



En quoi
la prise en charge **gériatrique**
est-elle **primordiale** en
hématologie ?

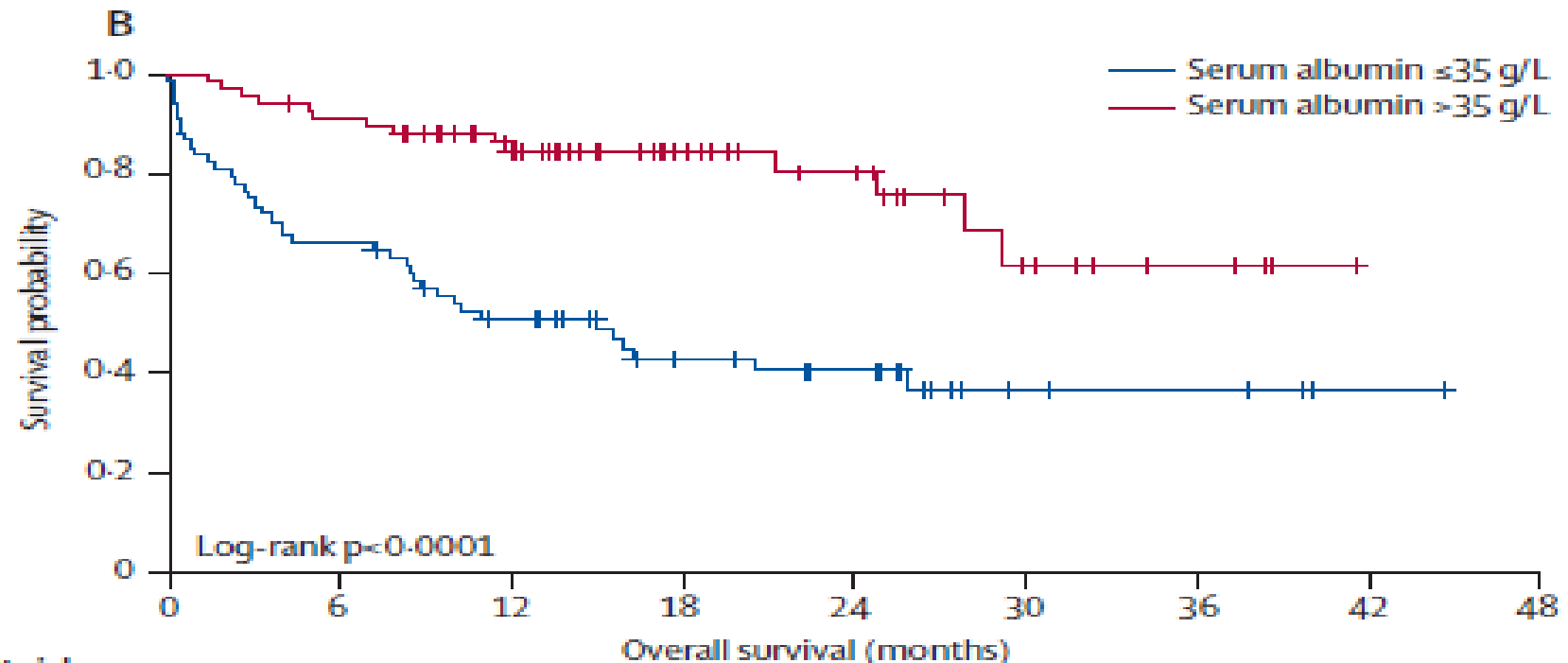
Pierre Soubeyran
Institut Bergonié, Bordeaux

Une prise en charge **gériatrique** est **primordiale** pour les patients âgés avec une hémopathie maligne



Parce qu'une partie des déterminants du pronostic est **gériatrique**

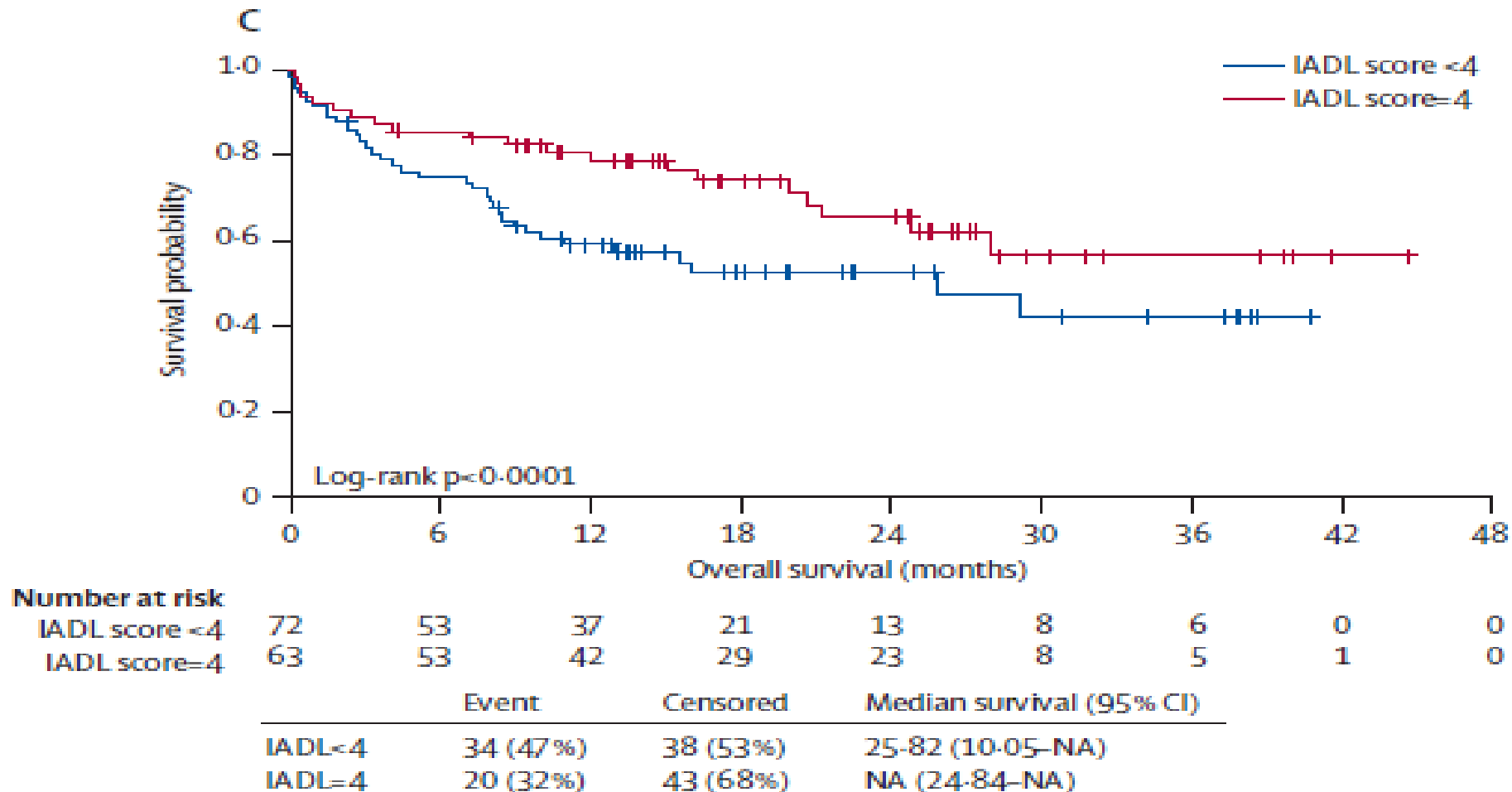
Le pronostic est en partie gériatrique



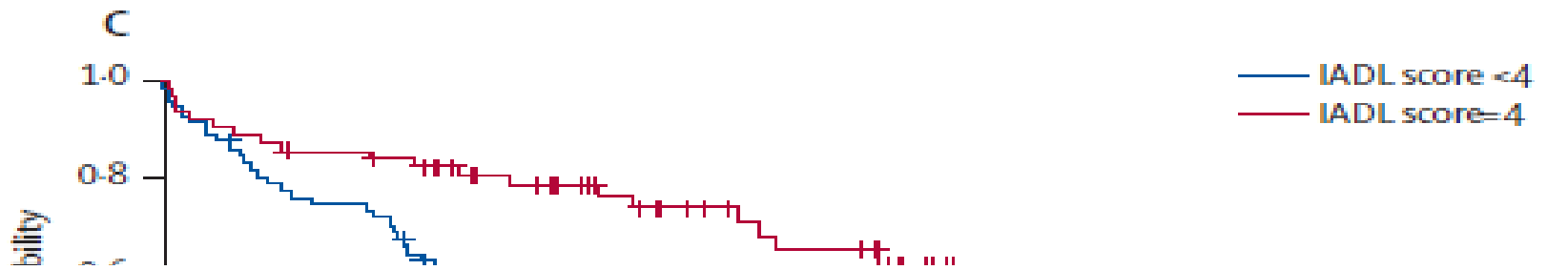
Number at risk									
	0	6	12	18	24	30	36	42	48
Serum albumin ≤ 35 g/L	68	45	32	19	15	5	4	1	0
Serum albumin > 35 g/L	68	61	46	26	18	8	4	0	0

	Event	Censored	Median survival (95% CI)
Serum albumin ≤ 35 g/L	39 (57%)	29 (43%)	15.11 (8.51-NA)
Serum albumin > 35 g/L	14 (21%)	54 (79%)	NA (29.14-NA)

Le pronostic est en partie gériatrique



Le pronostic est en partie gériatrique

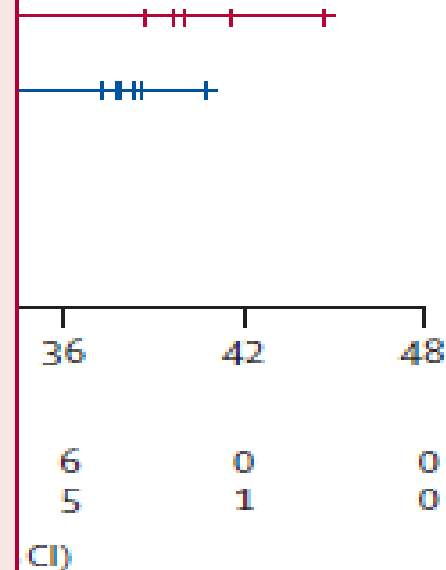


	Hazard ratio (95% CI)	p value
Age-adjusted IPI 2-3	1.4 (0.6-3.5)	0.46
Number of extranodal sites >1	1.2 (0.6-2.4)	0.59
Serum albumin \leq 35g/L	3.2 (1.4-7.1)	0.0053
β 2-microglobulin \geq 3mg/L	0.9 (0.4-1.9)	0.75
Tumour mass >10 cm	1.4 (0.6-2.9)	0.43
IADL score <4	1.9 (1.0-3.9)	0.064

IPI=international prognostic index. IADL=instrumental activities of daily living.

Table 3: Multivariate analyses of prognostic factors for overall survival

IADL <4 20 (24%) 43 (50%) 194 (24-04-194)



Le pronostic est en partie gériatrique

Comprehensive Geriatric Assessment

Fit

Age <80

Independent (ADL 6)

<3 grade 3 comorbidities

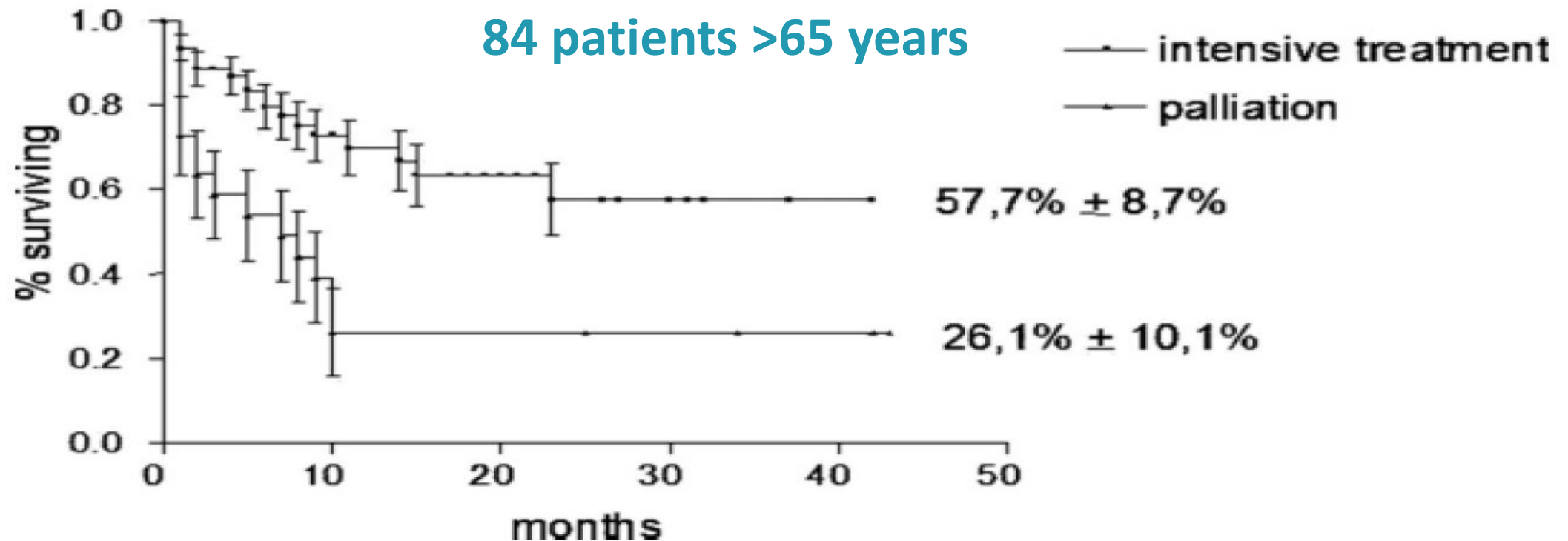
No grade 4 comorbidity

No geriatric syndrome

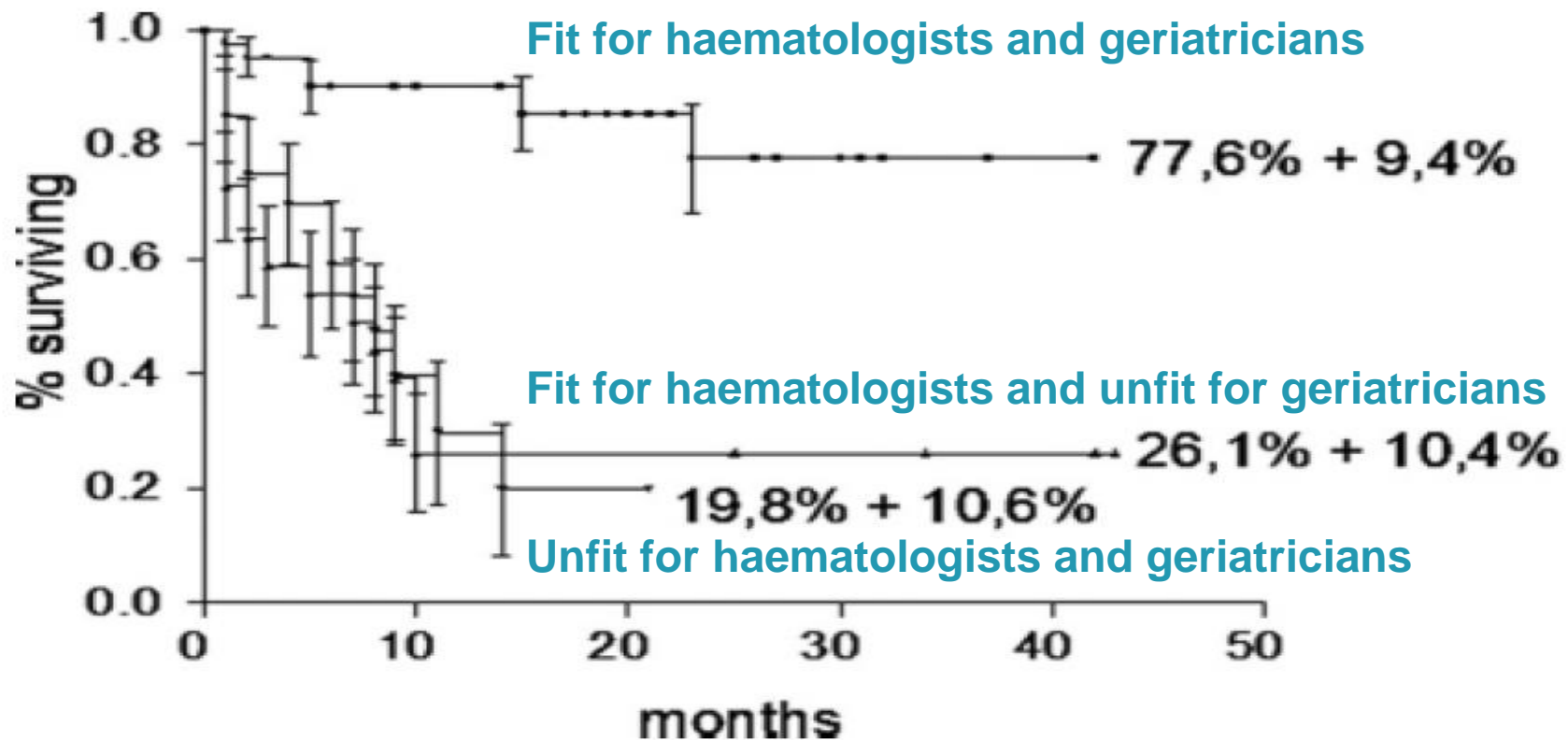
Fragile

All other patients

Le pronostic est en partie gériatrique



Le pronostic est en partie gériatrique



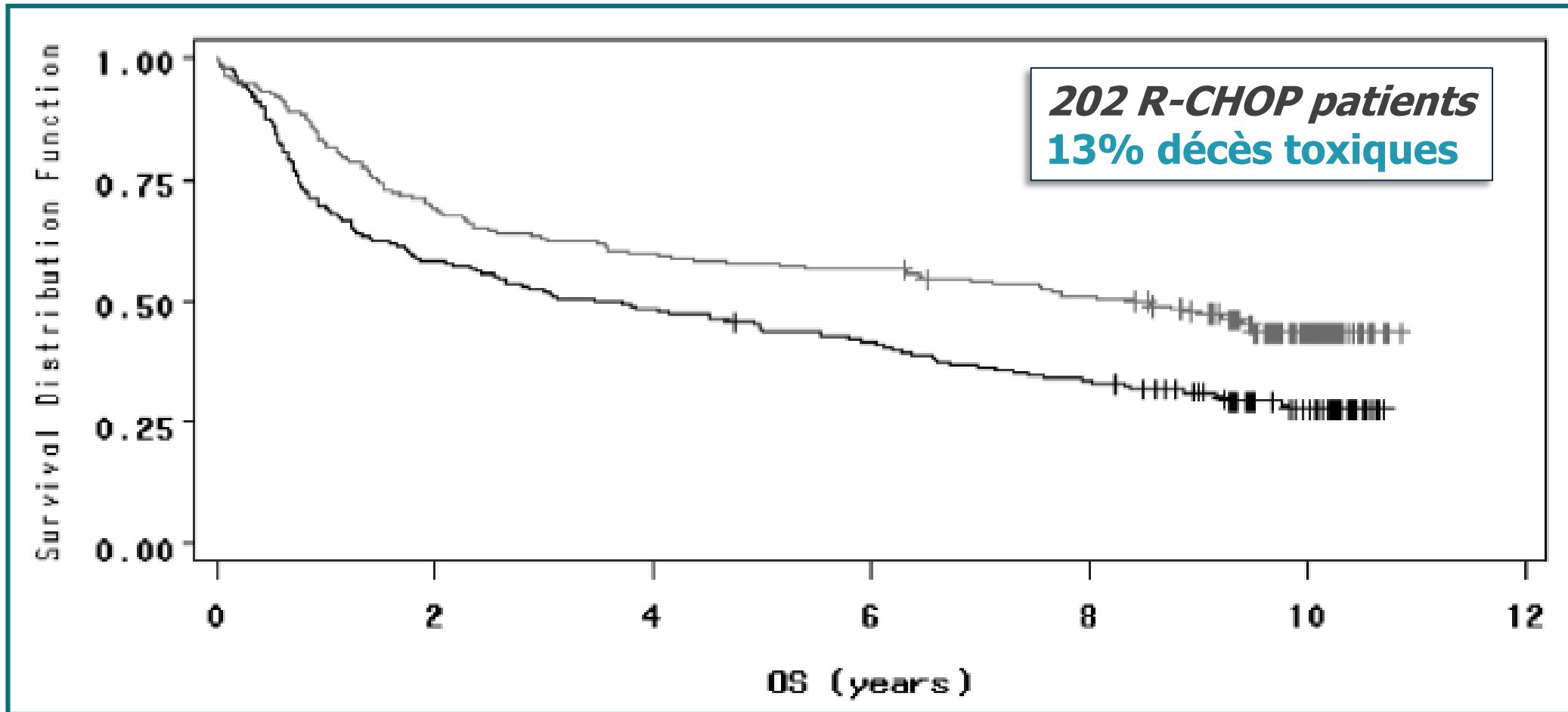
Une prise en charge **gériatrique** est **primordiale** pour les patients âgés avec une hémopathie maligne



Parce que, sans évaluation, on ne contrôlera pas les risques

Guérison possible et trop de décès toxiques

R-CHOP for fit patients

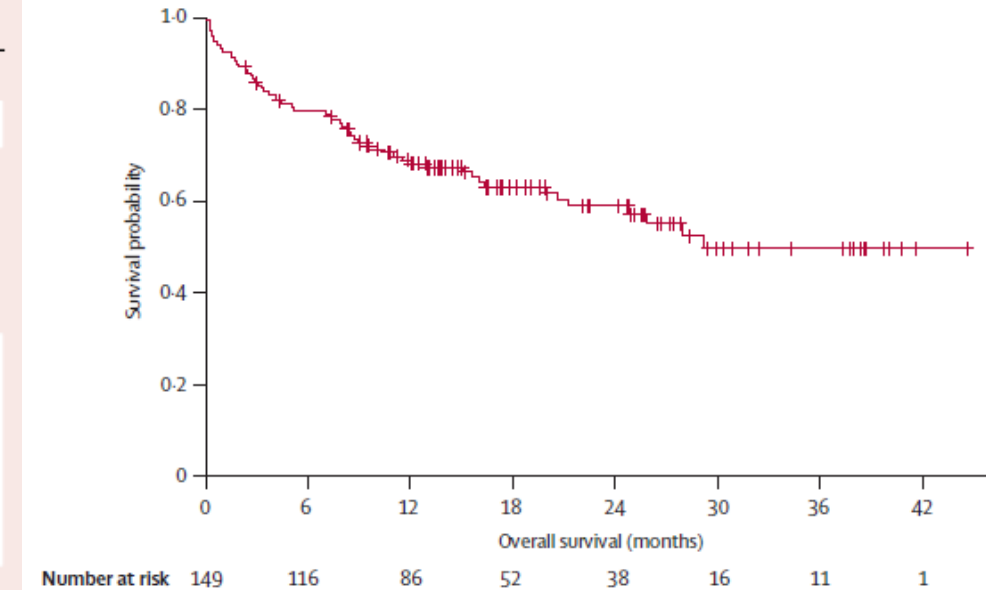


Guérison possible et trop de décès toxiques

R-miniCHOP patients de plus de 80 ans ...

**R-miniCHOP
phase II
Fit/Unfit DLBCL > 80
149 patients
R-MiniCHOP
62% CR-CRu**

	Patients (n=149)
Men	51 (34%)
Age (years)	83 (80-95)
Performance status	
0	27 (18%)
1	72 (48%)
2	50 (34%)
Ann Arbor stage	
I	13 (9%)
II	24 (16%)
III	35 (23%)
IV	77 (52%)
Tumour mass ≥10 cm	30 (20%)
>1 extranodal sites	55 (37%)
LDH concentration >618 U/L	102 (68%)
B symptoms*	49 (33%)
β2-microglobulin ≥3 mg/L	82/112 (73%)
Serum albumin <35 g/L	69/137 (50%)
IPI	
0-1	13 (9%)
2	31 (21%)
3	46 (31%)
4-5	59 (40%)



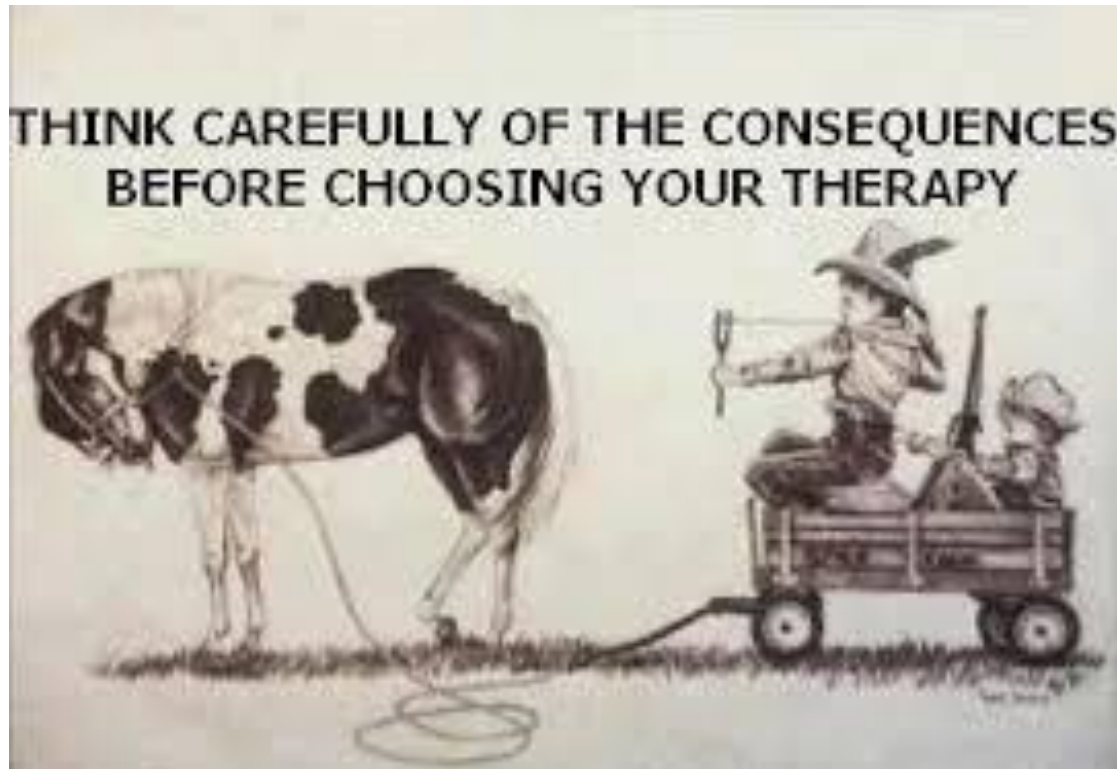
**12 décès toxiques (8%)
13 décès ni liés au LNH, ni liés au
traitement (8.7%)**

Des risques à prendre pour guérir

Place de la doxorubicin chez les patients vulnérables

67 patients			n	%		R-COP (47 pts)	R-COPY (20 pts)
Creatinine clearance <50 ml/mn			35	52			
PS 3			32	48	aalPI 2-3	85%	80%
LVEF <50%			8	12	RC + RCu	19 (40%)	12 (60%)
Comorbidities			8	12	Progression	8 (17%)	1 (5%)
Serum bilirubin >30 µmol/l			2	3	Response duration CR/CRu	15,5 m	38,5 m
Abnormal	%	ONCODAGE			Febrile Neutropenia	7 (15%)	7 (35%)
ADL	39%	15,2%			Mucositis	4 (9%)	3 (16%)
IADL	66%	47,9%			Days hosp. for toxicity	2,5 days	4,8 days
GDS15	42%	32,1%			Toxic deaths	4 (8,5%)	1 (5%)
MNA	64%	43,7%			Median follow-up	22,95 m	51,08 m
MMS	45%	20,3%			Median survival	20,1 m	25,4 m
CIRS-G grade 3-4	42%	41,8%			2-year survival	39,4%	50%

Une prise en charge **gériatrique** est **primordiale** pour les patients âgés avec une hémopathie maligne



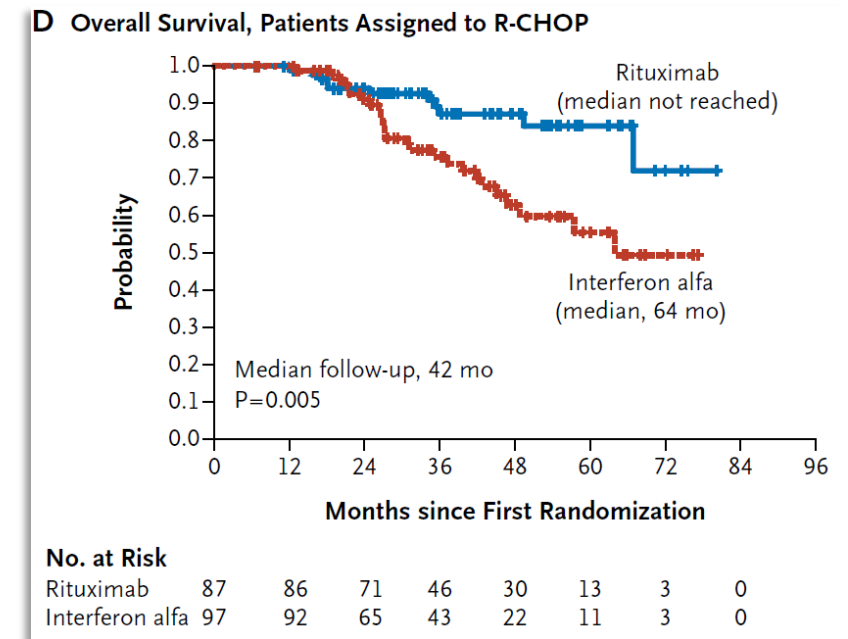
Parce que les traitements changent et modifient les risques

Les traitements changent

Rituximab

▪ European MCL network randomized phase III trial

- **532 patients older than 60**
 - median age 70, range 60 to 87
 - Performance status 0-1: 92%
 - MIPI high risk: 50%
- **R-FC vs R-CHOP**
 - No difference in CR rates
 - But more progression with R-FC
 - Better overall survival for R-CHOP
 - More hematological toxicity with R-FC
- **Maintenance therapy (274 patients)**
 - Rituximab HR for progression or death: 0.55 (p=.01)
 - Improvement of 4y-OS in R-CHOP patients (87% vs 63% - p=.005)
 - More leucopenia, thrombopenia and fatigue with interferon
 - More infections with rituximab



Les traitements changent

Rituximab

- **Anna Abrahamsson population-based study**
 - ***1389 patients whatever age***
 - Median age 71, range 28 to 96
 - Performance status 2-4: 17.1%
 - MIPI high risk: 43.5%
 - ***Patients with systemic treatment (766 patients)***
 - Multivariate analysis adjusted to gender and MIPI
 - Rituximab ($HR=.66$) and autologous stem cell transplant ($HR=.55$) associated with improved OS
 - CVP significantly inferior to CHOP and other regimens ($HR=2.8$)

Les traitements changent

Lenalidomide

- **Lenalidomide vs investigators' choice**
 - *Relapsed/refractory patients*
 - *254 pts, median age 68.5 (44 to 88)*
 - *PS 2: 16% and 13%*
 - *MIPI high 35% and 30%*
- **Better response rate (40% vs 11%, $p < 0.001$)**
- **Better median PFS (8.7 vs 5.2 m., $P = 0.004$)**
- **More toxicity**
 - *fatigue: 21 vs 5%*
 - *diarrhea: 23 vs 10%*
- **Quality of life improvements**
 - *Physical function: 24 vs 8%, $p = 0.003$*

Les traitements changent

Ibrutinib

- **Ibrutinib vs temsirolimus phase III trial**
 - *Relapsed/refractory patients*
 - 280 pts with MCL older than 65
 - Median age 68
 - Performance status 2: 1%
 - sMIPI high: 21%
 - *Outcome*
 - Improved PFS (14.6 vs 6.2 m.)
 - Confirmed whatever age
 - *Better toxicity profile*

Une prise en charge **gériatrique** est **primordiale** pour les patients âgés avec une hémopathie maligne

**Nouveaux traitements =
nouvelles toxicités**



Nouvelles toxicités

Rituximab lenalidomide

Table 3. Adverse Events during the Treatment Period in the Safety Population.

Adverse Event	Rituximab–Lenalidomide Group (N = 507)		Rituximab–Chemotherapy Group (N = 503)	
	Any Grade	Grade 3 or 4	Any Grade	Grade 3 or 4
	<i>number of patients (percent)</i>			
Neutropenia*	381 (75)	160 (32)	386 (77)	252 (50)
Anemia*	333 (66)	0	446 (89)	0
Thrombocytopenia*	268 (53)	11 (2)	266 (53)	8 (2)
Cutaneous reactions†	220 (43)	36 (7)	120 (24)	5 (1)
Diarrhea	187 (37)	10 (2)	95 (19)	6 (1)
Constipation	178 (35)	1 (<1)	167 (33)	5 (1)
Rash	146 (29)	20 (4)	39 (8)	1 (<1)
Fatigue	115 (23)	1 (<1)	147 (29)	4 (<1)
Nausea	100 (20)	0	209 (42)	8 (2)
Abdominal pain	78 (15)	4 (<1)	46 (9)	4 (<1)
Myalgia	73 (14)	0	29 (6)	1 (<1)
Arthralgia	71 (14)	3 (<1)	70 (14)	1 (<1)
Peripheral edema	69 (14)	0	47 (9)	1 (<1)
Muscle spasms	68 (13)	0	21 (4)	0
Infusion-related reaction	66 (13)	7 (1)	56 (11)	1 (<1)
Upper respiratory tract infection	47 (9)	0	55 (11)	0
Vomiting	34 (7)	2 (<1)	94 (19)	7 (1)
Peripheral neuropathy	35 (7)	1 (<1)	79 (16)	3 (<1)
Tumor flare reaction	30 (6)	7 (1)	1 (<1)	0
Leukopenia	21 (4)	8 (2)	48 (10)	30 (6)
Febrile neutropenia	11 (2)	11 (2)	34 (7)	33 (7)
Tumor lysis syndrome	7 (1)	6 (1)	5 (1)	3 (<1)
Alopecia	5 (1)	0	45 (9)	3 (<1)

F Morschhauser, NEJM 2018

Nouvelles toxicités

Les conséquences des toxicités peuvent être plus graves chez les sujets âgés

Les effets secondaires sont généralement modérés mais...

- **Fatigue vs qualité de vie, indépendance et chutes**
- **Conséquences des saignements aggravées par les chutes**
- **Fibrillation auriculaire et insuffisance cardiaque**
- **Diarrhée et vomissements et déshydratation**

Une prise en charge **gériatrique** est **primordiale** pour les patients âgés avec une hémopathie maligne

Parce que, sans évaluation, on a tendance à **sous-traiter**

On sous-traite probablement

- **1011 patients (2003 – 2012)**
 - *Danish National Lymphoma Registry (LYFO)*
- **Older than 75**
- **Older DLBCL undertreated**
 - **75-79 = 83% - 80-84 = 65% - 85+ = 32%**

Une prise en charge **gériatrique** est **primordiale** pour les patients âgés avec une hémopathie maligne



**Parce qu'on a les
moyens
de mieux faire**

On sait prédire les problèmes

Facteurs prédictifs de décès précoce

Table 4. Logistic Regression Model Analysis for Early Deaths (within 6 months) That Occurred for All Patients Who Received First-Line Chemotherapy (n = 339)

Risk Factor*	Odds Ratio	95% CI	P
Sex			
Female	1	Reference	
Male	2.40	1.20 to 4.82	.013
Tumor stage			
Localized	1	Reference	
Advanced	3.9	1.59 to 9.73	.003
Mini Nutritional Assessment			
Good nutrition, score > 23.5	1	Reference	
At risk/poor nutrition, score ≤ 23.5	2.77	1.24 to 6.18	.013
Timed Get Up and Go			
No impairments (≤ 20 seconds)	1	Reference	
Impaired	2.55	1.32 to 4.94	.006

On sait prédire les problèmes

Hoppe S, J Clin Oncol 2013

**Facteurs prédictifs de perte
d'autonomie précoce**

- **Activities of daily living**

Bathing

Dressing

Toileting

Transfer

Continence

Feeding

- **Defined as**

- *Loss of at least part of one activity before cycle 2*

- **16,7% loss of 0.5 ADL pts between cycles 1 and 2**

On sait prédire les problèmes

**Facteurs prédictifs de perte
d'autonomie précoce**

Hoppe S, J Clin Oncol 2013

Table 3. Factors Associated With Functional Decline Occurring in Elderly Patients Receiving First-Line Chemotherapy (n = 288)

Factor	Univariate*		Multivariate†		
	OR	P	OR	95% CI	P
ECOG PS		.009	Excluded by model	—	NS
0-1	1 (reference)				
2-4	2.38				
Weight loss, %		.05	Excluded by model	—	NS
< 10	1 (reference)				
≥ 10	1.86				
GUG, seconds		.005	Excluded by model	—	NS
< 20	1 (reference)				
≥ 20	2.57				
MMSE		.009	Excluded by model	—	NS
< 24	2.54				
≥ 24	1 (reference)				
MNA		.004	Excluded by model	—	NS
≤ 23.5	3.11				
> 23.5	1 (reference)				
IADL		.005			.04
≤ 7	3.95		1 (reference)		
> 7	1 (reference)		2.87	1.06 to 7.79	
GDS15		.001			.03
< 6	1 (reference)		1 (reference)		
≥ 6	2.89		2.16	1.09 to 4.30	

On sait prédire les problèmes

Facteurs prédictifs de toxicité

Table 5. Predictive Model

Grade 3-5

Risk Factor	Prevalence		Grades 3 to 5 Toxicity		OR	95% CI	Score
	No.	%	No.	%			
Age \geq 72 years	270	54	163	60	1.85	1.22 to 2.82	2
Cancer type GI or GU	185	37	120	65	2.13	1.39 to 3.24	2
Chemotherapy dosing, standard dose	380	76	204	54	2.13	1.29 to 3.52	2
No. of chemotherapy drugs, polychemotherapy	351	70	192	55	1.69	1.08 to 2.65	2
Hemoglobin < 11 g/dL (male), < 10 g/dL (female)	62	12	46	74	2.31	1.15 to 4.64	3
Creatinine clearance (Jelliffe, ideal weight) < 34 mL/min	44	9	34	77	2.46	1.11 to 5.44	3
Hearing, fair or worse	123	25	76	62	1.67	1.04 to 2.69	2
No. of falls in last 6 months, 1 or more	91	18	61	67	2.47	1.43 to 4.27	3
IADL: Taking medications, with some help/unable	39	8	28	72	1.50	0.66 to 3.38	1
MOS: Walking 1 block, somewhat limited/limited a lot	109	22	69	63	1.71	1.02 to 2.86	2
MOS: Decreased social activity because of physical/emotional health, limited at least sometimes	218	44	126	58	1.36	0.90 to 2.06	1

Abbreviations: GU, genitourinary; IADL, instrumental activities of daily living; MOS, Medical Outcomes Study; OR, odds ratio.

Table 4. The Chemotherapy Risk Assessment Scale for High-Age Patients (CRASH) Score

Grade 4 hematologic

Grade 3-4 non-hematologic

Points

Predictors	0	1	2
Hematologic score^a			
Diastolic BP	<72	>72	
IADL	26-29	10-25	
LDH (if ULN 618 U/L; otherwise, 0.74 /L*ULN)	0-459		>459
Chemotox ^b	0-0.44	0.45- 0.57	>0.57
Nonhematologic score^a			
ECOG PS	0	1-2	3-4
MMS	30		<30
MNA	28-30		<28
Chemotox ^b	0-0.44	0.45-0.57	>0.57

Extermann M, Cancer 2012; 118: 3377-86

Questionnaire Screening G8

Huit questions

Par une IDE

5 à 10 min

**Appétit, perte de poids,
IMC**

Mobilité

Humeur et cognition

Nombre de médicaments

Santé subjective

Age

Abnormal if ≤ 14

Analyse préliminaire

Se: 89.6% ; Sp: 60.4%

C Bellerà, Ann Oncol 2012

	Items	Possible answers (score)
A	Has food intake declined over the past 3 months due to loss of appetite, digestive problems, chewing or swallowing difficulties?	0 : severe decrease in food intake 1 : moderate decrease in food intake 2 : no decrease in food intake
B	Weight loss during the last 3 months	0 : weight loss > 3 kg 1 : does not know 2 : weight loss between 1 and 3 kgs 3 : no weight loss
C	Mobility	0 : bed or chair bound 1 : able to get out of bed/chair but does not go out 2 : goes out
E	Neuropsychological problems	0 : severe dementia or depression 1 : mild dementia or depression 2 : no psychological problems
F	Body Mass Index (BMI (weight in kg) / (height in m ²))	0 : BMI < 19 1 : BMI = 19 to BMI < 21 2 : BMI = 21 to BMI < 23 3 : BMI = 23 and > 23
H	Takes more than 3 medications per day	0 : yes 1 : no
P	In comparison with other people of the same age, how does the patient consider his/her health status?	0 : not as good 0.5 : does not know 1 : as good 2 : better
	Age	0 : >85 1 : 80-85 2 : <80
	TOTAL SCORE	0 - 17

The ONCODAGE study

Gold standard: Impaired Multidimensional Geriatric Assessment (MGA)

	Items	Possible answers (score)
A	Has food intake declined over the past 3 months due to loss of appetite, digestive problems, chewing or swallowing difficulties?	0 : severe decrease in food intake
		1 : moderate decrease in food intake
		2 : no decrease in food intake
B	Weight loss during the last 3 months	0 : weight loss > 3.kg
		1 : does not know
		2 : weight loss between 1 and 3 kgs
		3 : no weight loss
C	Mobility	0 : bed or chair bound
		1 : able to get out of bed/chair but does not go out
		2 : goes out
E	Neuropsychological problems	0 : severe dementia or depression
		1 : mild dementia or depression
		2 : no psychological problems
F	Body Mass Index (BMI (weight in kg) / (height in m ²))	0 : BMI < 19
		1 : BMI = 19 to BMI < 21
		2 : BMI = 21 to BMI < 23
		3 : BMI = 23 and > 23
H	Takes more than 3 medications per day	0 : yes
		1 : no
P	In comparison with other people of the same age, how does the patient consider his/her health status?	0 : not as good
		0.5 : does not know
		1 : as good
		2 : better
	Age	0 : >85
		1 : 80-85
		2 : <80
	TOTAL SCORE	0 - 17

MGA anormale si ≥ un questionnaire anormal

- **CIRS-G :** *at least one grade ≥ 3*
- **ADL :** *score ≤ 5*
- **IADL :** *score ≤ 7*
- **Timed Get up and Go :** *> 20 s*
- **MNA :** *score ≤ 23,5*
- **MMSE :** *score ≤ 23*
- **GDS-15 :** *score ≥ 6*

Contexte : Patients >70 avec cancer

The ONCODAGE study

Gold standard: Impaired Multidimensional Geriatric Assessment (MGA)

	Items	Possible answers (score)
A	Has food intake declined over the past 3 months due to loss of appetite, digestive problems, chewing or swallowing difficulties?	0 : severe decrease in food intake 1 : moderate decrease in food intake 2 : no decrease in food intake
B	Weight loss during	
C	Mobility	
E	Neuropsychological	
F	Body Mass Index (BMI) (height in m ²)	
H	Takes more than 3	
P	In comparison with other people of the same age, how does the patient consider his/her health status?	0 : not as good 0.5 : does not know 1 : as good 2 : better
	Age	0 : >85 1 : 80-85 2 : <80
	TOTAL SCORE	0 - 17

MGA anormale si

> un questionnaire anormal

	Se	Sp	PPV	NPV	K	Time (mn)
G8	76.6% (74-79)	64.4% (58.6-70)	89.6% (87.6-91.5)	40.7% (36.1-45.4)	0.65	4.4 +/- 2.9
VES13	68.7% (65.9-71.4)	74.3% (68.8-79.3)	91.5% (89.4-93.3)	37.1% (33.2-41.3)	0.64	4.3 +/- 4.6

grade ≥ 3

– **MMSE :** score ≤ 23

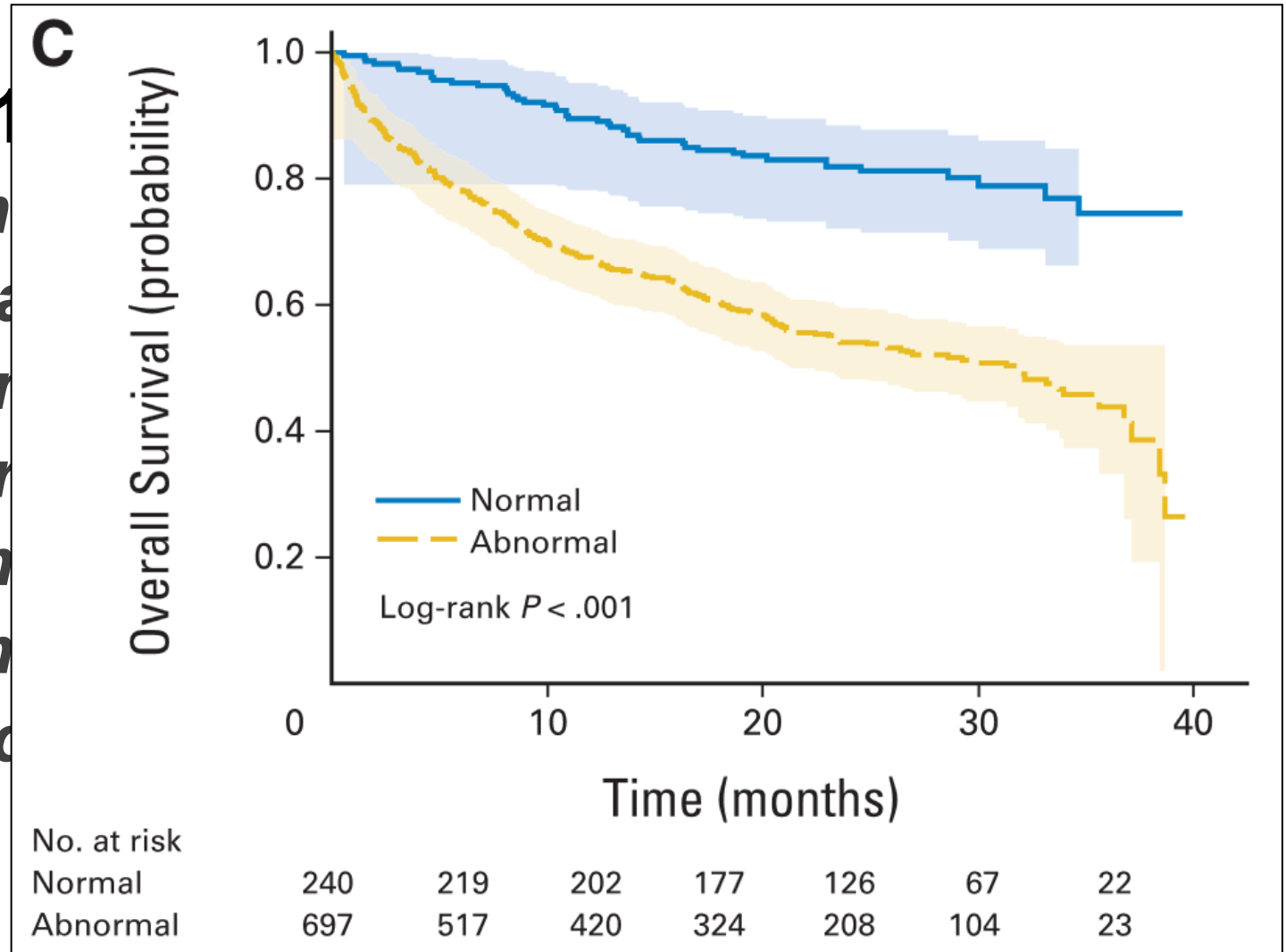
– **GDS-15 :** score ≥ 6

Contexte : Patients >70 avec cancer

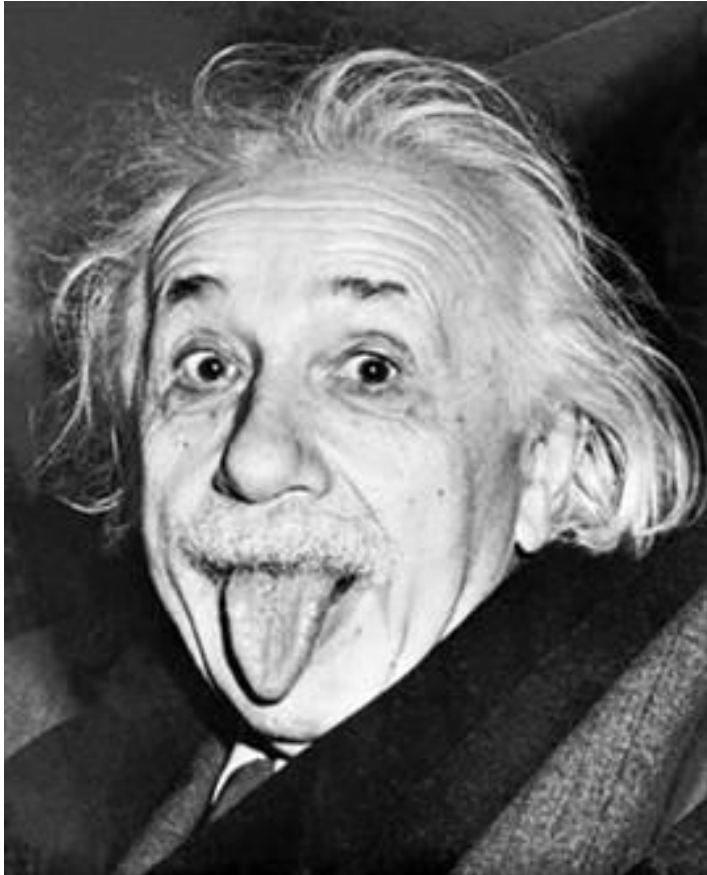
Etude ONCODAGE

Si le G8 est à 1

- *MNA anormal*
- *ADL anormal*
- *TGUG anormal*
- *GDS15 anormal*
- *IADL anormal*
- *MMS anormal*
- *CIRS-G grad*

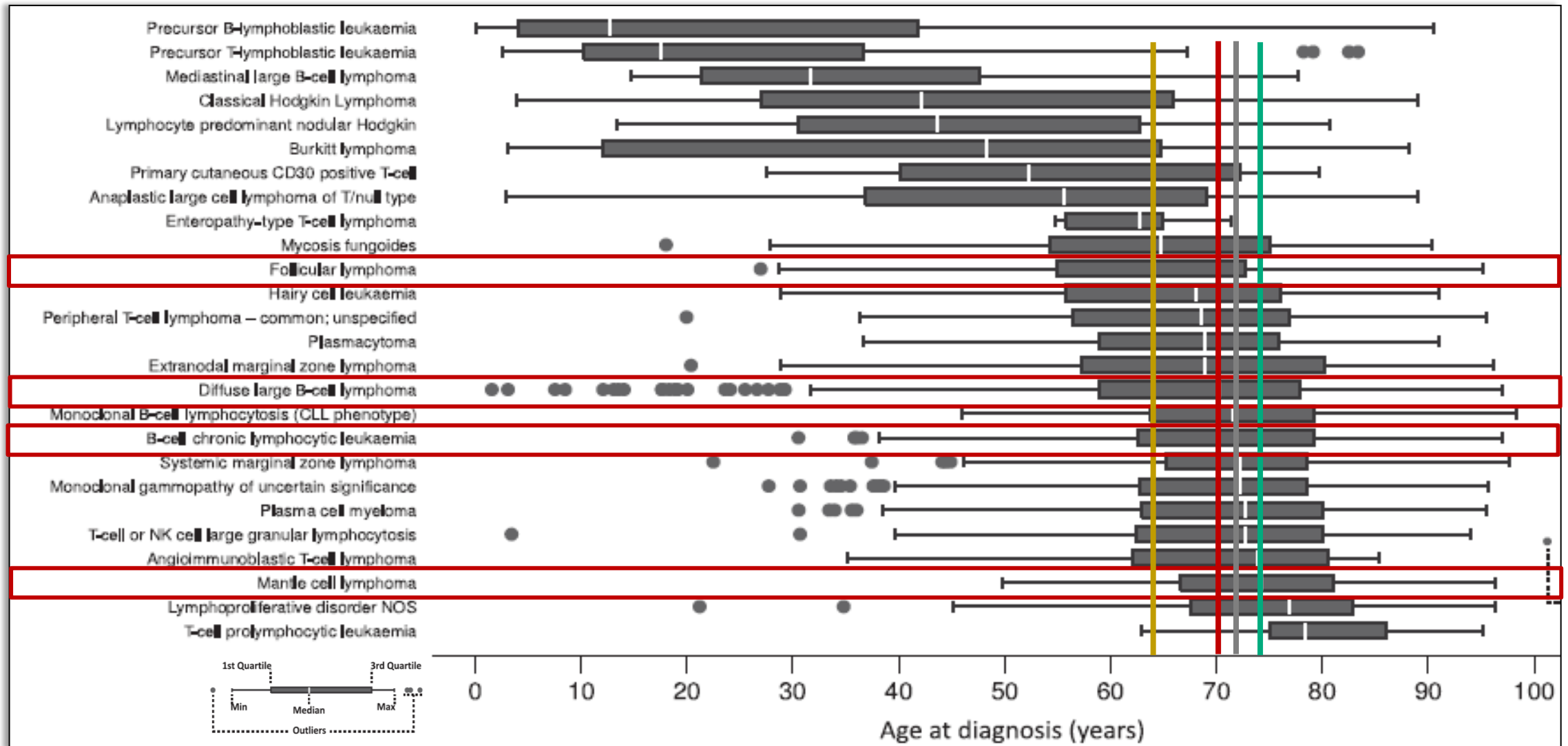


Une prise en charge **gériatrique** est **primordiale** pour les patients âgés avec une hémopathie maligne

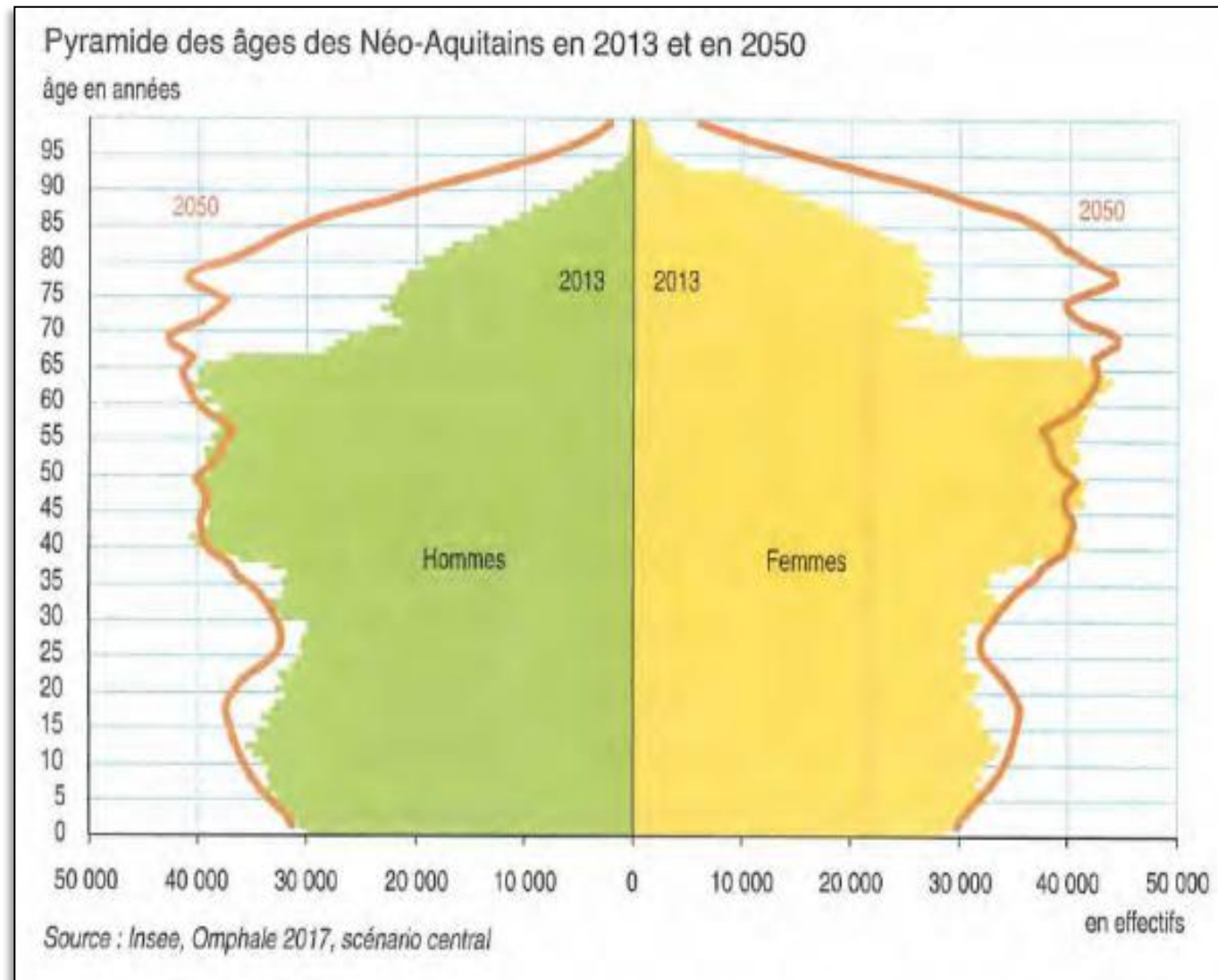


Parce qu'il y a urgence a rationaliser les prises en charge vu le vieillissement de la population

Beaucoup de patients âgés

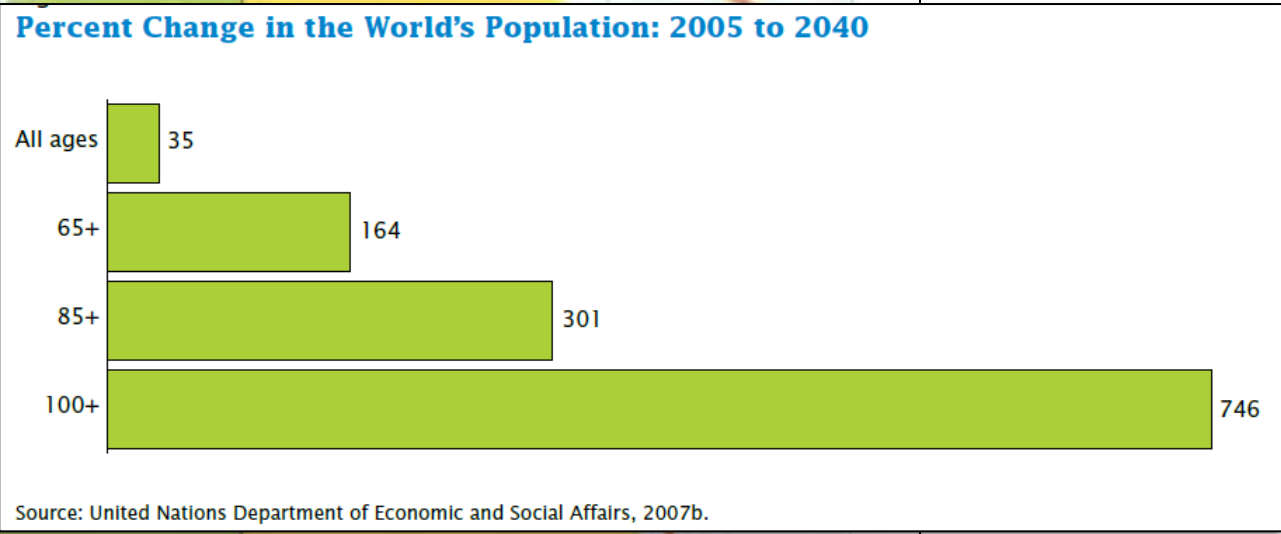
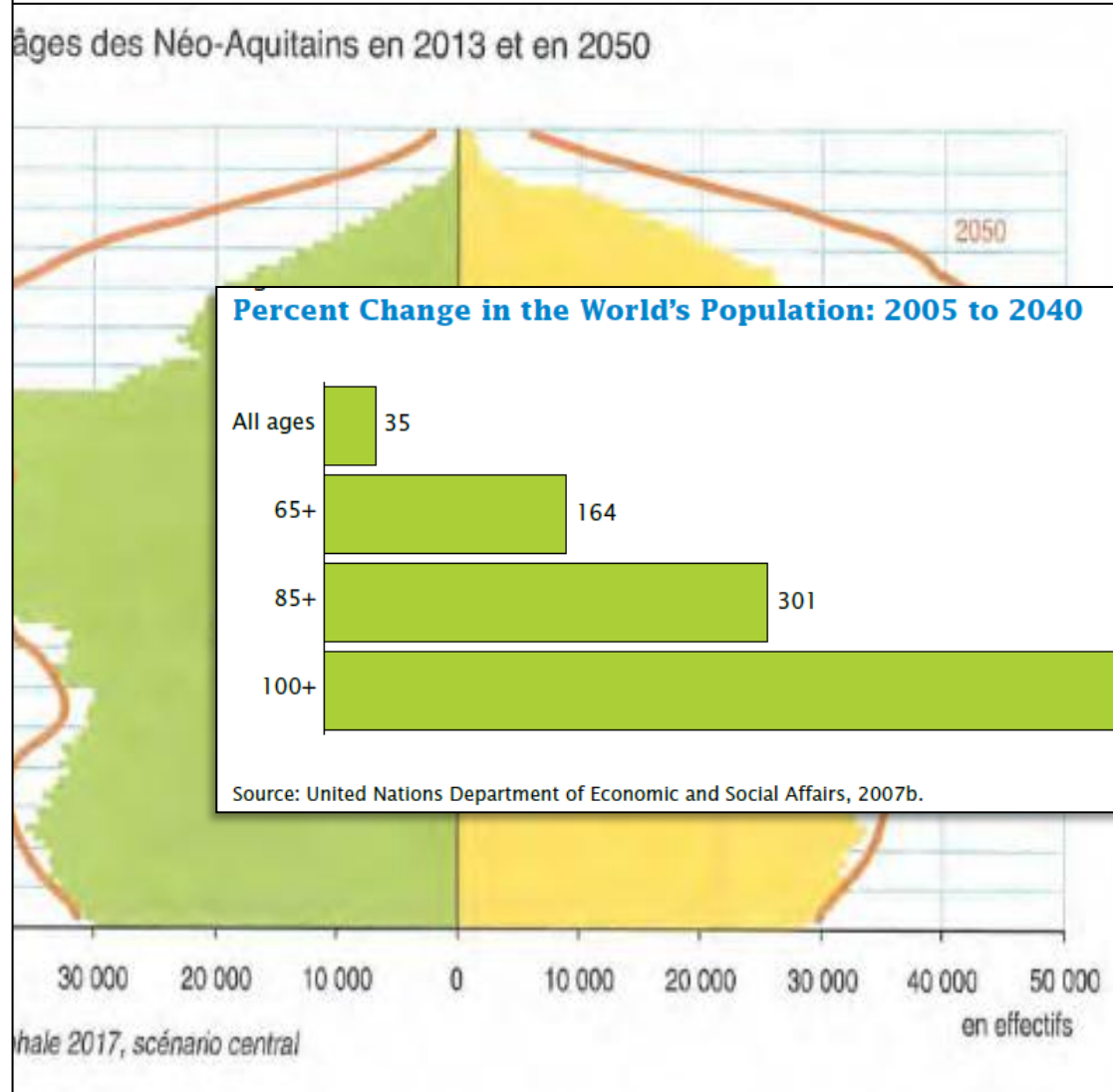
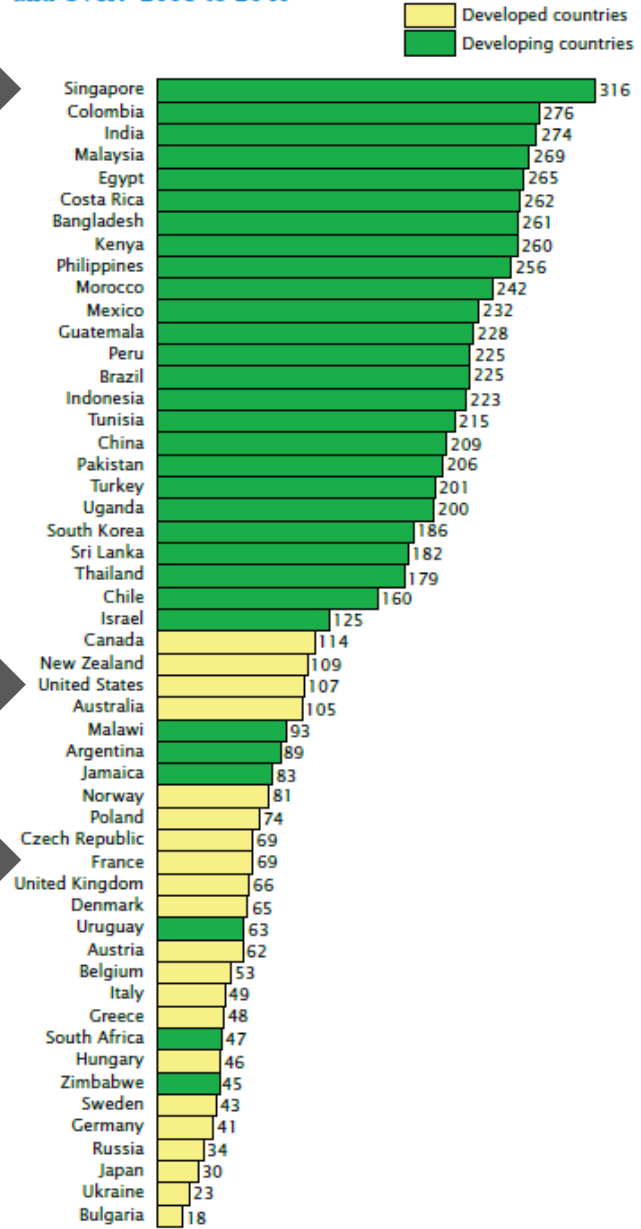


Bientôt encore plus de patients âgés



Plus de patients âgés

Figure 2-5.
Percent Increase in Population Aged 65 and Over: 2008 to 2040



Bi



Source: U.S. Census Bureau, International Data Base, accessed on January 17, 2008.

Une prise en charge **gériatrique** est **primordiale** pour les patients âgés avec une hémopathie maligne

Parce qu'évaluer les risques initialement,
c'est anticiper les problèmes ultérieurs

L'EGA est un investissement

VOLUME 35 · NUMBER 25 · SEPTEMBER 1, 2017

JOURNAL OF CLINICAL ONCOLOGY

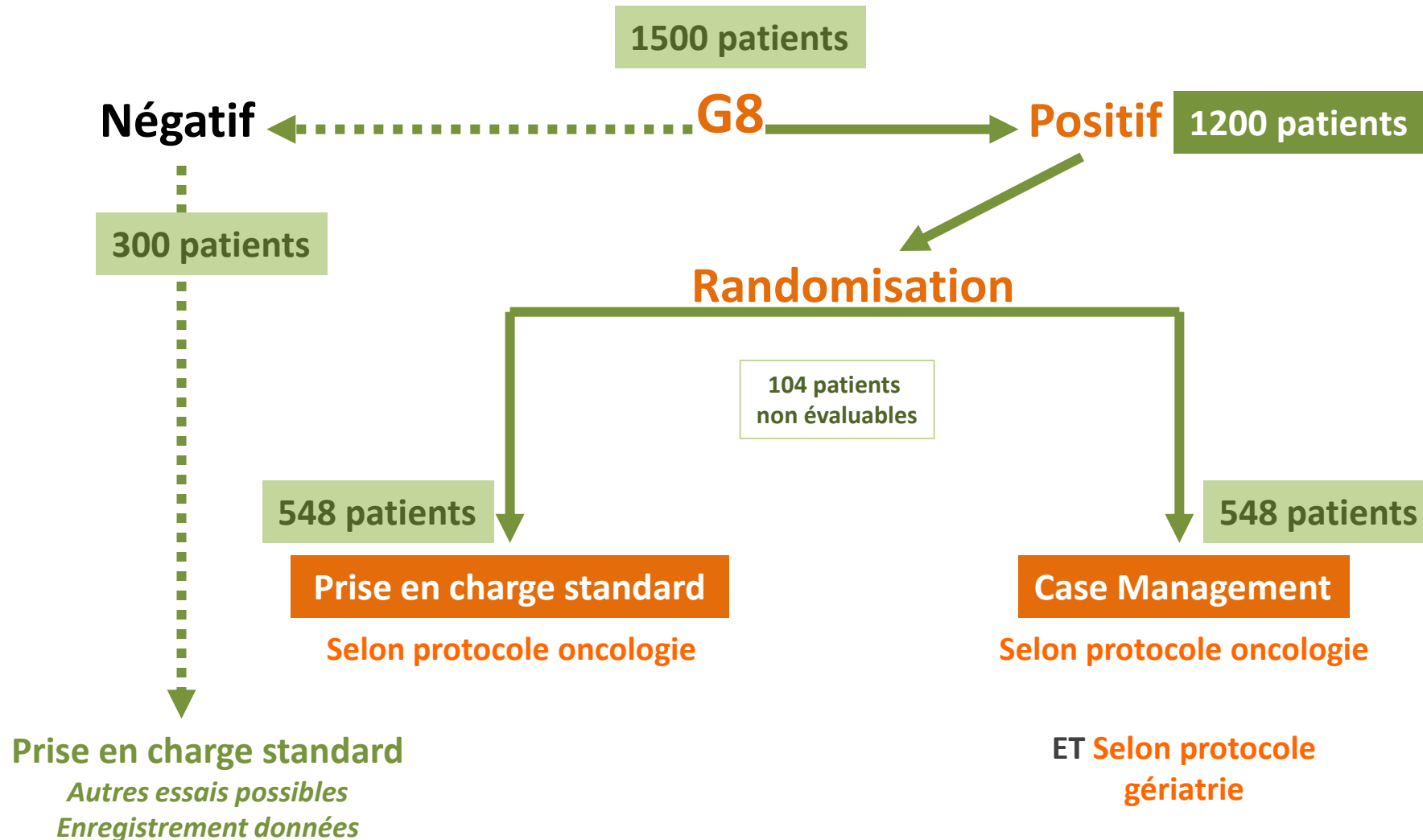
COMMENTS AND CONTROVERSIES

Time to Stop Saying Geriatric Assessment Is Too Time Consuming

Marije E. Hamaker, *Diakonessenhuis, Utrecht, the Netherlands*
Tanya M. Wildes, *Washington University School of Medicine, St Louis, MO*
Siri Rostoft, *Oslo University Hospital and University of Oslo, Oslo, Norway*

Evaluation intervention gériatrique en oncologie

Essai de phase III PREPARE



Comment faire en pratique ?



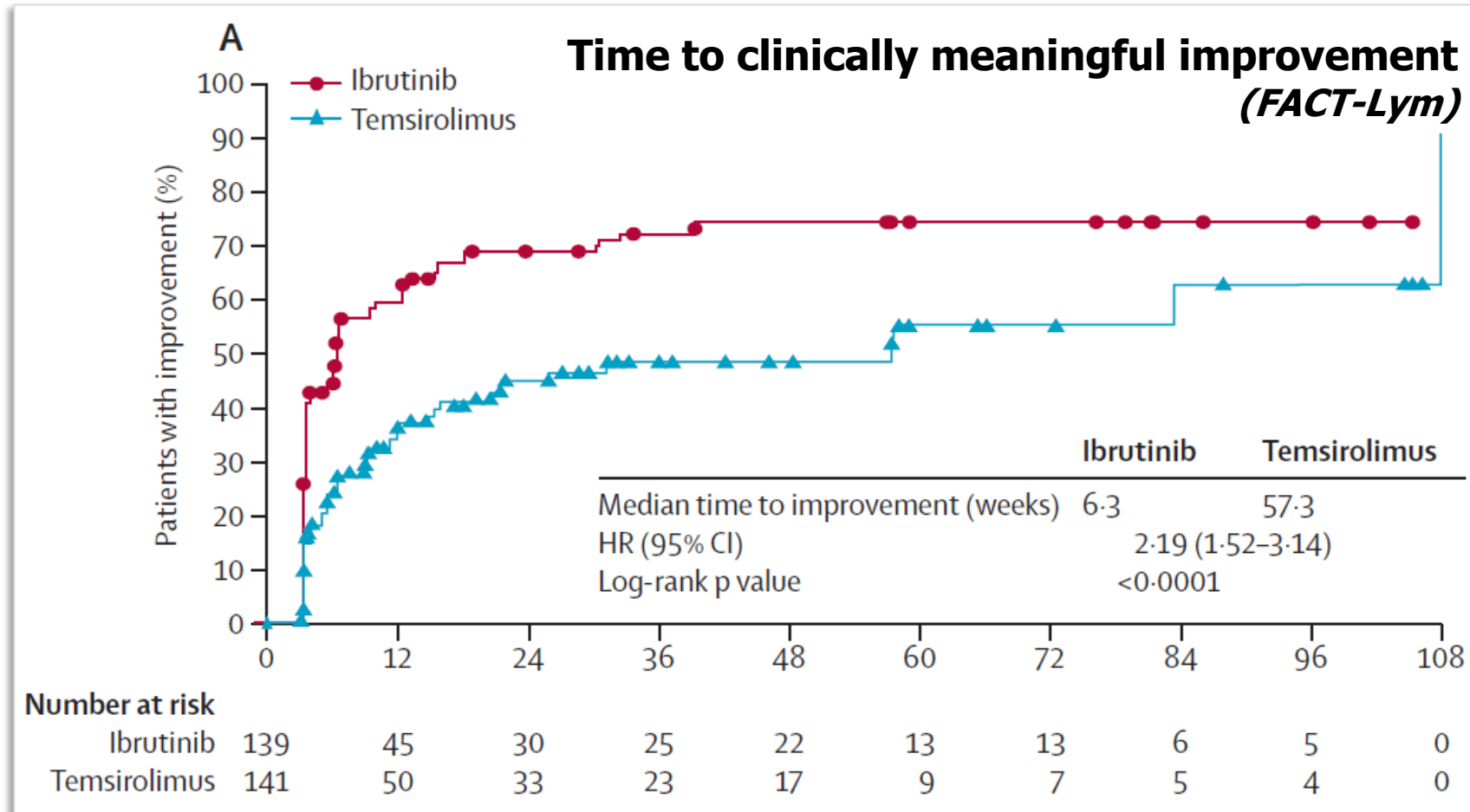
1. Bien définir les objectifs de traitement

- Prolongation de la survie
- Contrôle de la maladie et des symptômes
- Qualité de vie
- Indépendance



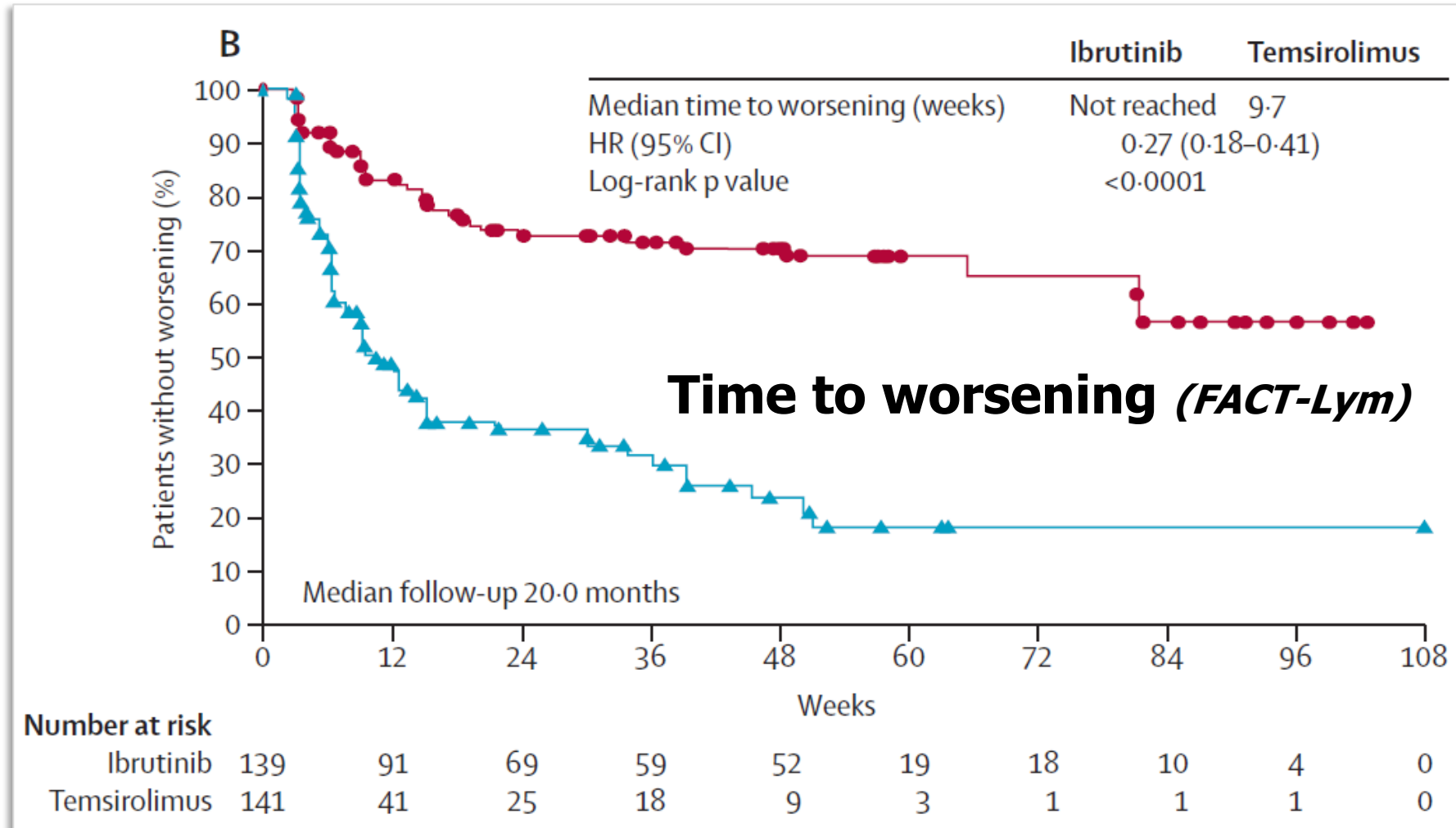
Un œil nouveau sur l'objectif de traitement

Nouvelles drogues : ibrutinib



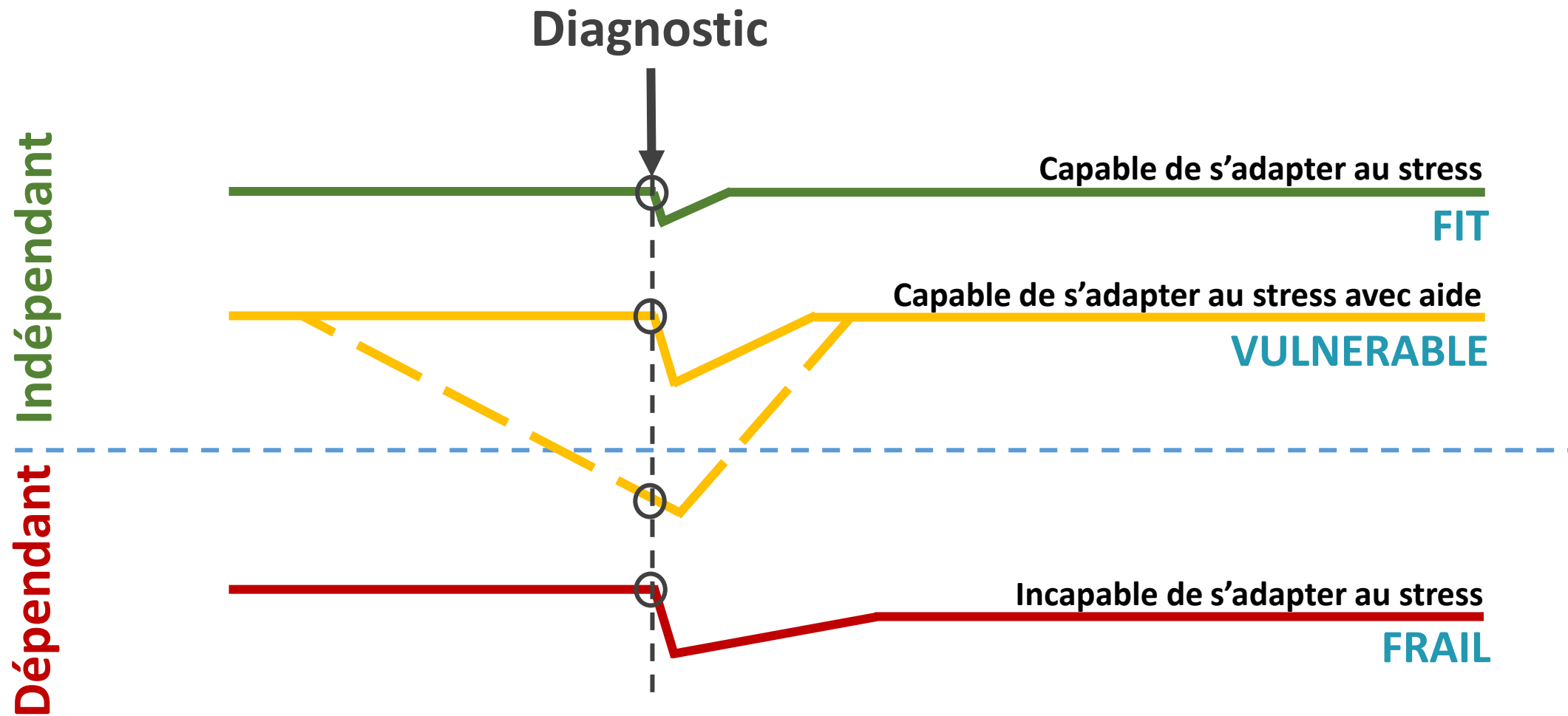
Un œil nouveau sur l'objectif de traitement

Nouvelles drogues : ibrutinib



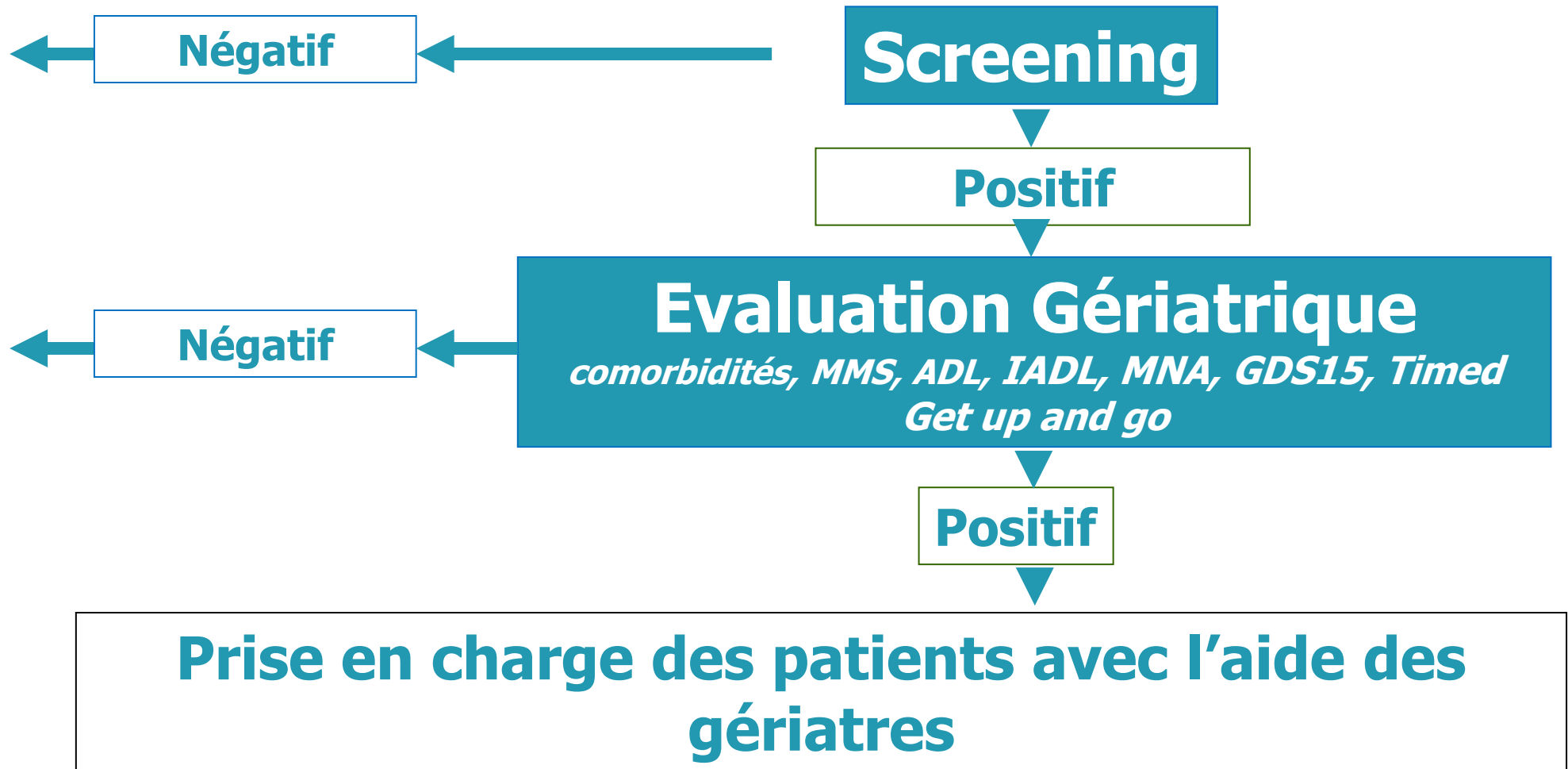
2. Identifier les patients à risque

Fit, vulnérable et fragile

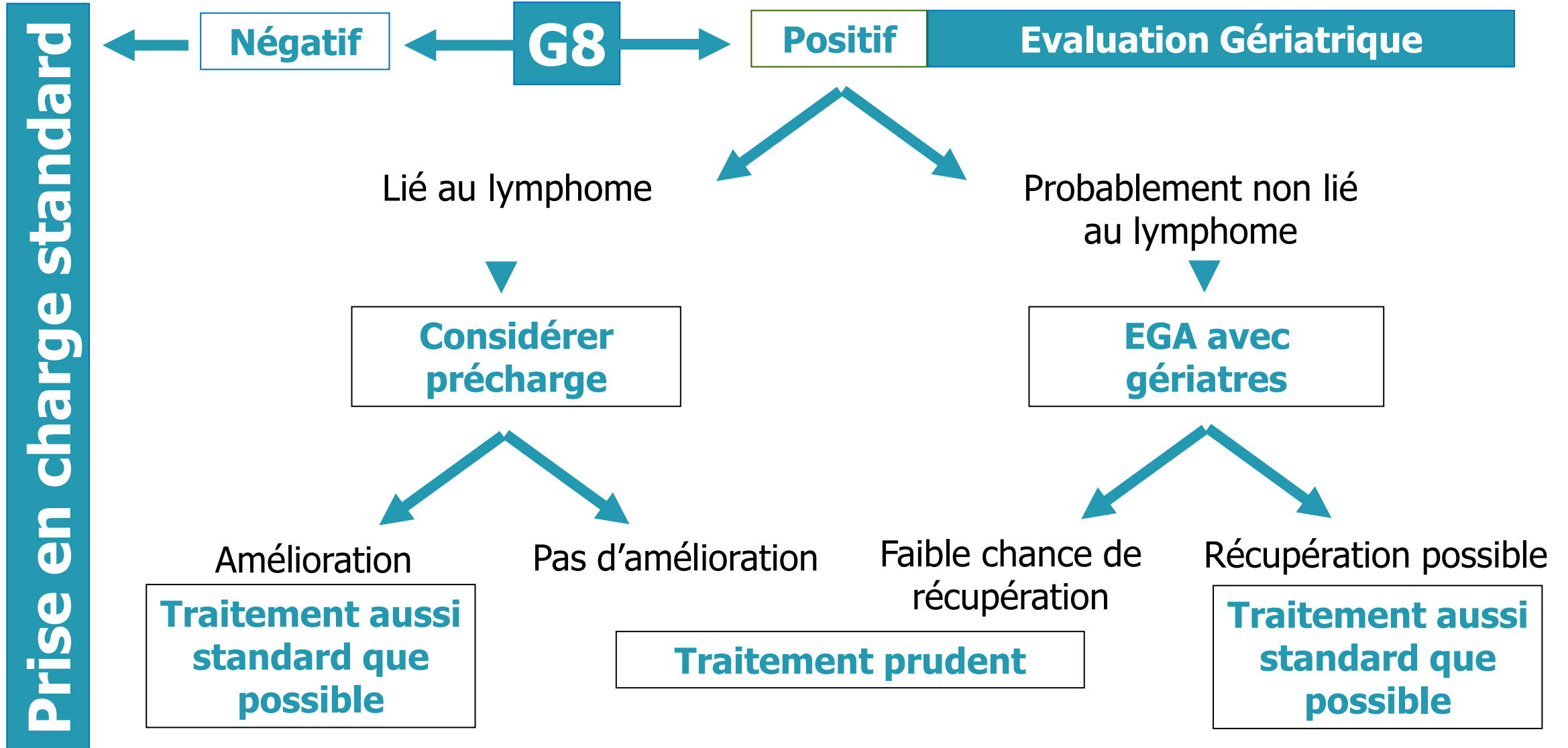


En pratique

Prise en charge Standard



En pratique



Leucémie lymphoïde chronique

Cumulative Illness Rating Scale-Geriatrics score > 6
Ou Creatinine clearance [30-69] ml/mn

Goede V, NEJM 2014

Evaluation Gériatrique Approfondie

Fit

Fonction rénale normale

Pas de comorbidités (ou mineures)

Pas de déficit gériatrique (ADL, capacité physique, nutrition, cognition)

Vulnérable

Fonction rénale anormale

Comorbidité sévère ou modérée

Déficit gériatrique

Fragile

Espérance de vie < 3 mois

(hors LLC)

Stauder R, Ann Oncol 2016

Approche de Tucci

Evaluation Gériatrique Approfondie

Fit

Age <80

Indépendant (ADL 6)

<3 grade comorbidités 3

Pas de comorbidité grade 4

Pas de syndrome gériatrique

Fragile

Autres patients

Approche de Lodovico Balducci

Evaluation Gériatrique Approfondie

Fit

Indépendant

Comorbidités négligeables

Vulnérable

Dépendance IADL

Pas de comorbidité sévère

Dépression

Déficit cognitif précoce

Fragile

Dépendance ADL

Comorbidité sévère

Syndrome gériatrique

(démence, délire, chute, ...)

Myélome

Evaluation Gériatrique Approfondie

Fit

Age 75 ou moins

Et ADL > 4

Et IADL > 5

Et Charlson Comorbidity index ≤ 1

Vulnerable

Age 76-80

Ou ADL ≤ 4

Ou IADL ≤ 5

Ou CCI ≥ 2

Fragile

Age ≥ 80

Age 76-80 et 1 parmi [ADL ≤ 4 , IADL ≤ 5 , CCI ≥ 2]

Age ≤ 75 et 2 parmi [ADL ≤ 4 , IADL ≤ 5 , CCI ≥ 2]

Patiente de 85 ans

- Décembre 2008
 - 58 kg, 1,54 m
 - Vit avec son mari à Royan
 - Autonome, fait ses courses en vélo
 - Antécédents et comorbidités
 - *Colectomie segmentaire / polype bénin*
 - Pas de comorbidités sévères
 - *Hypothyroïdie équilibrée sous levothyroxine sodique*
 - *HTA équilibrée sous acebutolol*
 - *Rhinite allergique*
- Fils habitant à proximité

Patiente de 85 ans

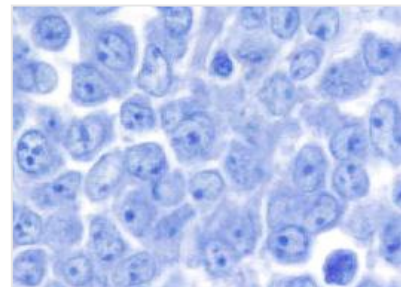


- Janvier 2009
 - Douleurs abdominales
 - Peu intenses puis nettement aggravées
 - Flanc gauche puis épigastriques
- Février 2009
 - Consultation médecin traitant
 - TDM thorax-abdomen-pelvis
 - *Volumineuses ADP rétropéritonéales/mésentériques (16 cm)*
 - *Épanchement pleural droit*

Patiente de 85 ans



- Février 2009
 - Ponction pleurale
 - Infiltrat lymphoïde non spécifique
- Coelioscopie 16 février 2009
 - Prélèvements ganglionnaires multiples
 - Lymphome diffus à grandes cellules B
 - Type centre germinatif
 - Liquide d'ascite prélevé tumoral



Patiente de 85 ans



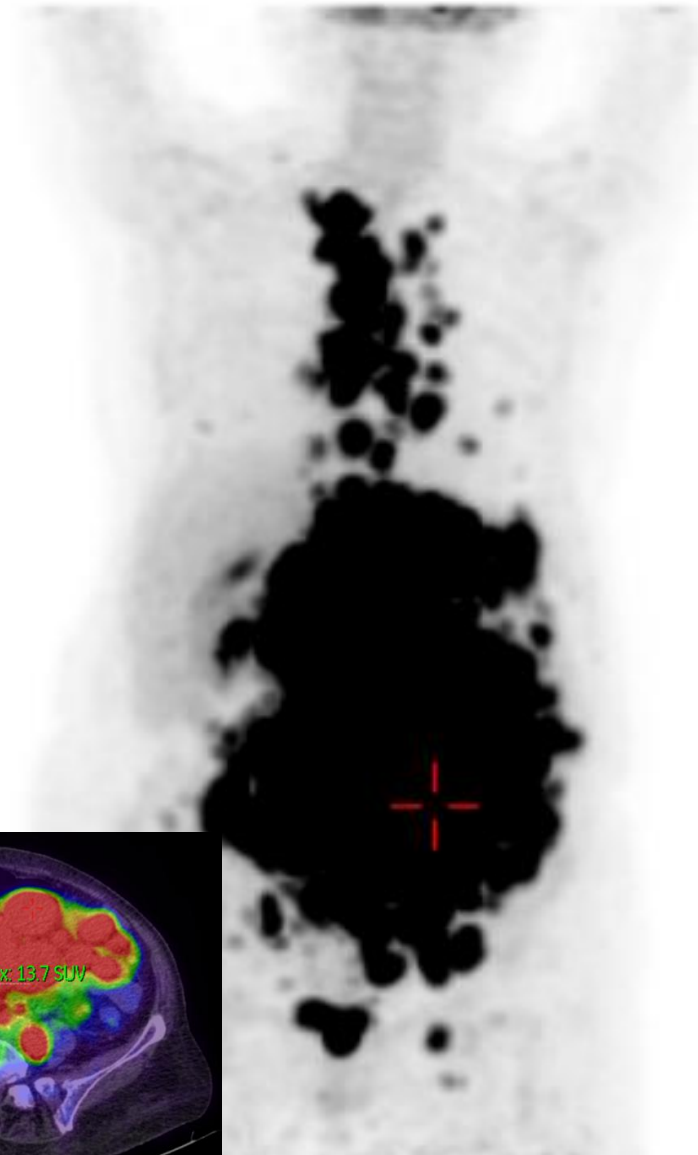
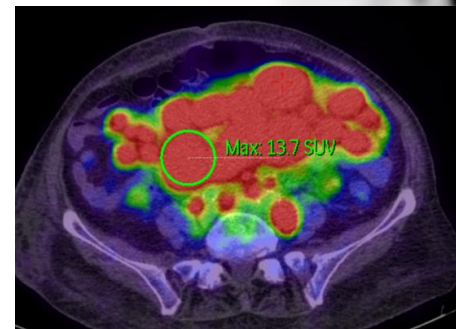
- Février 2009 : consultation IB
 - CV = 3 OMS
 - Amaigrissement 4 kg (58 à 54 kg-1,54m)
 - Pas de fièvre ni de sueurs profuses
 - Dyspnée, Insomnie, Douleurs lombaires
 - Masse épigastrique sous-cut. 4 cm
 - Masse épigastrique profonde 8 cm
 - Masse para-ombilicale 8 x 10 cm
 - Adénopathie inguinale gauche 2 cm
 - Œdème membres inférieurs

Patiente de 85 ans



- Février 2009 : consultation IB

- CV = 3 OMS
- Amaigrissement 4 kg (58 à 54 kg-1,54m)
- Pas de fièvre ni de sueurs profuses
- Dyspnée, Insomnie, Douleurs lombaires
- Masse épigastrique sous-cut. 4 cm
- Masse épigastrique profonde 8 cm
- Masse para-ombilicale 8 x 10 cm
- Adénopathie inguinale gauche 2 cm
- Œdème membres inférieurs



Patiente de 85 ans



- Clairance créatinine Cockroft = **58 ml/mn après hydratation**
- FEVG isotopique = **35%**
- Albumine = **25 g/l**
- CRP = **146 mg/l**
- Anémie = **10 g/dl hémoglobine** (*NCh, μ cyt*)
- LDH = **2947 U** (*N<480*)

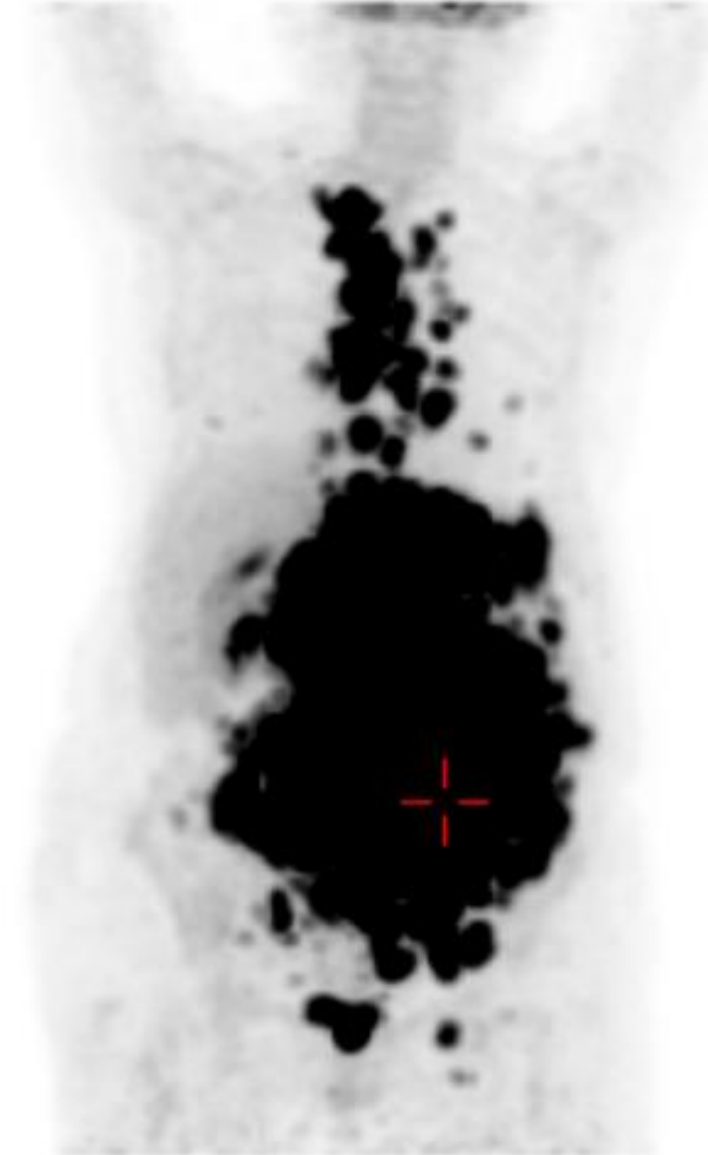
Stade IVA aalPI 3 (*stade, CV, LDH*)

Patiente de 85 ans



Evaluation gériatrique

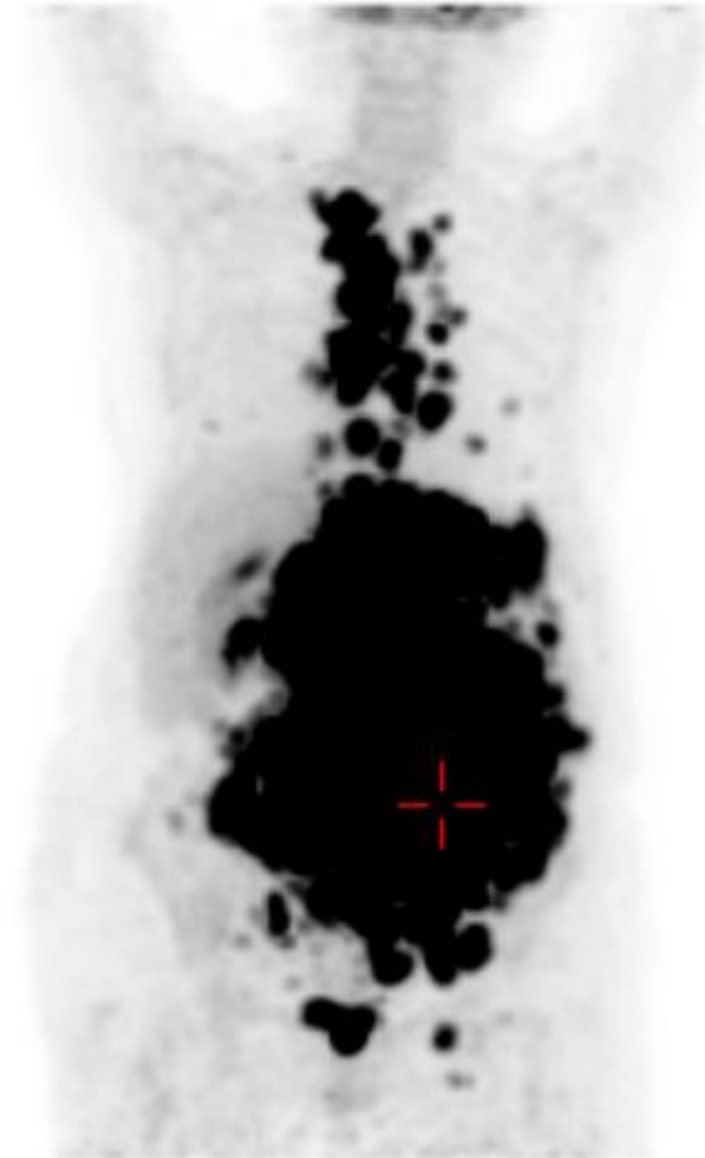
- MMS 24
- IADL/8 2
- ADL/6 4,5
- Get up and go 23 s
- MNA 21
- GDS15 6



Patiente de 85 ans



- **Décision chimiothérapie prudente**
 - Inclusion FRAIL06
 - R-CVP
 - Administration progressive pour prévention syndrome de lyse tumorale
 - Mise en place compléments alimentaires
 - Facteur de croissance granulocytaire
 - EPO (anémie symptomatique)
- **Décision de la garder quelques jours**
 - Déménagement en cours

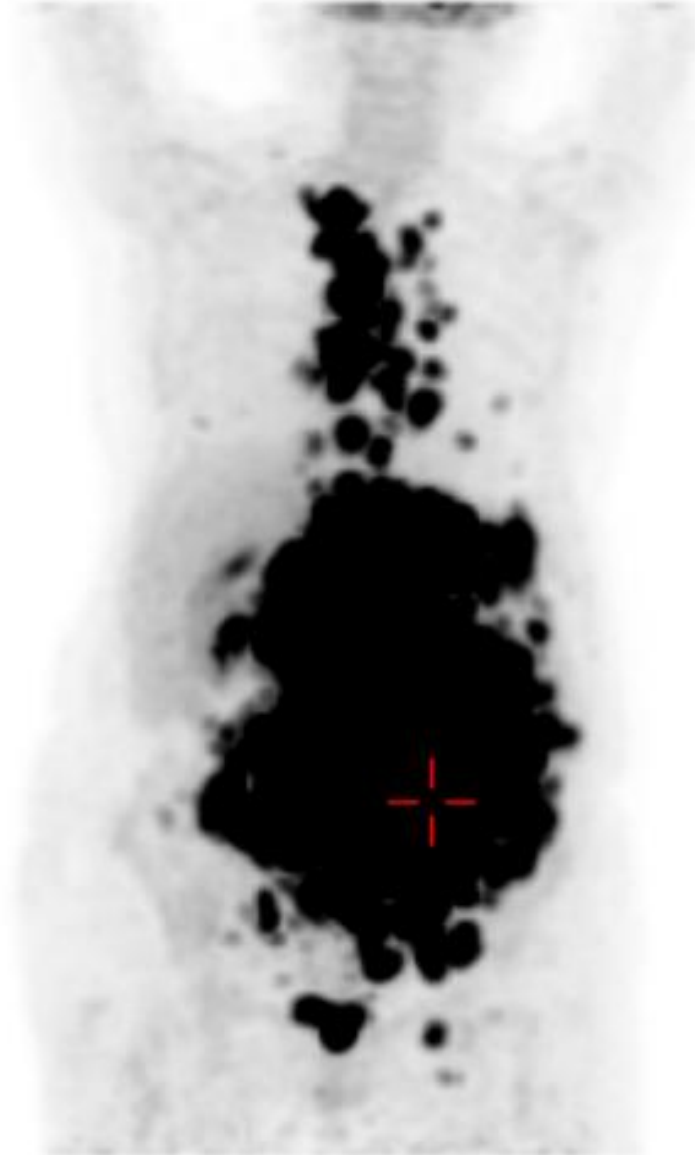
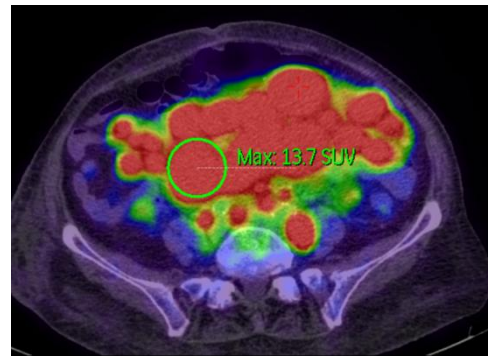


Patiente de 85 ans



Evolution : J2 = PS 4

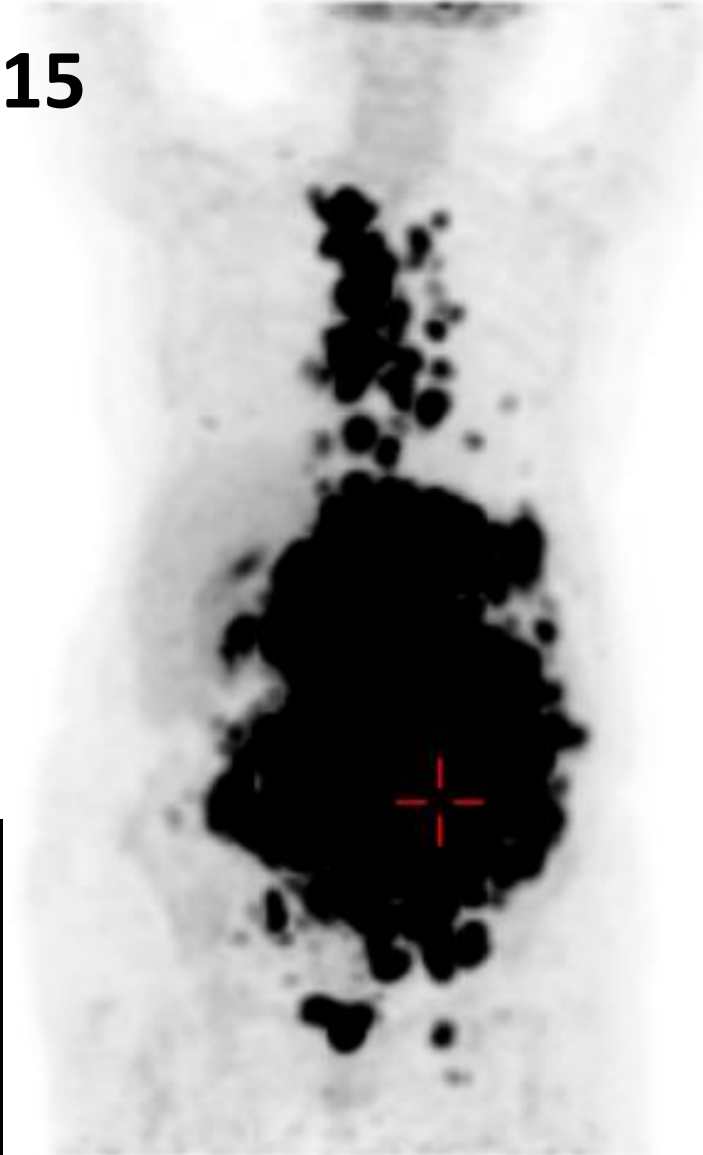
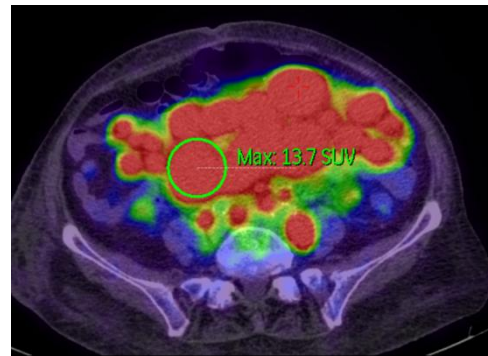
- Obnubilation
 - Ralentissement idéo-moteur
 - Troubles de l'orientation
- Dyspnée
 - Nécessitant oxygénothérapie
 - Ponction pleurale évacuatrice
- Neutropénie fébrile à J11
 - Staphylocoque isolé



Patiente de 85 ans



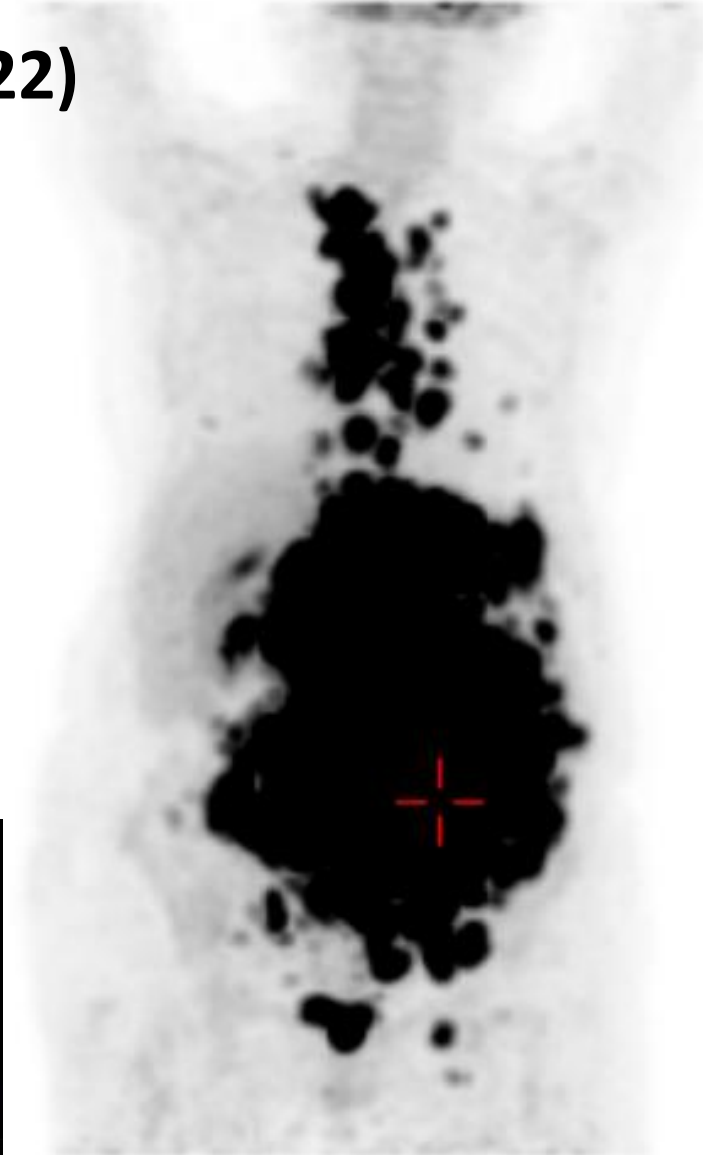
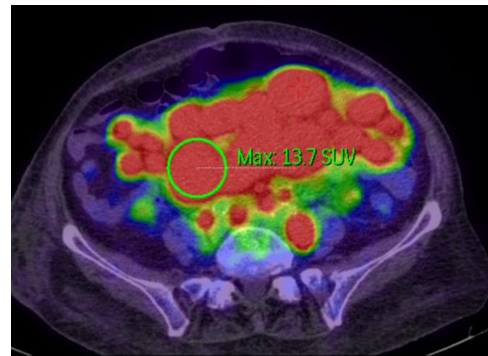
- **Evolution : Amélioration état général J15**
 - Apyrétique
 - Amélioration état de conscience
 - Amélioration FEVG (56%)
 - CV 4
- Disparition syndrome tumoral



Patiente de 85 ans



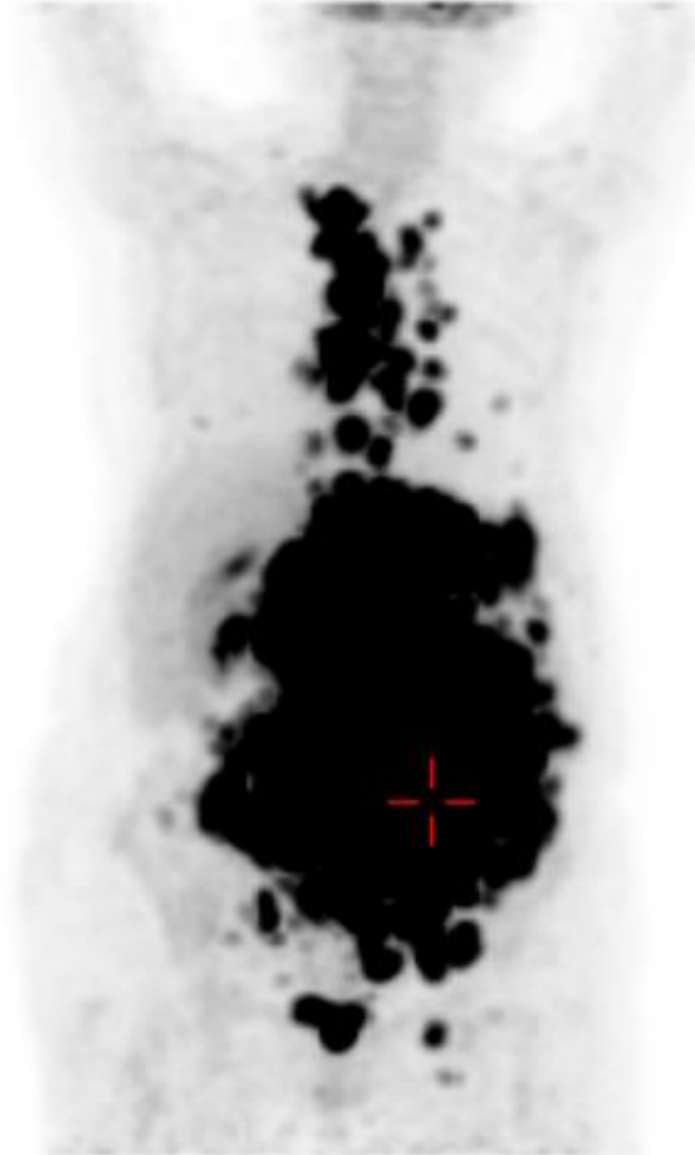
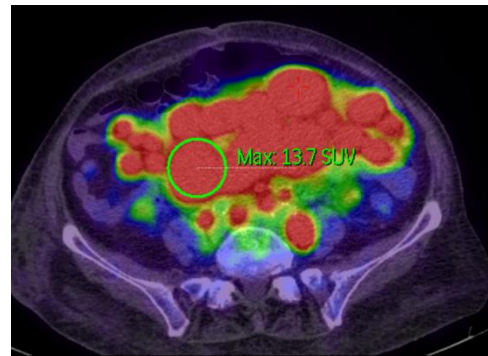
- **Evolution : Reprise chimiothérapie à J27 (/J22)**
 - R-COP avec réduction cycloph. 50%
- A J7
 - Poursuite amélioration état général
 - Une heure au fauteuil
 - Arrêt oxygénothérapie
 - CV 4
- Transéat Service Gériatrie



Patiente de 85 ans



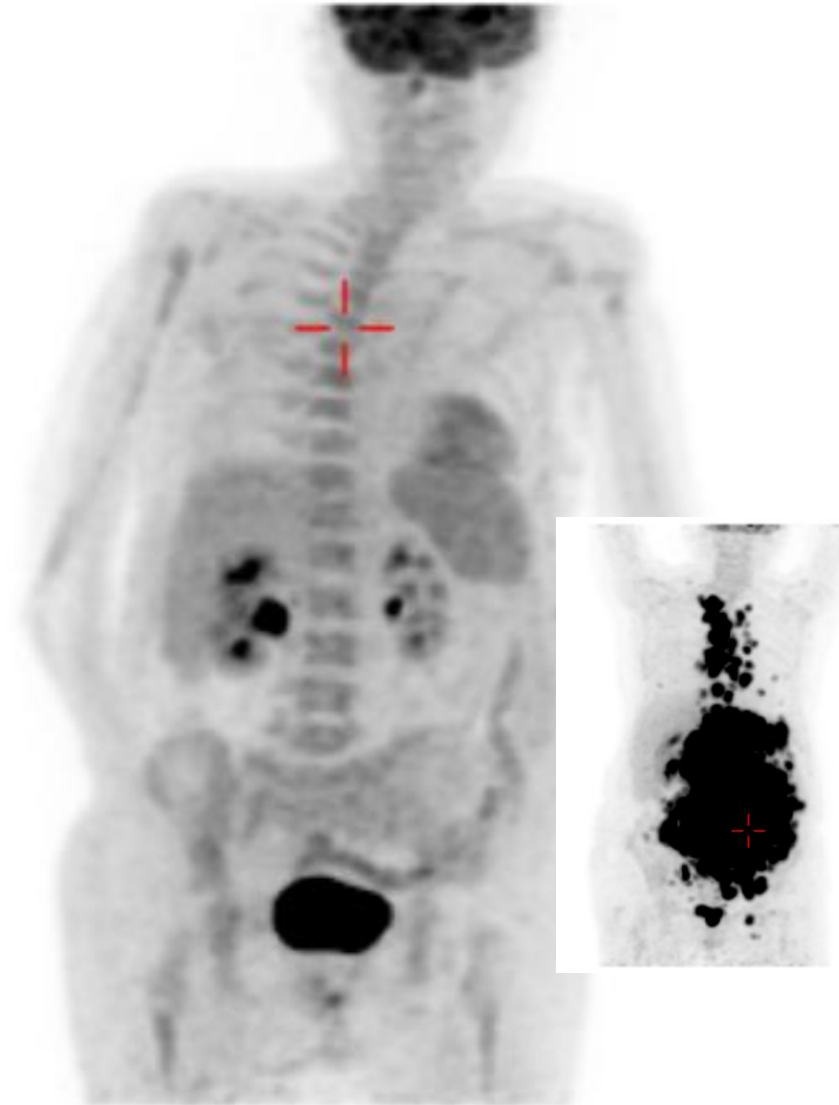
- Retrait sonde vésicale
- Kinésithérapie
 - Barres parallèles
 - Renforcement membres inférieurs
- Traitement antidépresseur
 - Seroplex (hyponatrémie) puis Effexor
 - Alprazolam
- Traitement constipation



Patiente de 85 ans



- Après 3 cycles de R-COP
 - Rémission complète TEP négative
- Évaluation globale
 - 42 kg - FEVG isotopique = 55%
 - CV = 2
 - ADL 4,5/6
 - GDS15 = 8



Suite du traitement



- Mais 4ème cycle reporté
 - Pèse 42 kg (54 en début de traitement)
 - Diarrhée Clostridium difficile

Suite du traitement

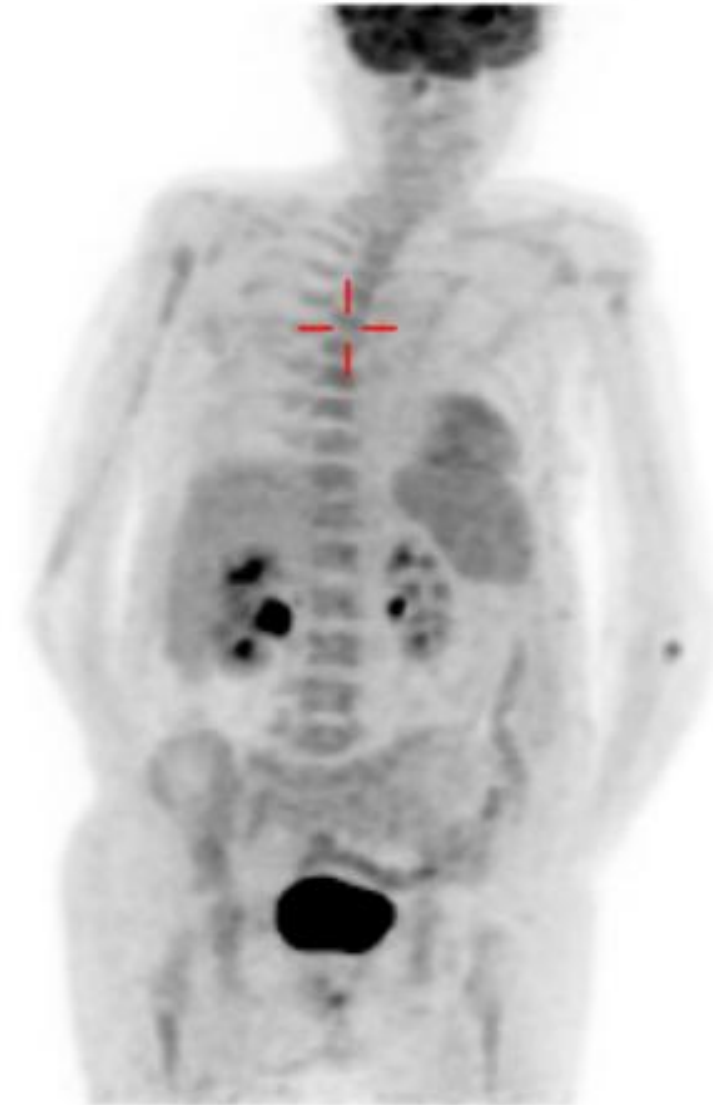


- 5ème cycle réalisé avec 3 semaines de retard
- Retour à domicile après 5ème cycle
 - IDE une fois par jour 7 j/7
 - Kinésithérapie 3 fois par semaine

Suite du traitement



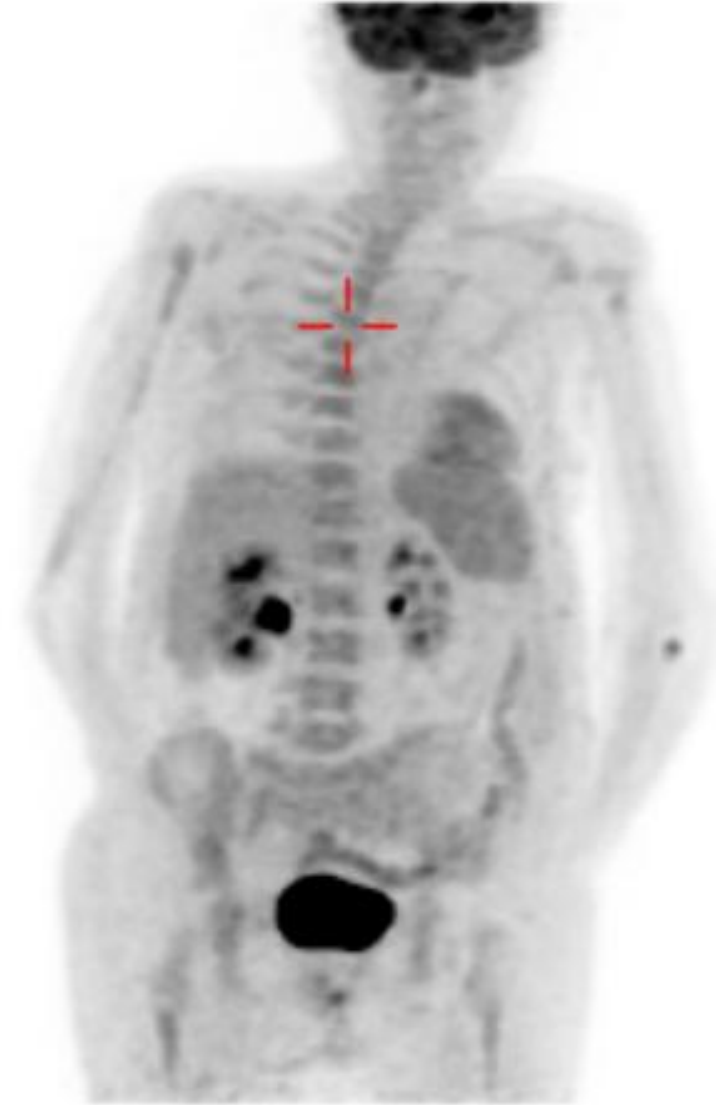
- 6ème cycle + 2R sans difficulté
- Amélioration état général
 - Reprise de poids (54 kg)
 - Albumine = 48 g/l
 - ADL 6/6
 - GDS15 = 4
 - CV = 1
- Bilan de fin de traitement
 - Confirmation RC



Suite du traitement



- Après 3 cycles de R-COP
 - Rémission complète TEP négative
- Après 6 cycles de R-COP
 - Confirmation RC
- Au 6-2-2019 (93 ans)
 - Guérison apparente
 - Nage régulièrement dans la baie de Royan



Conclusions

- **La frontière** entre **Bon état**, **Vulnérable** et **Fragile** **varie selon la maladie et le traitement**
- **Le poids du terrain sur le pronostic** augmente avec l'âge
- **L'évolution des traitements** rend le **gériatre de plus en plus utile**
- **Quelques toxicités et complications** doivent être gérées **avec les gériatres**



Merci