



## ÉDITION SPÉCIALE ASCO 2020

### LA SOFOG A LU POUR VOUS

#### **A GERIATRIC ASSESSMENT (GA) INTERVENTION TO REDUCE TREATMENT TOXICITY IN OLDER PATIENTS WITH ADVANCED CANCER: A UNIVERSITY OF ROCHESTER CANCER CENTER NCI COMMUNITY ONCOLOGY RESEARCH PROGRAM CLUSTER RANDOMIZED CLINICAL TRIAL (CRCT). ASCO2020. ABS 12009**

S. Mohile a présenté les résultats d'une étude multicentrique randomisée visant à évaluer si l'élaboration d'une synthèse de l'évaluation gériatrique (EG) accompagnée de recommandations correctrices de prise en charge permet de réduire la toxicité chez des patients âgés, porteurs d'un cancer au stade avancé, traités par une chimiothérapie et/ou un autre agent thérapeutique connu comme étant pourvoyeur de fréquentes toxicités de grade 3-5.

Les patients inclus devaient avoir un âge  $\geq 70$  ans, être porteurs d'une tumeur solide ou d'un lymphome non guérissable et avoir plus d'un domaine de l'évaluation gériatrique avec altérations en dehors de la polymédication. Ils devaient débiter un nouveau traitement anticancéreux. Les centres participants étaient randomisés entre un bras intervention (ie les oncologues recevaient une synthèse de l'évaluation gériatrique pratiquée assortie d'un plan de mesures correctrices adaptées aux altérations gériatriques mises en évidence) et un bras standard dans lequel aucun retour de l'EG n'était rendu.

Le critère de jugement principal était la proportion de patients ayant expérimenté une toxicité de grade 3-5 (selon CTCAE v.4) dans les 3 mois. Les toxicités étaient recueillies prospectivement puis vérifiées en aveugle sur dossier par des oncologues. Les objectifs secondaires étaient le taux de survie à 6 mois et l'intensité thérapeutique. Entre 2013 et 2019, 718 patients ont été inclus par 41 sites cliniques, 349 patients dans le bras intervention, 369 dans le bras soins standards. L'âge médian des patients était de 77 ans, 43% de femmes, le nombre médian de domaines altérés de l'EG était de 4/8, dans 88% des cas le traitement administré était de la chimiothérapie. Ces caractéristiques étaient équilibrées entre les deux bras. Toutefois dans le bras intervention, davantage de patients étaient d'origine afro-américaine (12% vs 3%,  $p < 0.01$ ), et avaient reçu une chimiothérapie préalable (31% vs 23%,  $p = 0.02$ ). La distribution par types de cancers était déséquilibrée avec, dans le bras interventionnel, davantage de tumeurs gastro-intestinales (38 vs 31%) et moins de tumeurs bronchiques (18% vs 31%).

Dans le bras intervention une proportion significativement plus faible de patients a expérimenté une toxicité de grade 3-5 (175/349; 50%) comparativement au bras standard (262/369; 71%). Le risque relatif de toxicité de grade 3-5 (RR: intervention vs standard) était de 0.74 (95% CI: 0.63-0.87;  $p = 0.0002$ ); cette différence était principalement due aux toxicités non-hématologiques (RR 0.73; 95% CI: 0.53-1.0,  $p < 0.05$ ). En d'autres termes, pour 5 patients bénéficiant d'une telle stratégie, un incident de toxicité de grade 3-5 est évité. Le taux de survie globale à 6 mois n'était pas différent (71% vs 74%,  $p = 0.3$ ). Dans le bras intervention, davantage de patients ont reçu une dose intensité réduite de traitement au cycle 1 (49% vs 35%, RR 0.81,  $p = 0.01$ ). Par contre, les modifications de dose secondaires à la survenue d'une toxicité étaient moins fréquentes dans le bras intervention (42% vs 58%,  $p < 0.0001$ ), mais ces résultats n'étaient plus significatifs après contrôle en aveugle (RR 0.85; 95% CI: 0.67-1.08,  $p = 0.2$ ).

La conclusion des auteurs est que le programme d'interventions correctrices guidé par l'EG permet de réduire la fréquence de survenue de toxicités de grade 3-5 chez les sujets  $\geq 70$  ans traités par des traitements anticancéreux en situation palliative et ceci sans impacter négativement la survie. Cela pourrait être expliqué par une diminution plus fréquente de l'intensité de traitement au cycle 1.

On peut regretter le déséquilibre dans les types de cancers inclus entre les deux bras. Toutefois, la méthodologie robuste de cette étude est à souligner : multicentrique, randomisation par centre, revue indépendante des données de traitement et de toxicité. Elle contribue élégamment à renforcer le rationnel consistant à démontrer l'impact positif sur la prévention des toxicités graves de la réalisation d'une évaluation

gériatrique accompagnée d'un plan de correction des altérations gériatriques identifiées.

*SUPRIYA GUPTA MOHILE, ET AL.*

## **GERIATRIC ASSESSMENT-DRIVEN INTERVENTION (GAIN) ON CHEMOTHERAPY TOXICITY IN OLDER ADULTS WITH CANCER: A RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL. ASCO2020, ABS 12010.**

Durant cet ASCO 2020 ont été présentés en communication orale par l'équipe du City of Hope, les résultats de l'étude GAIN (GA-driven INtervention). Il s'agit d'une étude monocentrique, randomisée évaluant l'impact des interventions menées à partir de l'évaluation gériatrique (EG) sur la toxicité chimio-induite (NCT02517034). Pour ce faire, les auteurs ont inclus des patients âgés  $\geq 65$  ans, porteurs d'une tumeur solide, et débutants un traitement de chimiothérapie. Selon un ratio 2 :1, 600 patients, ont été randomisés, 398 dans le bras GAIN et 202 dans le bras prise en charge standard. A l'inclusion, tous les patients bénéficiaient d'une évaluation gériatrique préalable à la chimiothérapie. Dans le bras expérimental GAIN, une équipe multidisciplinaire conduite par un oncogériatre, une IDE, un travailleur social, un éducateur physique, un nutritionniste et un pharmacien analysaient les résultats de l'évaluation gériatrique et élaboraient un plan d'intervention sur la base d'objectifs prédéfinis dans chaque domaine de l'EG. Une IDE coordonnait et s'assurait de la bonne application du plan établi. Dans le bras standard, les résultats de l'EG étaient adressés à l'oncologue référent qui les utilisait à sa convenance. Les patients étaient suivis jusqu'à la fin du traitement par chimio ou jusqu'à 6 mois après le début de celle-ci, selon celui des 2 événements qui survenait le plus précocement. L'objectif principal était l'incidence de toxicités chimio-induites de grade 3-5 selon NCI CTCAE v.4.0. Les objectifs secondaires étaient l'accomplissement des directives préalablement déterminées, les admissions aux services d'urgence, les hospitalisations et la durée moyenne de séjour.

En ce qui concerne les résultats, les caractéristiques des patients étaient bien équilibrées entre les deux bras, y compris en ce qui concerne les scores gériatriques et les scores de toxicité CARG. L'âge médian des patients était de 71 ans (65-91). La répartition des types de cancers inclus étaient la suivante : tumeurs gastro-intestinales 33%, seins 23%, poumons 16%, voies génito-urinaires 15% et autres 13%. Dans 71% des cas, il s'agissait de stades IV. Le taux d'incidence des toxicités reliées à la chimiothérapie de grade 3-5 était de 50,5% (95% CI: 45.6-55.4%) dans le bras GAIN et de 60.4% (95% CI: 53.7-67.1%) dans le bras standard ( $p = 0.02$ ). Au terme de l'étude, le taux d'accomplissement des directives préalablement déterminées était de 70% dans le bras GAIN vs 59% dans le bras standard ( $p < 0.01$ ). A la fin de l'étude, l'amélioration de ce taux était supérieure dans le bras expérimental par rapport au bras standard +24,1% vs +10,4%,  $p < 0.001$ . Il n'y avait pas de différences significatives entre les deux bras en ce qui concerne les taux d'admissions aux urgences (27.4% vs. 30.7%), les taux d'hospitalisations (22.1% vs. 19.3%), ni les durées moyennes de séjour (médiane 4.8 vs. 5.0 jours).

La conclusion des auteurs est que l'intégration des interventions basées sur l'EG permet de réduire le taux de toxicités chimio-induites de grade 3-5 et améliore la capacité à accomplir les mesures correctives découlant de l'EG. Le design de cette étude est particulièrement intéressant et original, son caractère randomisé est une grande force en particulier dans l'univers de l'oncogériatrie. En se concentrant sur les traitements par chimiothérapies, les auteurs évaluent une modalité thérapeutique unique même si les différentes localisations de tumeurs imposent des régimes variés de chimiothérapie et des profils de comorbidités probablement différents. Près des  $\frac{3}{4}$  des patients avaient une maladie métastatique. Le nombre de perdus de vue est très faible.

Les limites de l'étude résultent principalement en son caractère monocentrique associé à l'absence de double aveugle ce qui est d'autant plus gênant que concernant le critère principal, l'imputabilité de la toxicité à la chimiothérapie peut être dans certains cas discutable et clinicien dépendant. Par ailleurs on peut s'interroger si une EG simplement adressée à l'oncologue sans autre action planifiée correspond vraiment à un standard de traitement actuel. On peut regretter un âge médian à l'inclusion qui est bas (71 ans). Il serait intéressant de connaître le détail des interventions proposées dans le bras expérimental, et quel est l'impact des différents intervenants dans l'équipe multidisciplinaire ?

*Daneng Li, et al.*

**Vous n'êtes toujours pas membre de la SoFOG ? N'attendez plus et adhérez**

[Cliquez ici](#)

16<sup>ÈMES</sup>  
JOURNÉES  
NATIONALES



**BORDEAUX**

CITÉ MONDIALE

17 & 18 déc. 2020

[congres-sofog.com](http://congres-sofog.com)

## Titre

### ADHÉSION & INFORMATIONS

Agence COMM Santé  
05 57 97 19 19  
[sofog@comm-sante.com](mailto:sofog@comm-sante.com)

[Adhérer](#)

### NE MANQUEZ AUCUNE ACTU

Retrouvez toutes les actualités sur  
l'association :  
infos pratiques, actualités, vie de  
l'association, etc.

[En savoir +](#)

## LES MEMBRES DE LA COMMISSION COMMUNICATION

Capucine BALDINI  
Leila BENGRI  
Rabia BOULAHSSASS

Véronique BOURCY  
Philippe CAILLET  
Romain CORRE

Tristan CUDENNEC  
Jean-Yves NIEMIER  
Frédéric PADMOUKDJIAN  
Simon VALERO

Association SoFOG  
[sofog@comm-sante.com](mailto:sofog@comm-sante.com)



Cet e-mail a été envoyé à {{ contact.EMAIL }}  
Vous avez reçu cet email car vous vous êtes inscrit sur COMM Santé.

[Se désinscrire](#)

© 2020 COMM Santé