PROGRAMME PILOTE TRANS-HOSPITALIER D'ONCO-GÉRIATRIE

C. FOCAN (1), E. WARZEE (2), G. DEMOLIN (3), G. HOUBIERS (4), F. KREUTZ (5), G. MATUS (6), L. LONGREE (7),
C. SONNAG (8), F. DAMMEL (9), TH. GUILLAUME (10), M.P. GRAAS (11)

RÉSUMÉ : Les auteurs ont proposé à 296 patients cancéreux âgés de ≥ 70 ans, de bénéficier d'une évaluation gériatrique détaillée couplée à leur évaluation oncologique. De cette approche pluridisciplinaire concertée, plusieurs conclusions et pistes de réflexion ont émergé : renfort nécessaire de l'intervention des paramédicaux dans 15 à 32 % des cas; corrélation claire entre la catégorie d'âge, la baisse de l'indice clinique, l'altération de la fonction rénale et le caractère gériatrique; 67 % des cas évalués présentaient un profil gériatrique avéré; recommandations pour la prise en charge adaptée à la fragilité des patients (standard, adaptée ou purement palliative).

MOTS-CLÉS : *Oncologie - Profil gériatrique - Age > 70 ans*

A TRANS-HOSPITAL PILOT PROGRAMME FOR ONCO-GERIATRY.
THE EXPERIENCE OF THE CHC-LIEGE

SUMMARY : The authors offered to 296 consecutive cancer patients aged ≥ 70 to undergo a joint comprehensive geriatric and oncological assessment. After pluridisciplinary discussion, several reflections have emerged : the need in 15 - 32 % of cases to reinforce the role of the paramedical staff; the correlation between age, low clinical indices, alteration of renal function as well as geriatric characteristics; 67 % of evaluated cases presented a significant geriatric profile; recommendations for patients' management in relation to their pattern of frailty and health aging (standard, adapted or palliative treatment).

KEYWORDS : *Oncology - Geriatric assessment - Age > 70 years*

INTRODUCTION

L'onco-gériatrie est une discipline nouvelle appelée à un développement rapide dans un proche avenir. Assurément, deux phénomènes concourent à cet effet dans les contrées développées: d'une part, le vieillissement progressif de la population, et, d'autre part, l'incidence croissante du cancer avec l'âge (1).

Dans notre pays, l'espérance de vie d'un sujet de 60 ans est actuellement de 23 ans ! En plus de ce facteur épidémiologique, d'autres éléments contribuent à faire du cancer une maladie du vieillissement comme par exemple, la cancérogenèse en multiples stades, la sénescence du système immunitaire, des mécanismes de division cellulaire, ... (1). Quelque 50 % des cancers surviennent après 65 ans et 2/3 des décès par cancer se rencontrent dans cette catégorie d'âge (1). Le pic d'incidence du cancer du sein, par exemple, est aux alentours de la septantaine et 36 % des cas sont diagnostiqués après cet âge.

Par ailleurs les patients âgés sont clairement sous-représentés dans les études cliniques les plus importantes. Prenons quelques exemples. Dans les essais du South Western Oncology Group (SWOG), seulement 10 % des inclusions concernent des personnes de plus de 65 ans alors que ces dernières représentent 35 %

de la population cancéreuse américaine (1). Les sujets âgés ont été systématiquement écartés de récents essais de traitement adjuvant dans les cancers du sein (anti-aromatase; thérapie ciblée dont le trastuzumab) ou du côlon (traitement anti-angiogénèse par le bévécizumab, par exemple)... Même quand un essai n'a pas de limite d'âge, par crainte des effets secondaires importants, les oncologues hésitent à inclure leurs patients qui ne seraient pas en bon état général et montreraient quelque(s) comorbidité(s).

Dès lors, les patients oncologiques âgés auront moins de chance de bénéficier des traitements conseillés par les «guidelines». Il faut souligner à nouveau que ces recommandations sont proposées à partir d'études ayant récusé les patients âgés. Dès lors, la tolérance à ces traitements qui dépend de l'état général du patient, de sa compliance, mais aussi de ses réserves hématologiques et de la qualité de ses fonctions hépatiques et rénales, n'est pas clairement documentée (2). Or, on a bien montré que traiter à minima les sujets âgés peut réduire leur survie (3, 4).

Le cancer et ses traitements peuvent précipiter divers syndromes gériatriques, tels que le risque de chute, la malnutrition, le delirium (parfois facilité par l'exposition aux opioïdes ou aux benzodiazépines), l'incontinence urinaire.

(1, 3-9, 11) Département d'Onco-Hématologie, CHC Clinique Saint-Joseph, Liège.
(2,10) Département de Gériatrie, CHC Clinique Saint-Joseph, Liège.

*Appendice 1 lien :
<http://www.rmlg.ulg.ac.be/pages/echelleECOG.pdf>

Aussi, les co-médications absorbées au quotidien par les patients âgés peuvent avoir diverses interactions avec la métabolisation notamment hépatique (ie, interaction au niveau du cytochrome P450) ...

Une évaluation gériatrique détaillée (CGA- Comprehensive Geriatric Assessment) prenant en compte les besoins médicaux, fonctionnels, cognitifs et sociaux, et incorporant les souhaits du patient par rapport au niveau d'agressivité du traitement, pourrait offrir un modèle intégrant le soin oncologique dans le cadre d'une médecine gériatrique de pointe (3, 5-10). Quelques études ont été menées en ce sens récemment (5-10).

L'importance de l'activité de notre groupe hospitalier, le CHC-Liège, en particulier dans les domaines oncologique et gériatrique, nous a amenés à développer, soutenue par le Plan Cancer, une approche pragmatique de l'intérêt d'une évaluation onco-gériatrique coordonnée et intégrée.

Nous rapportons ici les résultats enregistrés au cours de la phase dite de screening, visant à définir les besoins d'une population non sélectionnée de 300 malades se présentant dans nos hôpitaux, soit pour un premier diagnostic, soit pour une nouvelle phase de la maladie.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

Les sujets âgés de plus de 70 ans, se présentant dans un de nos sites hospitaliers, porteurs d'un cancer nouvellement diagnostiqué ou en rechute, se sont vus proposer de bénéficier d'une évaluation gériatrique détaillée (Comprehensive Geriatric Assessment – CGA) ainsi que d'une évaluation oncologique (Comprehensive Oncological Assessment – CGO) coordonnée.

Sur le plan oncologique, en sus du staging habituel comportant, outre l'examen clinique et une biologie générale, les indices cliniques (Karnofsky Index – KI –de 100 à 0, et indice ECOG- de 0 à 4*) (voir appendice 1*) (11), et un bilan de la maladie en imagerie médicale, les patients ont bénéficié de l'administration de questionnaires s'intéressant à leur qualité de vie (EORTC QLQ-C30 et FACT) (12,13) ainsi qu'à leur ressenti psychologique en termes d'anxiété et de dépression (échelle HADS) (14)(voir appendice 1*).

Sur le plan gériatrique, les tests suivants ont été appliqués visant à évaluer divers composants gériatriques (tests ISAR – Identification Systématique des Aînés à Risque (15), SEGA

– Short Emergency Geriatric Assessment (16), et ADL – Activity Daily Living (17)), la dénutrition (test NRS – Nutritional Risk Screening (18) et MNA – Mini Nutrition Assessment (19)), la performance intellectuelle (MMSE - Mini Mental State Examination (20)) ainsi qu'un état dépressif éventuel (GDS-Geriatric Depression Scale) (21).

Les données enregistrées ont été encodées après normalisation parfois nécessaire, et traitées en tenant compte de l'âge des sujets. Elles sont présentées (généralement les valeurs moyennes, médianes et extrêmes) pour l'ensemble de la population incluse ainsi que pour les groupes d'âge $\geq 70-75$ ans, $\geq 75-80$ ans; ≥ 80 ans.

L'ensemble des tests spécifiques oncologiques et gériatriques a été effectué par une infirmière de coordination onco-gériatrique, spécialement recrutée et formée à cet effet, travaillant en collaboration étroite avec le groupe gériatrique, notamment le personnel de la liaison gériatrique de nos hôpitaux; deux personnes (FD puis CS) se sont successivement consacrées à cette tâche.

Les éléments recueillis individuellement ont été revus et discutés en concertation multidisciplinaire. A cette discussion participaient les oncologue et gériatre référents (CF; EW), l'infirmière de coordination qui avait procédé aux tests détaillés (FD, CS), ainsi que le médecin spécialiste ayant en charge le patient concerné (invité). Suite à cette évaluation pluridisciplinaire, deux axes de réflexion étaient proposés : l'un concernait l'utilité du renfort de l'intervention des paramédicaux (psychologues, diététiciens, kinésithérapeutes, assistants sociaux); l'autre permettait, après avoir classifié le patient selon son état gériatrique (critères de Balducci) (1, 2), de faire des recommandations quant au traitement. Ainsi, si le patient était considéré en bon état général et psychologique, un traitement standard paraissait possible (catégorie 1); s'il présentait des caractères de «fragilité» (ie : > 85 ans; femme; mobilité réduite, diminution des performances mentales et sensorielles; co-morbidités; statuts nutritionnel et social altérés...), un traitement adapté était conseillé (catégorie 2) tandis que, seule une prise en charge palliative (de confort) était retenue pour les patients présentant plusieurs co-morbidités et dont l'état général et cognitif était profondément altéré (3^{ème} catégorie) (voir aussi appendice 1*).

RÉSULTATS

Entre le 15.09.2009 et le 30.09.2011, 296 patients ont été inclus dans la première phase du projet pilote d'onco-gériatrie du CHC. Cette première phase visait à estimer globalement l'intérêt d'une évaluation couplée à la fois oncologique et gériatrique chez des sujets cancéreux non sélectionnés, âgés de plus de 70 ans.

CARACTÉRISTIQUES GÉNÉRALES DES PATIENTS

143 hommes et 153 femmes ont été recrutés. Leur âge médian était de 78,9 ans, leur âge moyen de 79,2 avec une distribution de 70 à 94,5 ans ($\geq 70-75$: 76 cas; $\geq 75-80$: 99 cas; ≥ 80 : 121 dont 12 ≥ 90). Trois sites hospitaliers, possédant chacun un service de gériatrie structuré, ont participé au recueil des données (Saint-Joseph : 227; Notre Dame Waremmes : 38; Notre Dame Hermalle : 31). Seulement 19 cas ont été considérés porteurs d'une maladie d'Alzheimer (7 %).

Le nombre de médicaments absorbés par les patients fut en moyenne de 5,3 (médiane : 4); il augmentait avec l'âge (tableau I).

ÉPREUVES BIOLOGIQUES

Les résultats récoltés sont repris aux tableaux II et III. On relèvera la fréquence de l'hypoprotéinémie et, particulièrement, de l'hypo-albuminémie (55 % des cas) (tableau II), le peu d'altérations de la fonction hépatique (tableau II) sans influence de l'âge, ainsi que l'altération progressive de la fonction rénale avec le vieillissement (tableau III).

EVALUATION ONCOLOGIQUE

L'origine des tumeurs (tableau IV) est variable. Il s'agit plus souvent d'un premier diagnostic (195 cas) que d'une rechute (101 cas). Sur les 253 cas de tumeurs solides, 123

(48,5 %) sont considérées métastatiques. Les services référents sont repris au tableau V (surtout les services d'oncologie, de gériatrie et de chirurgie); 190 patients ont été vus en hospitalisation et 106 en ambulatoire. Sur les 195 cas opérés, 85 seulement ont pu être évalués en préopératoire.

L'indice clinique des patients (tableau VI) s'altère progressivement avec l'âge. Par contre, le nombre de patients souffrant d'anxiété ou de dépression ne se modifie pas sensiblement avec l'avancée en âge (tableau VII).

L'analyse des questionnaires de qualité de vie après normalisation (valeurs entre 0,0 et 1,0) a permis de constater, en moyenne, une piètre qualité de vie, mais la distribution des valeurs, non dépendantes de l'âge, était très large (ex. : entre 0,04 et 0,71 pour le questionnaire EORTC-QLQ-C30; entre 0,01 et 0,95 pour divers items du questionnaire FACT; données non présentées).

EVALUATION GÉRIATRIQUE

Les tests de dépistage (ISAR, SEGA, ADL) montrent clairement la détérioration de la situation en fonction de l'âge (tableau VIII). De même, avec l'âge, l'état nutritionnel et les performances intellectuelles des patients s'altèrent (tableau IX). Environ 30 % des patients présentent un état dépressif (tableau IX), mais ici l'âge n'a pas d'influence.

CONCERTATIONS MULTIDISCIPLINAIRES

De la discussion pluridisciplinaire, sont ressortis les éléments suivants :

Suggestion de renforcer l'intervention des paramédicaux dans 15 à 32 % des cas (tableau X); on notera l'absence d'effet-âge.

L'intérêt d'une catégorisation du patient en composante gériatrique selon 3 groupes (tableau XI); ici, la corrélation est claire entre le caractère gériatrique et la catégorie d'âge.

TABLEAU I. NOMBRE DE MÉDICAMENTS

	Ensemble n : 296	$\geq 70-75$ ans n : 76	$\geq 75-80$ ans n : 99	≥ 80 ans n : 121
Moyenne	5,3	4,3	5,2	5,9
Médiane	4	4	5	5
Écart	0 - 20	0 - 9	0 - 14	0 - 20

TABLEAU II. BIOLOGIE (I)

Protéines et albumine				
Variable (Nombre de cas)	Ensemble	≥70-75 ans	≥ 75-80 ans	≥ 80 ans
Protéines <60 gr/l (n :268)	34,7%	43%	37,9%	38,1%
Albumine <35 gr/l (n :183)	55,2%	51,1%	54,1%	58,2%
Remarques : - Incidence de l'hypoalbuminémie indépendamment de l'âge - Nombreux taux d'albumine manquants				
Fonction hépatique				
Variable (Nombre de cas)	Ensemble	≥ 70-75 ans	≥ 75-80 ans	≥ 80 ans
TGP ≥ 30U/l (n :282)	22,3 %	20,5 %	20,6 %	24,8 %
Phosphatases Alcalines > 104 U/l (n : 269)	32,7 %	24,6%	30,7 %	39,3 %
Bilirubine>12 mg/l (n :275)	8,3%	5,5 %	7,8 %	10,5 %

TABLEAU III. BIOLOGIE (II)

Fonction rénale				
Variable	Ensemble (n :288)	≥70-75 (n :74)	≥75-80 (n :95)	≥ 80 (n :119)
Créatinine > 10mg/l	26,7%	20,3 %	21,1%	35,7%
Variable	Ensemble (n : 269)	≥ 70-75 (n : 68)	≥ 75-80 (n :88)	≥ 80 (n :113)
Clearance créatinine ≤ 60 ml/min	26,8%	14,7%	22,7%	37,2%
≤50 ml/min	19,7%	10,3%	17,0%	27,0%
Remarque : effet de l'âge				

TABLEAU IV. TUMEURS PRIMITIVES

• Digestives :	94
• Sein :	47
• Uro-génitales :	28
• Hématologiques :	43
• Poumons :	30
• ORL :	7
• Gynécologiques :	29
• Divers :	18
Premier diagnostic :	195
Récidive :	101

TABLEAU V. SERVICES RÉFÉRENTS

• Oncologie :	153
• Gastro-entérologie :	16
• Gériatrie :	51
• Chirurgie :	49
• Gynécologie :	12
• Pneumologie :	7
• Divers :	8
Patients hospitalisés :	190
Patients ambulatoires :	106

TABLEAU VI. INDICES CLINIQUES

ECOG (% patients) (1)				
Score	Ensemble (n:296)	≥ 70-75 ans (n:76)	≥ 75-80 ans (n:99)	≥ 80 ans (n :121)
0	10,2	18,4	12,1	3,3
1	41,4	53,9	41,4	33,3
2	21,7	15,8	17,2	29,2
3	24,1	12,9	26,3	30,0
4	2,7	0,0	3,0	4,2
KARNOFSKY (% patients) (2)				
Score	Ensemble (n :296)	≥ 70-75 ans (n:76)	≥ 75-80 ans (n:99)	≥ 80 ans (n :121)
≥ 80-100	60.7	81.6	64.6	43.8
≥ 60-80	27.1	13.2	21.2	40.8
≥ 40-60	11.9	5.3	14.1	14.8
< 40	0.3	0.0	0.0	0.8
Remarque : effet de l'âge				

TABLEAU VII. HADS ANXIÉTÉ – DÉPRESSION (% PATIENTS)

Variable (nombre)	Ensemble (n : 260)	≥ 70 - 75 ans (n : 74)	≥ 75 - 80 ans (n : 90)	≥ 80 ans (n : 96)
HADS Anxiété (/21)				
≥ 8-14 ±	36,3	33,8	40,0	34,7
≥ 15 +++	3,1	0,0	8,8	0,0
HADS Dépression (/21)				
≥ 8-14 ±	36,2	33,8	40,0	34,4
≥ 15 +++	5,4	2,7	7,8	5,2

TABLEAU VIII. ÉVALUATION GÉRIATRIQUE GÉNÉRALE ET ADL (ACTIVITY DAILY LIVING) (% PATIENTS)

Variable (nombre)	Ensemble	≥ 70-75 ans	≥ 75-80 ans	≥ 80 ans
ISAR (/6) G si > 2 (287)	87,8	74,6	93,8	90,7
SEGA (/26)				
• <8 : G+	23,9	54	17,1	10,8
• 9-11: G++	36,1	31	42,4	36,6
• ≥ 12: G+++ (293)	37,5	14,9	40,4	58,9
ADL (/24) > 6 (290)	44,5	28,0	39,2	59,3
Remarque : effet de l'âge				

On relèvera ainsi que 67 % des cas évalués avaient un profil gériatrique avéré.

Des recommandations pour la prise en charge thérapeutique proposée qui, selon les caractéristiques gériatriques du patient, est soit standard, soit adaptée à la fragilité du sujet ou purement palliative (tableau XII). Au-delà de 80 ans, 72 % des patients étaient classés «fragiles» ou «palliatifs».

DISCUSSION

Après d'autres auteurs, nous avons voulu tester l'intérêt d'une évaluation gériatrique détaillée dans une population non sélectionnée de patients cancéreux âgés de plus de 70 ans. Ces patients se présentaient pour un premier

diagnostic ou pour une nouvelle évolution de l'histoire de la maladie.

Sur le plan des évaluations oncologiques qui furent couplées aux analyses gériatriques, vu l'absence d'influence significative de l'âge sur les résultats, il est probable que l'on puisse se passer des approches détaillées concernant la qualité de vie, l'anxiété, la dépression. Par contre, les indices cliniques s'avèrent pertinents et progressivement altérés avec l'âge.

De même, sur le plan gériatrique, le caractère gériatrique et/ou fragile des sujets est bien évalué par les tests de dépistage qui peuvent orienter vers une évaluation gériatrique plus détaillée. Avec l'âge, nous voyons se détériorer l'état nutritionnel, les performances intellectuelles, ainsi que la fonction rénale, tandis que s'expriment davantage les composantes spécifiquement gériatriques.

Ces observations rejoignent d'autres analyses publiées antérieurement (1-3, 5, 7-10).

Les discussions pluridisciplinaires ont montré l'intérêt de renforcer l'intervention des staffs paramédicaux mais aussi la fréquence avec laquelle les patients ne devraient pas bénéficier d'une prise en charge oncologique standard (67 % des patients sont en effet définis avec un caractère gériatrique avéré; 62 - 72 % des cas sont considérés comme fragiles ou palliatifs au-delà de 75 ans !).

Dès lors, l'intérêt d'une évaluation gériatrique détaillée, au minimum chez les patients dépistés par des tests simples (SEGA, ISAR, ADL) nous paraît évident (15-17). Certes la plupart de ces échelles ne sont pas réellement validées, notamment en oncologie. C'est ainsi que le test ISAR n'a été validé qu'en service d'urgences (15) et que le test SEGA, quoique déjà très largement appliqué, n'a pas encore reçu une validation internationale, restant donc un outil éducatif ! (16). Cependant, nous avons appliqué ces deux tests, par ailleurs utilisés au quotidien dans les services de gériatrie, en particulier le test SEGA (tableau VI), non pas en vue de les valider, mais en tant qu'outil de dépistage de la composante gériatrique éventuelle chez nos patients cancéreux âgés de plus de 70 ans. D'autres tests comparables ont aussi été appliqués en oncologie sur une large échelle dans le même but. C'est ainsi que l'outil G8 a permis d'apprécier les caractéristiques gériatriques éventuelles dans plusieurs études multicentriques internationales et nationales chez plus de 4.000 sujets (23, 24). L'ensemble des items évalués dans le G8 se retrouvent sou-

TABLEAU IX. ÉVALUATION GÉRIATRIQUE DÉTAILLÉE : ÉTAT NUTRITIONNEL (NRS, MNA), PERFORMANCES INTELLECTUELLES (MMSE) ET ECHELLE DE DÉPRESSION (GDS)(% PATIENTS)

Variable (nombre)	Ensemble	≥ 70-75 ans	≥ 75-80 ans	≥ 80 ans
NRS (/7) ≥ 3 (288)	40,6	35,1	45,4	40,2
MNA (/30) ≥ 23,5 (ok) ≥ 17-23,5 (risque) > 17 (malnutrition) (277)	27,4 46,9 25,5	37,8 45,9 16,2	22,6 49,5 28,0	24,5 45,5 30,0
MMSE (/30) Altéré < 24 (moy) (267)	31,5	17,8	41,9	41,5
GDS (/30) ≥ 20: Dépression: +++ ≥ 10-19: Dépression: + 0-9: Dépression: 0 (260)	3,5 27,7 67,3	0,0 31,1 68,9	4,5 28,1 67,4	5,2 28,9 66,0
Remarque : effet de l'âge pour 3 premières variables				

TABLEAU X. INTERVENTION DES PARAMÉDICAUX (%)

Intérêt de :	Ensemble (n:296)	≥ 70-75 (n:76)	≥ 75-80 (n:99)	≥ 80 ans (n:121)
Psychologues	22,6	21,1	30,3	17,4
Diététiciennes	32,4	28,9	42,4	26,4
Kinésithérapeutes	14,5	11,8	18,2	13,2
Assistante sociale	27,7	28,9	31,3	24,0

TABLEAU XI. CMO ONCO-G => PROFIL G (% PATIENTS)

	Ensemble (n:296)	≥ 70-75 (n:76)	≥ 75-80 (n:99)	≥ 80 (n:121)
Pas G	2,7	7,9	2,0	0,8
G+	30,1	53,9	28,3	16,5
G++	25,3	19,7	29,3	25,6
G+++	41,6	18,4	40,4	57,0
Remarque : effet âge! 67% cas ont un profil G ++ ou +++				

vent avec plus de détails dans le test SEGA ici administré (appendice 1*) (24). Nous pensons donc que l'utilité démontrée de ce type de tests chez des patients oncologiques âgés vaut validation. Il est cependant acquis que notre travail ne prétendait nullement valider une quelconque échelle gériatrique, son but étant bien de trouver une méthode simple et utile de recruter, après dépistage, les sujets cancéreux de plus de 70 ans présentant l'un ou l'autre déterminant du sujet âgé.

En Angleterre, depuis déjà quelques années, la CGA (Comprehensive Geriatric Assessment) est devenue un outil important pour la plani-

fication thérapeutique en médecine gériatrique (pas seulement oncologique) (5). Les oncologues, conscients de l'apport possible de la CGA, ont montré récemment que cet apport pouvait détecter les multiples problèmes des sujets âgés (1-3, 5, 7-10). Prenant en compte les enseignements de la CGA, on a noté une réduction du déclin fonctionnel et une amélioration de la santé mentale des patients cancéreux sans accroissement des coûts thérapeutiques (3, 4). Aussi, quoique sans clair bénéfice en termes de survie globale, on a pu noter des améliorations significatives en termes de qualité de vie, mobilité, interaction sociale et morale (3, 5, 9).

TABLEAU XII. CMO ONCO-G => RECOMMANDATIONS THÉRAPEUTIQUES (% PATIENTS)

	Ensemble (n:296)	>=70-75 (n:76)	>=75-80 (n:99)	>=80 (n:121)
Standard	40,9	65,8	37,4	28,1
Fragile	34,4	26,3	39,4	35,5
Palliatif	24,7	7,9	23,2	36,4

Remarque : large effet âge! 72% cas fragiles (= adaptation thérapeutique) ou 'palliatifs' dans le groupe >= 80

Une CGA évaluant l'état fonctionnel et mental, les co-morbidités, les conditions socio-économiques, la nutrition, la poly-pharmacie ainsi que la présence ou l'absence de syndromes gériatriques, paraît donc indispensable dans la prise en charge des sujets cancéreux âgés; le National Cancer Center Network (NCCN) l'a d'ailleurs récemment recommandée (3).

Cependant, en pratique quotidienne, la CGA est rarement appliquée en raison du temps nécessaire pour la réaliser correctement (minimum 1h par séance dans notre expérience), du manque de staff dédié, même dans les gros hôpitaux académiques, et du faible remboursement prévu par la sécurité sociale (un remboursement partiel peut être perçu en Belgique chez les sujets âgés de plus de 75 ans). Dès lors, l'intérêt se porte vers des outils de détection tels que ceux utilisés dans notre étude ou d'autres (VES-13; Vulnerable Elders Survey; GFI- Groningen Frailty Index; G8 (24)) dont la performance en oncologie demanderait aussi une validation prospective (22- 24). En pratique, dès lors, seuls les patients avec de mauvais scores gériatriques seraient orientés vers une évaluation gériatrique complète.

CONCLUSION

Nos conclusions rejoignent les propositions qui seront développées et implémentées dans le cadre du nouveau projet d'onco-gériatrie largement multicentrique qui sera coordonné par l'équipe de la KUL et aussi soutenu par le Plan Cancer Belge. Dans cette étude, le test G8 (23, 24) sera utilisé comme outil de dépistage.

BIBLIOGRAPHIE

- Muss HB, Cohen HJ, Lichtman SM.— Clinical research in the older cancer patient. *Hematol Oncol Clin North Am*, 2000, **14**, 283-291.
- Balducci L.— Aging, frailty, and chemotherapy. *Cancer Control*, 2007, **14**, 7-12.
- Balducci L, Colloca G, Cesari M, Gambassi G.— Assessment and treatment of elderly patients with cancer. *Surg Oncol*, 2010, **19**, 117-123.
- Bouchardy C, Rapiti E, Fioretta G, et al.— Undertreatment strongly decreases prognosis of breast cancer in elderly women. *J Clin Oncol*, 2003, **21**, 3580-3587.
- Chen CCH, Kenefick AL, Tang ST, McCorkle R.— Utilization of comprehensive geriatric assessment in cancer patients. *Critical Reviews in Oncology Hematology*, 2004, **49**, 53-67.
- Cohen HJ, Feussner JR, Weinberger M, et al.— A controlled trial of inpatient and outpatient geriatric evaluation and management. *New Engl J Med*, 2002, **346**, 905-912.
- Extermann M, Aapro M, Bernabei R, et al.— Use of comprehensive geriatric assessment in older cancer patients : recommendations from the task force on CGA of the International Society of Geriatric Oncology (SIOG). *Crit Rev Oncol Hematol*, 2005, **55**, 241-252.
- Ferrucci L, Guralnik JM, Cavazzini C, et al.— The frailty syndrome : a critical issue in geriatric oncology. *Crit Rev Oncol Hematol*, 2003, **46**, 127-137.
- Rodin MB, Mohile SG.— A practical approach to geriatric assessment in oncology. *J Clin Oncol*, 2007, **25**, 1936-1944.
- Terret C.— How and why to perform a geriatric assessment in clinical practice. *Ann Oncol*, 2008, **19**, 300-303.
- Suh SY, Leblanc TW, Shelby RA, et al.— Longitudinal patient-reported performance status assessment in the cancer clinic is feasible and prognostic. *J Oncol Pract*, 2011, **7**, 374-381.
- Hinz A, Eienkel J, Briest S, et al.— Is it useful to calculate sum scores of the quality of life questionnaire EORTC QLQ-C30 ? *Eur J Cancer Care*, 2012, **21**, 677-683.
- Joly F, Lange M, Rigal O, et al.— French version of the functional assessment of cancer therapy-cognitive function (FACT-Cog) Version 3. *Support Care Cancer*, 2012, **20**, 3297-3305.
- Zigmond AS, Snaith RP.— The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*, 1983, **67**, 361-370.
- Mc Cusker J, Bellavance F, Cardin S, et al.— Detection of older people at increased risk of adverse health outcomes after an emergency visit : the ISAR screening tool. *J Am Geriatr Soc*, 1999, **47**, 1229-1237.
- Pallis AG, Wedding U, Lacombe D, et al.— Questionnaires and instruments for a multidimensional assessment of the older cancer patient : what clinicians need to know ? *Eur J Cancer*, 2010, **46**, 1019-1025.
- Saliba D, Elliott M, Rubenstein LZ, et al.— The Vulnerable Elders Survey : a tool for identifying vulnerable older people in the community. *J Am Geriatr Soc*, 2001, **49**, 1691-1699.

18. Cereda E, Limonta D, Pusani CD, Vanotti A.— Geriatric nutritional risk index : a possible indicator of short-term mortality in acutely hospitalized older people. *J Am Geriatr Soc*, 2006, **54**, 1011-1012.
19. De Luis DA, Lopez Mongil R, Gonzalez Sagrado M, Group NOVOMET, et al.— Evaluation of the mini-nutritional assessment short-form (MNA-SF) among institutionalized older patients in Spain. *Nutr Hosp*, 2011, **26**, 1350-1354.
20. Macuco CR, Batistoni SS, Lopes A, et al.— Mini-mental state examination performance in frail, pre-frail and non-frail community dwelling older adults in Ermelino Matarazzo, Sao Paulo, Brazil. *Int Psychogeriatr*, 2012, **1**, 1-7.
21. Mystakidou K, Parpa E, Tsilika E, et al.— Geriatric depression in advanced cancer patients : the effect of cognitive and physical functioning. *Geriatr Gerontol Int*, 2012, abstr 1147-0594.
22. Mohile SG, Bylow K, Dale W, et al.— A pilot study of the Vulnerable Elders Survey-13 compared with the comprehensive geriatric assessment for identifying disability in older patients with prostate cancer who receive androgen ablation. *Cancer*, 2007, **109**, 802-810.
23. Hamaker ME, Jonker JM, de Rooij S, et al.— Frailty screening methods for predicting outcome of a comprehensive geriatric assessment in elderly patients with cancer; a systematic review. *Lancet Oncol*, 2012, **13**, e437-444.
24. Bellera CA, Rainfray M, Mathoulin-Pelissier S, et al.— Screening older cancer patients : first evaluation of the G-8 geriatric screening tool. *Ann Oncol*, 2012, **23**, 2166-2172.

Les demandes de tirés à part sont à adresser au
Dr. C. Focan, CHC-Clinique Saint-Joseph, Rue de
Hesbaye 75, 4000 Liège, Belgique
Email : christian.focan@chc.be