

Identification des fragilités

Identification of frailties

F. Scotté*, D. Mathivon*, A. Duflot-Boukobza*, M. Abbas*, M. Di Palma*

RÉSUMÉ

L'identification des fragilités est principalement développée et évaluée en oncogériatrie, mais mériterait d'être mieux systématisée et organisée en cancérologie adulte. Elle permet d'identifier les risques de complications liés au traitement anticancéreux et d'évaluer le pronostic du patient venant en consultation. Appréhendée en équipe, elle permettra ainsi de définir au mieux les options thérapeutiques en proposant un véritable parcours de soins personnalisé au patient et à ses proches. Le développement des soins de support et leur intégration systématique dans le cadre du parcours patient doivent avoir cet objectif de coordination et d'organisation des différents temps d'évaluation.

Mots-clés: Cancer – Coordination – Soins de support – Évaluation – Fragilités.

SUMMARY

The identification of frailties is mainly developed and evaluated in onco-geriatrics, but deserves to be better formalised and organised in adult cancerology. It enables the risks of complications linked to the anti-cancer treatment to be identified and the prognosis of the patient coming for consultation to be assessed. Considered within a multidisciplinary team, it will allow the best possible definition of therapeutic options by proposing a truly personalised care pathway for the patient and his or her family. The development of supportive care and its systematic integration into the patient pathway must have this objective of coordinating and structuring the various assessment phases.

Keywords: Cancer – Coordination – Supportive care – Assessment – Frailties.

La notion de fragilité est largement définie en gériatrie, sans qu'une définition claire soit mise en avant. Plusieurs classifications ont été proposées dans ce contexte du patient âgé, à commencer par celle de L. Balducci et C. Beghe qui rappelait que l'évaluation du patient âgé ne doit pas reposer sur l'âge chronologique, mais plutôt sur une évaluation multidisciplinaire intégrant des données sur son état de santé, son statut fonctionnel, son état nutritionnel et cognitif, et sur une évaluation socioéconomique et psychologique [1]. Ainsi, la notion de comorbidités, définie par Charlson, mais également l'approche autour de l'autonomie, à travers les activités quotidiennes (manger, faire sa toilette, se déplacer) et instrumentales (gestion du ménage, préparation des repas, utilisation des moyens de communication, par exemple) sont à mettre en avant dans le cadre d'une évaluation qui dépasse de fait le contexte de la personne âgée pour s'appliquer à tout adulte. À ces éléments s'ajoutent les problématiques cognitives et psychologiques, ainsi que des données symptomatiques et de comédications pouvant intervenir sur des risques de mauvaise observance ou de mésusage des médicaments prescrits au cours d'une pathologie spécifique supplémentaire telle que le cancer. La définition de la fragilité doit ainsi se considérer à travers une approche multi-

dimensionnelle et de facto multidisciplinaire et pluri-professionnelle. L'organisation du parcours du patient doit alors s'adapter afin de pouvoir identifier, à différents temps du parcours, les besoins des patients en fonction de ces fragilités, avouées ou non.

Les fragilités : des définitions

La fragilité est peu définie chez l'adulte, mais c'est un syndrome clinique courant chez les personnes âgées, qui entraîne un risque accru de dégradation de leur état de santé, notamment de chutes, d'invalidité, d'hospitalisation et de mortalité [2, 3].

Les équipes d'oncogériatrie ont recours à plusieurs échelles et scores afin de pouvoir classer le patient en différentes catégories et adapter ainsi l'accompagnement, mais aussi les choix et adaptations thérapeutiques. Quatre types de classifications ont été retenus par une équipe française pour définir les patients âgés "fit" et "unfit" (ou fragiles) [4].

La classification de Balducci définit les patients fragiles suivant une approche plutôt fonctionnelle et comorbide. Ils peuvent, en fonction de cette classification, se présenter comme :

✓ fonctionnellement dépendants (ADL 5/6 et IADL 7/8);

* Département
interdisciplinaire
d'organisation
des parcours patients,
Gustave-Roussy, Villejuif.

✓ et/ou avec au moins une comorbidité sévère (en suivant le score CIRS-G);

✓ et présenter un ou plusieurs syndromes gériatriques (démence, incontinence urinaire ou fécale, chute dans les 6 derniers mois, ostéoporose, etc.) [5].

La Société internationale d'oncologie gériatrique (SIOG) ajoute à cette approche fonctionnelle et comorbide la notion de malnutrition qui, à partir des recommandations utilisées en France, s'appuie sur une perte de poids de 5 % au cours du dernier mois et/ou de 10 % lors des 6 derniers mois [6, 7].

Une autre définition est apportée par la *Latent Class Typology* (LCT), score qui combine différents paramètres du *Geriatric Assessment*, et qui classe les patients en catégories "fit" et "unfit" [8]. Enfin, une autre approche, suivant la notion de déficit, a également été proposée et développée en score de fragilité [9, 10].

L'approche de la fragilité au-delà du patient âgé doit ainsi composer avec ces définitions, ces différentes présentations et ces modes d'évaluation afin de faire ressortir les éléments qui pourraient avoir un impact sur l'évolution du patient ainsi que sur la réalisation des traitements proposés pour lutter contre sa pathologie cancéreuse. Seule une évaluation globale, multidisciplinaire, réalisée aux différents temps de la prise en charge en débutant le plus précocement possible, peut permettre d'anticiper ou, tout au moins, de prendre en compte la dimension de souffrance globale définie par Cicely Saunders qui identifie le mieux les différents domaines qui peuvent affecter la vie de nos patients, à savoir : la souffrance qui englobe toutes les difficultés physiques, psychologiques, sociales, spirituelles et matérielles d'une personne [11].

L'identification

Les moyens

Les questionnaires gériatriques

Une méthode importante d'évaluation des patients âgés a été proposée en 2005, le *Geriatric Assessment*, sous l'égide de la SIOG [12]. Elle permet d'analyser, suivant différents domaines, la situation physico-psycho-sociale des patients âgés et d'apporter des éléments cliniques pour l'aide à la prise de décision. Cette évaluation, bien que complète, est chronophage (notamment dans un contexte de pénurie de ressources humaines) et sa réalisation la plus exhaustive possible est rendue difficile. Le G8, présenté au congrès américain en oncologie clinique en 2011 par P. Soubeyran [13], a été développé par la suite et recommandé par l'Institut national du cancer pour le dépistage des patients âgés de plus de

70 ans, atteints d'un cancer, devant bénéficier d'une évaluation gériatrique spécifique [14, 15].

De réalisation rapide et simple en consultation, il permet d'identifier les patients "fit" n'ayant pas besoin d'évaluation gériatrique et "unfit", avec un score ≥ 14 et pour lequel les patients devraient avoir une évaluation plus complète et spécialisée, afin d'orienter de façon objective les prises de décisions thérapeutiques. L'intérêt et la robustesse du G8 et de sa forme modifiée ont été de nouveau démontrés récemment [4].

D'autres méthodes ont également été développées, regroupant différents scores, afin d'aider à l'orientation thérapeutique, en s'appuyant sur 7 thématiques habituellement retrouvées (cognition, autonomie, vélocité, chute, dénutrition, comorbidités, dépression) [16].

D'autres questionnaires

Si les questionnaires gériatriques ne sont pas utilisés en médecine adulte (dont l'intérêt, en tout cas partiel, pourrait d'ailleurs être évalué), de nombreux questionnaires souvent spécifiques de certains domaines sont mis à la disposition des professionnels de santé, afin de pouvoir réaliser cette évaluation nécessaire aux décisions de prise en charge.

L'évaluation de la qualité de vie est souvent mise en valeur à travers ces échelles qui reflètent mal le contexte global défini par Cicely Saunders. Deux méthodes d'évaluation peuvent toutefois retenir l'attention :

✓ le questionnaire ESAS (*Edmonton Symptom Assessment System*);

✓ le questionnaire MDASI (*MD Anderson Symptom Inventory*).

L'ESAS a été développé en 1991, validé sur le plan psychométrique et largement traduit à travers le monde [17]. Il est couramment utilisé pour le dépistage des symptômes et le suivi longitudinal des patients, que ce soit en situation palliative ou curative. Il est également régulièrement utilisé dans le cadre des recherches cliniques du fait de son caractère reproductible et permet l'analyse des symptômes et de leur impact.

Le MDASI est une méthode rapide de mesure de l'impact et de la gravité de 13 symptômes liés au cancer, communs à tous les types de tumeurs. Le questionnaire est complété sous forme d'autoévaluation par le patient, sur une échelle intuitive de 0 à 10, et permet également de mesurer l'interférence de ces symptômes sur la vie quotidienne [18].

D'autres échelles existent, validées ou non, afin de répondre aux attentes des patients, de leurs proches, et souvent des professionnels de santé qui souhaitent optimiser le mieux possible le recueil des besoins des patients.

Les temps de l'évaluation

La recherche des besoins et des souffrances des patients peut (et devrait) être réalisée à tous les temps du parcours du patient, et de l'évolution de sa pathologie. Réalisée lors du diagnostic de cancer, elle intégrera le cadre du dispositif d'annonce dans le champ du temps soignant et d'accompagnement et permettra de repérer les souffrances présentes et d'orienter le patient vers les équipes de support ad hoc [19]. Un autre avantage est de pouvoir, dans le cadre de programmes de recherche, définir des critères prédictifs de survenue de toxicités liées au cancer et/ou à ses traitements.

En situation péjorative, l'évaluation palliative précoce (*early palliative care*) permet, là encore, de définir un accompagnement personnalisé et d'optimiser qualité comme quantité de vie, lorsqu'elle est menée conjointement avec les équipes thérapeutiques du cancer.

Lorsqu'elle est effectuée au cours de la prise en charge thérapeutique, l'évaluation permet de poursuivre l'identification des fragilités du patient, mais aussi d'analyser ses tolérances aux traitements afin d'adapter ces derniers et les techniques de support, mais aussi aux besoins. Certaines fragilités peuvent apparaître au cours de la prise en charge et imposer potentiellement une réorientation des objectifs thérapeutiques. Enfin, le suivi en cours de démarche thérapeutique peut également permettre d'évaluer le fardeau de la maladie sur les proches et leur capacité ou non à soutenir le patient. En fin de traitement, l'évaluation des fragilités permettra, en cas d'évolution péjorative de non-réponse aux traitements, d'inclure le patient dans un parcours d'accompagnement palliatif. Il s'agira alors d'anticiper les situations à risque de rupture de prise en charge génératrices de souffrances supplémentaires et d'impact sur la tension familiale autant qu'hospitalière.

En phase "après cancer" à la suite d'une rémission complète ou partielle, l'évaluation aura pour objectif de proposer un parcours personnalisé après cancer, prenant en compte les toxicités séquentielles afin d'aider le patient à reprendre sa place dans la société. L'autre enjeu du suivi post-thérapeutique sera également de suivre le risque de récurrence et/ou de second cancer.

Les objectifs de l'évaluation, quelques études

L'impact sur la survie globale de l'identification des fragilités par l'échelle ESAS a été évalué aux différents temps de la prise en charge dans le cadre d'une analyse rétrospective de cohorte menée sur une population de

patients évalués par l'échelle et appariés à des patients non évalués [20]. Sur un total de 508 073 patients diagnostiqués pour un premier cancer entre 2007 et 2015, 128 893 "paires" ont été définies.

La probabilité de survie à 5 ans a été plus élevée chez les personnes soumises à l'ESAS que chez les autres (81,9 versus 76,4 % à 1 an, 68,3 versus 66,1 % à 3 ans, 61,9 versus 61,4 % à 5 ans; $p < 0,0001$).

En analyse multivariée, l'évaluation par l'ESAS a globalement permis de réduire le risque de mortalité ($HR = 0,48$; $IC_{95} : 0,47-0,49$). Quelle que soit la période de prise en charge, cette réduction de la mortalité a été retrouvée :

- ✓ à l'instauration du traitement ($HR = 0,33$; $IC_{95} : 0,31-0,36$);

- ✓ à la phase palliative ($HR = 0,48$; $IC_{95} : 0,47-0,49$);

- ✓ en cours de traitement ($HR = 0,67$; $IC_{95} : 0,63-0,71$).

Pour les auteurs, la meilleure amélioration de la survie au cours de la première année peut s'expliquer par la possibilité de mieux gérer les symptômes et de permettre aux patients de suivre mieux et plus longtemps leur traitement anticancéreux.

Cette première étude, robuste, menée sur une large population appariée de patients, soutient l'importance d'une évaluation systématisée, à tous les temps de la prise en charge, afin d'impacter directement la survie globale des patients.

Une analyse réalisée sur une cohorte plus spécifique de patients traités dans le cadre d'un cancer de la tête et du cou a montré des taux de visites aux urgences différents en fonction du niveau obtenu lors de l'évaluation initiale suivant l'ESAS [21]. L'analyse plus fine a permis de mettre en avant le poids de chaque symptôme sur le taux d'hospitalisation (par exemple, des scores élevés de douleur, de perte d'appétit ou de nausées). Cette évaluation peut donc avoir également un impact prédictif sur le non-programmé et permettre d'adapter ainsi les modalités de surveillance des patients, de leur vie réelle selon leur fragilité.

Enfin, une revue de la littérature de 9 études a confirmé l'intérêt de l'ESAS en termes de bénéfice de survie [22]. Cinq articles ont identifié le score comme prédictif du temps jusqu'au décès, ainsi que pour prédéterminer le risque d'hospitalisation aux urgences, la perte de qualité de vie et les symptômes associés à cette altération.

Une cohorte de patients devant être traités pour un cancer du rein et âgés de plus de 45 ans a été évaluée sur un mode "gériatrique" afin de guider le choix entre chirurgie et surveillance [23]. L'index modifié de fragilité de la *Canadian Study of Health and Aging* (11-CSHA) et le score de Charlson ajusté sur l'âge (*age-adjusted Charlson*

comorbidity index (aACCI)), ainsi que le taux d'albumine et un index radiologique musculosquelettique ont été utilisés pour évaluer les patients issus d'une cohorte de 447 malades ayant une masse rénale localisée.

Un score de Charlson (aaCCI) supérieur à 6 et/ou une 11-CSHA d'au moins 0,27 ont montré un impact sur le taux de complications postopératoires et de réhospitalisations (OR = 9,19; $p < 0,001$). Ici encore, une évaluation des fragilités du patient avant le traitement permettrait donc d'anticiper les complications et de proposer des options thérapeutiques adaptées et optimales.

Une approche similaire a été réalisée sur une cohorte de 502 patients taiwanais pris en charge pour un cancer de la tête et du cou ou de l'œsophage [24]. Ces patients, âgés de 20 à 64 ans, devaient recevoir une radiochimiothérapie et ont été évalués par le *Geriatric Assessment* dans les 7 jours précédant le début de leur traitement. Les patients définis comme fragiles d'après l'évaluation gériatrique ont présenté un taux plus important de non-observance de leur programme de chimiothérapie (16,6 versus 3,3 %, $p < 0,001$), de radiothérapie (16,6 versus 3,6 %; $p < 0,001$), plus d'hospitalisations (42,0 versus 24,6 %; $p < 0,001$) et une moins bonne survie à 1 an (68,7 versus 85,2 % (HR = 2,56; IC₉₅: 1,80-3,63; $p < 0,001$) que les patients "fit".

L'impact de la fragilité a également été démontré en chirurgie, notamment colorectale. Par exemple, une étude réalisée sur une cohorte de 149 patients âgés de plus de 70 ans, devant bénéficier d'une chirurgie électorale pour un cancer colorectal a évalué l'impact de plusieurs critères de fragilité (elle-même définie suivant la *Canadian Study of Health and Aging-Clinical Frailty Scale* (CSHA-CFS)) sur le pronostic à 5 ans [25]. L'analyse multivariée de la survie à long terme, avec ajustement en fonction de l'âge, de la fragilité, des comorbidités et du stade TNM, a montré que les comorbidités ($p = 0,002$; HR = 1,30; IC₉₅: 1,10-1,54) et le stade TNM ($p = 0,014$; HR = 2,06; IC₉₅: 1,16-3,67) étaient les seuls facteurs de risque indépendants pour la survie à 5 ans.

Enfin, la recherche de biomarqueurs, potentiellement plus objectifs que l'évaluation (ou autoévaluation) clinique, peut également permettre de prédire l'évolution et avoir un impact sur les prises de décisions [26]. 603 patients, âgés de plus de 65 ans, ont été évalués selon le score G8 et des biomarqueurs (taux d'albumine, CRP, et ratio CRP/albumine), prélevés à 1, 3, 6, 9, 12, 18, 24 et 36 mois. La fragilité était définie sur cette cohorte par un score G8 ≥ 14 . Le critère principal était l'évolution du ratio CRP/albumine.

Un taux initial élevé de CRP et une évolution longitudinale basse du taux d'albumine ont été rattachés à l'évolution pronostique la plus péjorative, mettant

en avant le caractère pronostique de la cachexie liée au cancer.

L'information et la compréhension des objectifs et des effets indésirables du traitement proposé sont également des éléments majeurs de l'évaluation initiale du patient atteint de maladie cancéreuse [27]. Une cohorte de 188 patients chez lesquels un cancer colorectal, pancréatique ou prostatique venait d'être diagnostiqué, pris en charge en chimiothérapie adjuvante ou de 1^{re} ligne métastatique ont reçu un questionnaire suivant leurs caractéristiques (âge, comorbidités, état cognitif, leur satisfaction vis-à-vis des informations reçues et un rappel d'informations sur les effets indésirables). Un comportement insuffisant ou mal adapté face aux effets indésirables des traitements anticancéreux a été associé à un âge plus avancé (aOR = 0,96; IC₉₅: 0,92-0,99) et à un déficit cognitif (aOR = 0,70; IC₉₅: 0,50-0,95).

J.S. Temel a largement participé au développement du concept du "early palliative care", notamment à travers son étude randomisée de phase III réalisée sur une cohorte de 150 patients traités pour un cancer bronchique non à petites cellules métastatique [28]. L'intervention testée dans cette étude visait à comparer l'intervention précoce dans les semaines suivant le diagnostic (8 semaines maximum pour l'inclusion et dans les 3 semaines suivant l'inclusion) à l'évaluation par une équipe de soins palliatifs. Le bénéfice par rapport au bras contrôle a été significatif sur la qualité de vie (FACT-L, LCS score, TOI score), la dépression (HADS-D et PHQ-9) et la survie globale ($p = 0,01$). Une explication délivrée par J.S. Temel lors des échanges repose sur l'amélioration de l'état général des patients pris en charge dans le bras "early palliative care", leur permettant d'intégrer des essais thérapeutiques. Il est important ici de rappeler que l'impact de l'"early palliative care" ne résulte pas d'une réduction des traitements anticancéreux délivrés aux patients, comme l'a mis en évidence J.A. Greer [29]. En effet, aucune différence n'a été retrouvée en termes d'abstention thérapeutique, de 1 ligne, 2 lignes, 3 lignes ou 4 lignes et plus de chimiothérapie. La seule différence rapportée a été une augmentation du temps jusqu'au décès après la dernière chimiothérapie intraveineuse reçue en faveur du bras "early palliative care". En résumé, les patients sous anticancéreux injectables arrêtaient leur traitement plus tôt que ceux du bras témoin. Cette différence n'avait toutefois pas été relevée pour les traitements anticancéreux oraux. Il s'agit donc bien d'une évaluation, permettant d'adapter la prise en charge aux besoins du patient et ainsi la prise en charge dans un objectif de gain de qualité de vie et de survie. D'autres études, réalisées

notamment par l'équipe de J.S. Temel, ont abordé la question de l'évaluation en situation curative, entre autres en hématologie. Les mêmes bénéfices en termes de qualité de vie ont été retrouvés en faveur de l'intervention chez les patients traités pour une leucémie myéloïde aiguë [30].

L'identification des fragilités en hématologie avait d'ailleurs déjà été démontrée comme permettant de prédire l'évolution du parcours des patients. Par exemple, une étude en vie réelle réalisée sur une cohorte de 311 patients âgés, évalués selon une approche multidisciplinaire, a montré que l'accumulation des troubles gériatriques et la fragilité évaluée par l'échelle de Rockwood étaient prédictives d'une survie globale plus faible [31]. En analyse multivariée, les éléments suivants sont ressortis comme indépendamment associés à un risque majoré de décès :

- ✓ le type d'hémopathie maligne :
 - leucémie aiguë (HR = 3,84; IC₉₅ : 1,60-9,22; p = 0,003),
 - syndrome myélodysplasique (HR = 2,65; IC₉₅ : 1,10-6,35; p = 0,03);
- ✓ l'âge (par augmentation de 5 ans, HR = 1,46; IC₉₅ : 1,21-1,76; p < 0,001);
- ✓ le taux d'hémoglobine (par diminution de 1 g/dL, HR = 1,21; IC₉₅ : 1,05-1,40; p = 0,009);
- ✓ le déficit dans les activités de la vie quotidienne (HR = 2,20; IC₉₅ : 1,11-4,34; p = 0,02);
- ✓ le score du *mini nutritional assessment* (à risque de malnutrition versus normal, HR = 2,00; IC₉₅ : 1,07-3,73; p = 0,03).

L'évaluation et le suivi des patients en cours de traitement sont facilités par la santé digitale. PROCHE, étude prospective de cohorte monocentrique visant à évaluer l'impact d'un appel infirmier 48 heures avant la venue en hospitalisation de jour (HDJ) des patients sous chimiothérapie, a permis de montrer l'intérêt d'une telle intervention sur l'efficacité d'accueil en HDJ, mais également sur la réduction significative de l'ensemble (en dehors des neuropathies chimio-induites) des toxicités rencontrées au cours des traitements anticancéreux [32, 33]. La gestion à distance (*symptom remote monitoring*) suivant une liste de symptômes autorapportés par le patient via une plateforme numérique et encadrée par une équipe d'infirmier(e)s de coordination a été évaluée dans le cadre d'une étude randomisée contre soins courants [34]. Les résultats ont montré une amélioration de la qualité de vie (p < 0,001), une réduction de 7 % des visites aux urgences (p = 0,02) et une amélioration de la survie de 5,2 mois (p = 0,03) en faveur du bras *patient-reported outcomes*.

L'étude randomisée CAPRI, réalisée à Gustave-Roussy auprès de patients en cours de traitement par thérapie anticancéreuse orale, a également montré un bénéfice

comparativement à un bras témoin de soins courants sur la dose-intensité relative de la gestion à distance par une équipe d'infirmier(e)s de coordination avec appui d'une plateforme digitale [35]. Les toxicités sévères de grades 3 et 4 et les hospitalisations aux urgences ont également été réduites et l'expérience patient significativement bénéfique en faveur du bras intervention.

La pratique

Les méthodes, les temps et l'intérêt des évaluations menées depuis le diagnostic ont été précédemment rappelés. La mise en place pratique doit donc reposer sur une coordination des interventions et une implication des différentes équipes, multidisciplinaires, prenant en charge le patient, qu'elles soient impliquées dans le traitement du cancer ou dans l'accompagnement du patient. C'est grâce à cette approche globale, conjointe du curatif et du supportif, que l'évaluation complète du patient et de son environnement permettra de prendre les meilleures décisions quant au traitement et à l'orientation de ce dernier. Les soins de support, développés depuis les années 1990 et portés à l'international par la Multinational Association of Supportive Care in Cancer (MASCC) et, sur le plan francophone, par l'Association francophone pour les soins oncologiques de support (Afsos), portent cette valeur de coordination des différentes interventions afin de permettre au traitement anticancéreux d'être le meilleur possible, en quantité comme en qualité de vie. C'est le message clé de la MASCC : *"Supportive care makes excellent cancer care possible."* On peut ainsi identifier une organisation basée sur une évaluation précoce, un suivi du patient par un combo plateforme digitale-pool infirmier de coordination, différents temps d'évaluation structurés pendant et après le traitement avec communication permanente entre les différentes parties à l'hôpital comme en ville. Les infirmier(e)s de pratique avancée, dans ce contexte, ont un rôle majeur à jouer dans le cadre du suivi du patient, de l'évaluation de l'adaptation au cancer et de la tolérance aux traitements.

Cette évaluation reposera sur 3 axes principaux :

- ✓ l'évaluation du patient et de son environnement afin d'anticiper les besoins en traitements de support et accompagnement spécifique comme les antiémétiques, les facteurs de croissance hématologiques ou encore la prise en charge psychosociale :
 - fragilités,
 - comorbidités,
 - entourage,

- symptomatologie physique, sociale et psychologique, voire spirituelle;
- ✓ l'évaluation du patient à travers sa pathologie cancéreuse, afin d'estimer l'envahissement ostéomédullaire et son incidence sur la toxicité hématologique attendue, le risque thromboembolique, pour mieux définir une potentielle prophylaxie ou encore le risque de dénutrition et son impact connu sur les toxicités des anticancéreux;
- ✓ l'évaluation en fonction du protocole thérapeutique anticancéreux, la fonction rénale, notamment par

rapport au recours à des sels de platine ou encore le contexte cardiovasculaire pour les anthracyclines ou certaines thérapies ciblées.

Reste à définir comment structurer ce parcours et permettre au plus grand nombre de patients d'être évalués puis pris en charge aux différents temps du parcours et dans un contexte tendu sur le plan des ressources humaines. Les nouveaux métiers de la coordination et en pratique avancée devraient permettre avec les techniques modernes, telles que le digital, d'aider à ces nouvelles organisations. ■

Les auteurs n'ont pas précisé leurs éventuels liens d'intérêts en relation avec cet article.

RÉFÉRENCES

1. Balducci L, Beghe C. The application of the principles of geriatrics to the management of the older person with cancer. *Crit Rev Oncol Hematol* 2000;35(3):147-54.
2. Xue QL. The frailty syndrome: definition and natural history. *Clin Geriatr Med* 2011;27(1):1-15.
3. Fried LP et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2001;56(3):M146-56.
4. Martinez-Tapia C et al. Predicting frailty and geriatric interventions in older cancer patients: performance of two screening tools for seven frailty definitions—ELCAPA cohort. *Cancers* 2022;14:244.
5. Ferrat E et al. Performance of four frailty classifications in older patients with cancer: prospective elderly cancer patients cohort study. *J Clin Oncol* 2017;35:766-77.
6. Droz JP et al. Management of prostate cancer in older men: recommendations of a working group of the International Society of Geriatric Oncology. *BJU Int* 2010;106:462-9.
7. Raynaud-Simon A et al. Clinical practice guidelines from the French health high authority: nutritional support strategy in protein-energy malnutrition in the elderly. *Clin Nutr* 2011;30:312-9.
8. Ferrat E et al. Four distinct health profiles in older patients with cancer: latent class analysis of the prospective ELCAPA Cohort. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2016;71:1653-60.
9. Rockwood K, Mitnitski A. Frailty in relation to the accumulation of deficits. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2007;62:722-7.
10. Searle SD et al. A standard procedure for creating a frailty index. *BMC Geriatr* 2008;8:24.
11. Richmond C, Dame Cicely Saunders. *BMJ* 2005;33:238.
12. Extermann M 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;55:241-52.
13. Soubeyran P et al. Validation of the G8 screening tool in geriatric oncology: the ONCODAGE project. *ASCO* 2011; abstr. 9001.
14. Bellera CA et al. Screening older cancer patients: first evaluation of the G-8 geriatric screening tool. *Ann Oncol* 2012;23:2166-72.
15. Martinez-Tapia C et al. ELCAPA study group. Optimizing the G8 screening tool for older patients with cancer: diagnostic performance and validation of a six-item version. *Oncologist* 2016;21:188-95.
16. Damy T et al. Diagnosis and management of heart failure in elderly patients from hospital admission to discharge: position paper. *J Clin Med* 2021;10(16):3519.
17. Bruera E et al. The Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): a simple method for the assessment of palliative care patients. *J Palliat Care* 1991;7:6-9.
18. Cleeland CS et al. Assessing symptom distress in cancer patients: the M.D. Anderson Symptom Inventory. *Cancer* 2000;89:1634-46.
19. INCa. Évolution du dispositif d'annonce d'un cancer. Octobre 2019. <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Parcours-de-soins-des-patients/Dispositif-d-annonce>
20. Barbera L et al. The impact of routine Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) use on overall survival in cancer patients: results of a population-based retrospective matched cohort analysis. *Cancer Med* 2020;9:7107-15.
21. Noel CW et al. The Edmonton Symptom Assessment System: a narrative review of a standardized symptom assessment tool in head and neck oncology. *Oral Oncol* 2021;123:105595.
22. Milton L et al. Prediction of breast cancer-related outcomes with the Edmonton Symptom Assessment Scale: a literature review. *Support Care Cancer* 2021;29(2):595-603.
23. Walach MT et al. Frailty predicts outcome of partial nephrectomy and guides treatment decision towards active surveillance and tumor ablation. *World J Urol* 2021;39:2843-51.
24. Chou WC et al. Clinical significance of frailty on treatment outcome in nongeriatric patients with head and neck cancer and esophageal cancer undergoing curative-intent concurrent chemoradiotherapy. *Cancer Control* 2022;29:10732748211045276. doi: 10.1177/10732748211045276.
25. Artilles-Armas M et al. Impact of frailty on 5-year survival in patients older than 70 years undergoing colorectal surgery for cancer. *World J Surg Oncol* 2021;19:106.
26. Burgassi F et al. Prognostic value of prospective longitudinal CRP to albumin ratio among older outpatients with cancer. *Cancers* 2021;13:5782.
27. Lund CM et al. Age-related differences in recall of information and handling of chemotherapy-related side effects in cancer patients: the ReCap Study. *Oncologist* 2022;27:e185-e193.
28. Temel JS et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med* 2010;363:733-42.
29. Greer JA et al. Effect of early palliative care on chemotherapy use and end-of-life care in patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *J Clin Oncol* 2012;30(4):394-400.
30. El-Jawahri A et al. Effectiveness of integrated palliative and oncology care for patients with acute myeloid leukemia: a randomized clinical trial. *JAMA Oncol* 2021;7(2):238-45.
31. Wall SA et al. Integration of a geriatric assessment with intervention in the care of older adults with hematologic malignancies. *Front Oncol* 2021;11:775050.
32. Scotté F et al. A practical approach to improve safety and management in chemotherapy units based on the PROCHE - programme for optimisation of the chemotherapy network monitoring program. *Eur J Cancer* 2013;49(3):541-4.
33. Scotté F. The importance of supportive care in optimizing treatment outcomes of patients with advanced prostate cancer. *Oncologist* 2012;17 Suppl 1(Suppl 1):23-30.
34. Basch EM et al. Overall survival results of a trial assessing patient-reported outcomes for symptom monitoring during routine cancer treatment. *JAMA* 2017;318(2):197-8.
35. Mir O et al. Digital remote monitoring plus usual care versus usual care in patients treated with oral anticancer agents: the randomized phase 3 CAPRI trial. *Nat Med* 2022;28(6):1224-31.