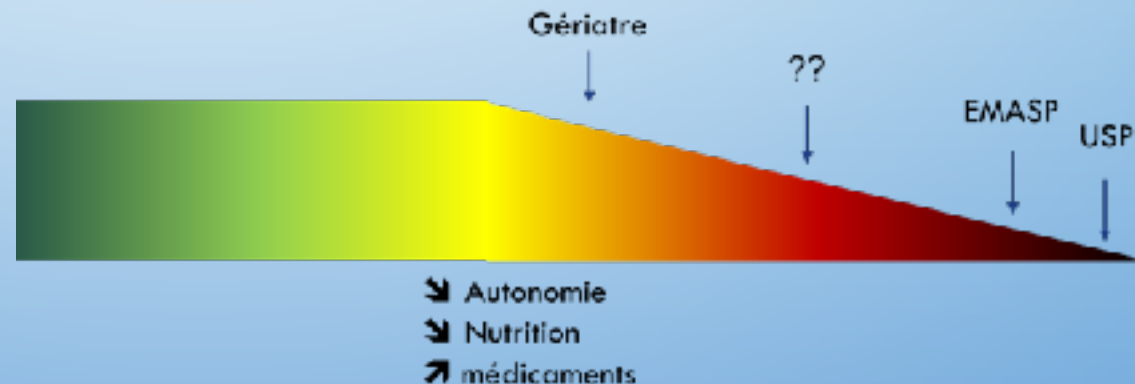


# DISCUSSION (SUITE)

- **Problème de santé publique**
  - Plan cancer et prise en charge de la fin de vie
  - Population particulière mais en constante croissance.
- **Validité interne:** cohorte solide, avec des données fiables et reproductibles
- **Validité externe:** peu d'étude française sur cette population.
  - Etude française convergence sur le recours aux urgences mais divergences sur les soins de support  
Gallais séréal et al dermatol. 2016
  - Étude anglo-saxonne retrouvant des résultats concordants sur les données d'hospitalisation (passage aux urgences, nbre de décès dans les services d'aigus).  
Earle et al. J clin oncol. 2004
- **Limites de l'étude**
  - Recrutement des patients
  - Sous-estimation de la prise en charge ambulatoire, probleme de traçabilité (suivi psychologique)

# PERSPECTIVES

- Rôle du gériatre déjà démontré pour l'évaluation initiale mais manque dans le suivi.
- Carence dans les soins d'accompagnement et de support (équipe de soins palliatifs et psychologue)
- Nécessité d'améliorer les soins de confort et l'accompagnement
- Nécessité d'une évaluation de l'impact de cet accompagnement sur la qualité de vie de cette population.
- Nécessité d'une évaluation des démarches thérapeutiques et des pratiques au cours des hospitalisations car notion de soins inappropriés dans la littérature chez les patients en fin de vie.



**MERCI DE VOTRE ATTENTION**