



HAL
open science

Évaluation de l'évolution de la qualité de vie des patients âgés de 75 ans et plus traités par chimiothérapie palliative pour un cancer de l'appareil digestif

Yann Le Guen

► **To cite this version:**

Yann Le Guen. Évaluation de l'évolution de la qualité de vie des patients âgés de 75 ans et plus traités par chimiothérapie palliative pour un cancer de l'appareil digestif. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03508717

HAL Id: dumas-03508717

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03508717>

Submitted on 3 Jan 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE BORDEAUX
Bordeaux Segalen UFR DES SCIENCES MEDICALES

Thèse n°167
Année 2021

**Thèse pour l'obtention du DIPLOME D'ETAT de
DOCTEUR EN MEDECINE**

Discipline : MEDECINE GENERALE

Présentée et soutenue publiquement par
Yann LE GUEN
né le 08 juin 1990 à Bordeaux

Le 10 décembre 2021

Evaluation de l'évolution de la qualité de vie des patients âgés de 75 ans
et plus traités par chimiothérapie palliative pour un cancer de l'appareil
digestif.

Directeur de thèse

Monsieur le Docteur Franck AUDEMAR

Jury de thèse :

Monsieur le Professeur Jean Frederic Blanc (Président de jury)
Madame le Professeur Nathalie Salles
Monsieur le Professeur William Durieux
Madame le Docteur Sophie DUC

Remerciements

Je voudrais tout d'abord remercier mon directeur de thèse le Dr AUDEMAR pour son aide, le temps qu'il a consacré à mon travail et tout ce qu'il m'a appris en général dans son service.

Je remercie le Jury pour le temps qu'ils ont consacré à mon travail, le Pr BLANC pour son aide et sa présence aujourd'hui, le Pr SALLES et le Pr DURIEU ainsi que le Dr DUC pour sa patience et ses précieux conseils.

Un grand merci au service de gastro entérologie de l'Hôpital de Bayonne de m'avoir si bien accueilli et entouré pendant ses deux ans.

Notamment son équipe médicale incroyable, avec les Dr GUILNGAR, NIVET, GOUTORBE, KHUONG, CAZELLES, DEL ARCO et OUI sans oublier le Dr BOUBE, les pauses café vont me manquer.

Merci à tous les patients et leurs familles qui ont pris le temps de m'écouter et de répondre aux questionnaires.

Toute ma gratitude pour Madame DUBROCA DEHEZ toujours disponible et à l'écoute, ainsi que Mme LABARRERE et Mme CHAMBON qui m'ont beaucoup aidé à démarrer ce travail.

A titre plus personnel un grand merci à Marie qui m'a toujours soutenu dans les bons et les mauvais moments.

Je remercie ma famille mes parents et mes frères pour leur soutien, leurs relectures et leur présence.

Un dernier remerciement pour mes amis de longue date Pépé, Martin, Ximun, Navet, Enaut, Pommade, Jano, Lewis, Sarouh, Marion, Karl, Nono, Sarah.. je vais pas pouvoir citer tout le monde mais merci à vous d'être là quand il s'agit de faire autre chose que travailler.

Sommaire

Remerciements

Sommaire	1
Liste des tableaux et figures.....	3
Abréviations.....	4
Introduction.....	6
Objectifs.....	6
Matériel et Méthodes.....	7
Critères de jugement.....	8
Méthodes statistiques.....	8
Description de la population.....	9
Représentativité de l'échantillon.....	9
Traitements administrés.....	9
Résultats.....	11
Evolution démographique de la population.....	11
Evolution des ADL.....	11
Nombres de jours d'Hospitalisation.....	11
Lieu de résidence.....	11
Evolution de la qualité de vie après 3 mois de chimiothérapie palliative.....	12
Evolution de la qualité de vie après 3 mois de chimiothérapie, analyse en sous-groupe cancer colorectal vs non colorectal.....	14
Evolution de la qualité de vie après 3 mois de chimiothérapie, analyse en sous-groupe patient répondeur et stable vs non répondeur.....	14
Score G8.....	14
Discussion.....	16
Conclusion.....	19
Bibliographie.....	20

Annexes.....22

Liste des tableaux et figures

Tableau 1 : Descriptif de la population initiale

Tableau 2 : Descriptif des chimiothérapies

Tableau 3 : Descriptif de la population à 3 mois

Tableau 4 : Score QLQC30 totaux

Figure 1 : Evolution du score de QLQC30 total à 3 mois

Figure 2 : Evolution du score de QLQC30 total analyse en sous-groupe : colorectal vs non colorectal

Figure 3 : Evolution du score QLQC30 total en fonction de la réponse à l'imagerie

Figure 4 : Corrélation G8 score de QLQC30 à 3mois

Abréviations

ADL	Questionnaire Activity Daily Life
EFG	Echelle Fonctionnelle Globale
EGFR	Récepteur du Facteur de croissance Epidermique
EHPAD	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EORTC	Organisation Européenne pour la recherche et le Traitement du Cancer
ESG	Echelle Symptomatique Globale
QLQC30	Questionnaire de l'Organisation Européenne pour la recherche et le Traitement du Cancer sur la qualité de vie
RECIST	Response evaluation criteria in solid tumors
SSR	Soins de suites et réadaptation
VEGF	Facteur de croissance endothélial vasculaire
5 FU	5 Fluoro Uracile

Evaluation de l'évolution de la qualité de vie des patients âgés de 75ans et plus sous chimiothérapie palliative pour un cancer de l'appareil digestif

Introduction :

Le vieillissement de la population se poursuit et nous conduit à prendre en charge des patients de plus en plus âgés.

En 2018, l'incidence du cancer en France chez des personnes âgées de 75 ans et plus a été estimé à 118 990. En 2019, 407 569 patients âgés de 75 ans et plus ont été hospitalisés avec un diagnostic de cancer. L'âge médian du diagnostic pour les principaux cancers digestifs est supérieur à 70 ans (72 ans pour le cancer colorectal et le cancer du pancréas), et plus de la moitié des patients diagnostiqués avec un cancer oesogastrique avancé ont plus de 75 ans(1). En France, près d'un quart des chimiothérapies administrées en milieu hospitalier concernent des cancers digestifs (2).

Paradoxalement, dans ce contexte, il existe assez peu d'études chez les patients âgés, souvent plus fragiles et exclus des essais (3). Cependant, on assiste à l'émergence de travaux récents (4–6) étudiant la faisabilité et l'efficacité de la chimiothérapie dans des populations âgées. Certaines études montrent une corrélation entre la survie et la qualité de vie (7–9).

Dans ces conditions, la société française d'oncogériatrie a validé en 2020 (10) l'intérêt d'une chimiothérapie

palliative quelque soit l'âge du patient, et les recommandations récentes de la fédération française de cancérologie digestive (11) sont une aide à la décision.

Actuellement, nous n'avons recensé qu'une étude ayant pour critère de jugement principal la qualité de vie sous chimiothérapie palliative pour des patients âgés de 75 ans et plus : l'étude PRODIGE 66 (dont les inclusions sont en cours), spécifique au cancer colorectal.

Nous avons donc essayé d'étudier prospectivement l'évolution de la qualité de vie des patients de 75 ans et plus, porteurs d'un cancer digestif métastatique, après 3 mois de chimiothérapie palliative.

Objectifs :

L'objectif principal de ce travail est d'apporter des données sur l'évolution de la qualité de vie des patients âgés sous chimiothérapie palliative en pratique quotidienne.

Nos objectifs secondaires sont :

- rechercher un lien entre le score G8 initial et l'évolution de la qualité de vie sous chimiothérapie chez les patients âgés.
- rechercher une corrélation entre la réponse au traitement et le

maintien de la qualité de vie chez ces patients âgés.

- déterminer si l'évolution de la qualité de vie chez les patients âgés sous chimiothérapie palliative est différente en fonction de l'étiologie du cancer primitif.

Matériel et Méthodes :

Nous avons réalisé une étude prospective monocentrique sur le Centre Hospitalier de la Côte Basque. Pour ce faire, un protocole d'étude a été rédigé et soumis le 26 Mai 2020 au Comité de Protection des Personnes d'Ile de France sous le numéro d'enregistrement 20.05.26.49641 ([Annexe 1](#)). Nous avons obtenu un avis favorable le 10 août 2020, l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament n'as pas fait de retour négatif, les inclusions ont donc pu débuter le 15 Octobre 2020.

Sur une période allant du 15 Octobre 2020 au 1^{er} octobre 2021, 52 patients étaient éligibles 30 ont été inclus ([Annexe 2](#)) :

- 15 n'ont pas bénéficié de chimiothérapie en raison d'un état général altéré (8 avaient une espérance de vie estimée inférieure à 1 mois, 6 ont présenté une altération rapide de l'état général après la réunion de concertation pluridisciplinaire, 1 présentait des troubles cognitifs).
- 4 patients ont refusé le traitement, 1 patient a reçu de la radiothérapie exclusive
- 1 patient BRAF muté et porteur d'une instabilité microsatellitaire a reçu une immunothérapie
- 1 patient a bénéficié d'un essai thérapeutique dans un autre centre.

Les patients inclus devaient avoir un âge supérieur ou égal à 75 ans, et être atteint d'un cancer digestif à un stade

palliatif (non résécable, métastatique synchrone ou métachrone). Ils étaient inclus après décision en réunion de concertation pluridisciplinaire de réaliser une première cure de chimiothérapie palliative. Une note d'information de participation libre éclairée et écrite était remise au patient afin d'obtenir son consentement ([Annexe 3](#)).

Pour évaluer la qualité de vie chez ces patients nous avons utilisé :

- Le questionnaire de l'Organisation Européenne pour la recherche et le Traitement du Cancer (EORTC) sur la Qualité de Vie (QLQC30, Version 3.0)([Annexe 4](#)). Le QLQC30 est largement utilisé dans les essais clinique en oncologie il contient 30 items, remplis directement par les patients avec un total compris entre 30 et 124(12). Ce questionnaire comprend 15 échelles pour évaluer les différentes dimensions de qualité de vie ([Annexe 5](#)). Ces scores sont compris entre 0 et 100 après transformation linéaire de la somme des valeurs des items (13). Une bonne qualité de vie correspond à un score élevé pour les échelles fonctionnelles et un score faible pour les échelles de symptômes.

- Un questionnaire d'évaluation gériatrique des activités de la vie quotidienne Activity Daily life (ADL)([Annexe 6](#)).

- Une évaluation socio économique rapide des patients ([Annexe 7](#)).

Les questionnaires QLQC30 et ADL étaient remplis par les patients lors de l'hospitalisation pour la première cure de chimiothérapie avant de débuter le traitement. Les mêmes questionnaires leur étaient remis 3 mois plus tard lors de leur passage en hôpital de jour ou avant la réévaluation avec leur médecin référent, afin d'éviter un biais lié à l'annonce des résultats d'imagerie et biologique.

Nous avons recueilli pour chaque patient :

- les antécédents oncologiques en rapport avec la pathologie néoplasique traitée
- le type de chimiothérapie administrée
- le nombre de jours d'hospitalisation sur la période
- le lieu de résidence
- la présence d'aides à domicile.
- Le score de fragilité G8 ([Annexe 8](#)) a été déterminé pour chaque patient. Largement utilisé en oncogériatrie depuis une dizaine d'année, il s'agit d'un questionnaire permettant d'identifier les patients qui devraient bénéficier d'une évaluation gériatrique approfondie avant de débiter la chimiothérapie.

Le taux de réponse à la chimiothérapie a été évalué en imagerie selon les critères radiologiques Response evaluation criteria in solid tumors (RECIST) 1.1(14,15).

Critères de jugement :

Le critère de jugement principal est l'évolution du score total QLQC30 à J0 et J90.

Les critères de jugement secondaires sont :

- L'évolution score ADL à J0 et J90
- le nombre de jours d'hospitalisation sur la période de l'étude
- un changement de lieu de résidence entre le début de la fin de l'étude.

Deux analyses supplémentaires en sous-groupe ont été réalisées en comparant l'évolution du score total QLQC30 avant et après 3 mois de chimiothérapie palliative :

- La première afin de déterminer si la réponse au traitement pouvait modifier l'évolution de la qualité de vie. Les sous-groupes étaient les patients répondeurs ou stables versus non répondeurs.

- La seconde afin de déterminer si l'étiologie du cancer primitif pouvait influencer sur l'évolution de la qualité de vie. Les sous-groupes étaient les patients porteurs d'un cancer colorectal versus cancer non colorectal.

Nous avons recherché un lien statistique entre le score de G8 initial et l'évolution du score QLQC30 après 3 mois de chimiothérapie.

Méthodes Statistiques :

Pour le critère de jugement principal, nous avons utilisé un test non paramétrique sur données appariées (Test du signe de Wilcoxon). Le même test a été utilisé pour les analyses en sous-groupe en fonction de l'étiologie du cancer primitif et en fonction de la réponse à la chimiothérapie.

Pour analyser la corrélation entre les variables : score de G8 initial, QLQC30 à J0 et QLQC30 à J90, nous avons utilisé un test non paramétrique le test de corrélation de Spearman.

Description de la population :

30 patients ont été inclus, l'âge moyen était de 79,5 ans (âge minimum de 75 ans, maximum de 86 ans). On comptait 47%(14) de femmes et 53%(16) d'hommes. 60%(18) des patients étaient porteurs d'un cancer colorectal, 30%(9) d'un cancer du pancréas, 6%(2) d'un cancer œsogastrique, 3%(1) d'un cancer des voies biliaires. 43%(13) des patients avaient reçu des traitements oncologiques antérieurs : 20%(6) avaient été traité par chirurgie et chimiothérapie adjuvante, 17%(5) par

chirurgie seule et 6%(2) par chimiothérapie néoadjuvante (avec progression avant chirurgie).

18 patients avaient un score de G8 inférieur ou égal à 14 dont 4 ont bénéficiés d'une consultation d'oncogériatrie.

Lors de l'inclusion dans l'étude 26 patients vivaient à domicile, 1 en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), 1 chez un proche, 2 étaient en soins de suites et réadaptation (SSR). Sur les 26 patients à domicile 11 vivaient seul et 25 bénéficiaient d'aides à domicile.

Représentativité de l'échantillon :

Nous avons comparé les résultats des différentes échelles du QLQC30 obtenue à J0 avec la base de données de l'EORTC(16) afin de s'assurer de la représentativité de notre échantillon. La comparaison a été réalisée avec les données des patients porteurs d'un cancer colorectal métastatique ou porteur d'un cancer colorectal et âgé de plus de 70ans ([Annexe 10](#)). Nous n'avons pas retrouvé de différence importante sur les échelles fonctionnelles (écart inférieur à 10 points).

Traitements administrés :

18 patients ont reçu une bi chimiothérapie (tableau 2)([Annexe 9](#)) dont 9 étaient associés à une thérapie ciblée (anti facteur de croissance endothélial vasculaire (anti VEGF) ou anti récepteur du facteur de croissance épidermique) (anti EGFR). 12 patients ont reçu une monochimiothérapie dont 5 étaient associés à des thérapies ciblées.

Tableau 1 : Descriptif de la population initiale :

N(%)	30(100)
Sexe	
Masculin	16(53)
Féminin	14(47)
Age moyen	79,5
Histologie	
Cancer Colorectal	18(60)
Cancer pancréas et voies biliaires	10(33)
Cancer oesogastrique	2(7)
Traitement oncologique antérieurs	
Chirurgie	11(32)
Chimiothérapie	8(27)
G8	
>14	12(40)
≤14	18(60)
Evaluation oncogériatrique	4
Lieu de résidence	
Domicile	26(87)
Autres	4(13)
Vit seul	11(37)
Aides à Domicile	25(83)

Tableau 2 : Descriptif des chimiothérapies :

Type de chimiothérapie	n (%)	n (%)
Bi chimiothérapie	18 (60)	Monochimiothérapie 12 (40)
Bi chimiothérapie + thérapie ciblée	9 (30)	Monochimiothérapie + thérapie ciblée 5 (17)
FOLFOX + anti VEGF + anti EGFR	1 (3) 0	LV5FU + anti VEGF + anti EGFR 2 (7) 3 (10)
FOLFIRI + anti VEGF + anti EGFR	3 (10) 5 (17)	Monochimiothérapie seule 6 (20)
Bi chimiothérapie seule	9 (30)	LV5FU 2 (7)
FOLFOX	5 (17)	Gemcitabine 4 (13)
FOLFIRI	1 (3)	
Gemcitabine + nab-paclitaxel	3 (10)	

Résultats :

Evolution démographique de la population à 3 mois, tableau 3 :

28 patients ont terminé leur cycle de 3 mois de chimiothérapie, deux patients sont décédés durant la période de l'étude, un décès sans lien évident avec le traitement (décès brutal constaté sur son lieu de vie), l'autre liée à une progression rapide la maladie. A l'issu des 3 mois de chimiothérapie, 20 patients étaient répondeurs ou stables et 8 patients présentaient une progression de la maladie selon les critères RECIST.

Evolution du score ADL : à J0, 20 patients avaient un score ADL égal à 0 (0-5), pour une moyenne à 0,53. Au terme de l'étude, 18 patients avaient un score ADL nul (0-9), pour une moyenne à 0,86. Il ne semble pas y avoir de modifications significatives du score ADL après trois mois de chimiothérapie palliative.

Lieu de résidence :

Deux patients ont regagné leur domicile après un séjour en SSR, un patient est entré en SSR et un patient est entré en EHPAD.

Nombres de jours d'hospitalisation :

17 patients n'ont pas été hospitalisé, les durées d'hospitalisation variaient de 1 à 30 jours au maximum avec une durée moyenne à 2,52 (0-30) jours.

Tableau 3 : Evolution des données démographiques à 3 mois.

	J0	J90
n (%)	30 (100)	28 (100)
Masculin	16 (53)	16 (57)
Féminin	14 (47)	12 (43)
ADL		
0	20 (67)	18 (64)
>0	10 (33)	10 (36)
Lieu de résidence		
Domicile	26 (87)	26 (93)
Autres(EHPAD,SSR)	4 (13)	2 (7)
Jours d'Hospitalisation		
0		17 (57)
>0		11 (43)
Réponse chimiothérapie (critères RECIST 1.1)		
Oui (régression, stabilité)		20 (71)
Non (Progression)		8 (39)

Evolution de la qualité de vie après 3 mois de chimiothérapie palliative (graphique 1)(tableau 4) :

Tableau 4 : score QLQC30 totaux :

	J0	J90
QLQC30 n=29 Médiane /Moyenne	57 /59,69	55 /58,07
QLQC30 Colorectal Non colorectal	59,5 /61,59 54 /54,58	56,5 /60 54 /55,66
QLQC30 Répondeur Non répondeur	56 /56,47 64 /62,5	54 /56,09 57 /63

Le score médian QLQC30 à J0 a été mesuré à 57 (40-89) pour une moyenne à 59,69. Le score médian QLQC30 à J90 était à 55 (42-96) pour une moyenne de 58,07. La comparaison des médianes du QLQC30 à J0 et J90 ne montre pas de différence significative de la qualité de vie après 3 mois de chimiothérapie palliative ($z=0.446$, $p=0,656$). Nous ne retrouvons pas d'évolution péjorative ou d'amélioration du score de qualité de vie QLQC30 après trois mois de chimiothérapie palliative au sein de cette population gériatrique âgée de plus de 75ans.

Les résultats de l'analyse des échelles après transformation linéaire des items ne retrouvaient pas de différence significative, ni au niveau fonctionnel, ni pour l'échelle de qualité de vie, la seule différence significative concernait les nausées ($p=0.055$) avec un score qui augmentait entre J0 et J90. Les résultats sont décrits dans [l'annexe 11](#).

Figure 1 : Evolution du score QLQC30 après 3 mois de chimiothérapie.

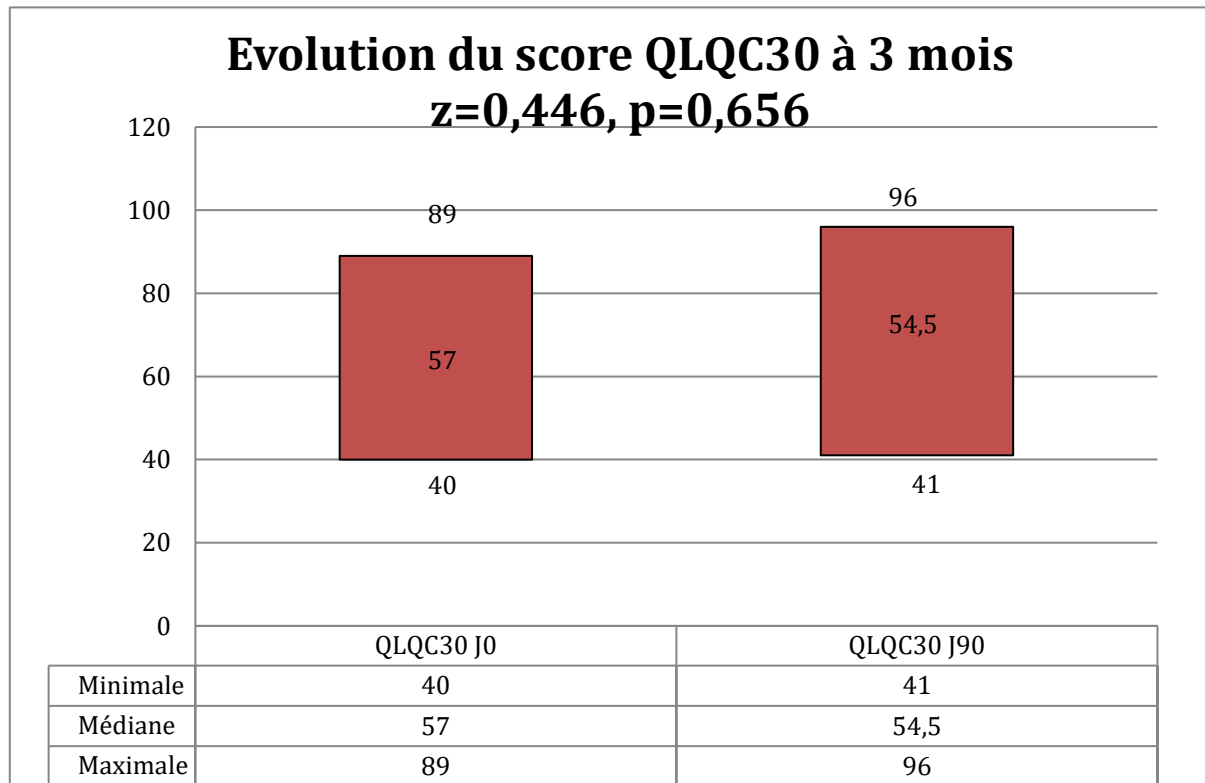
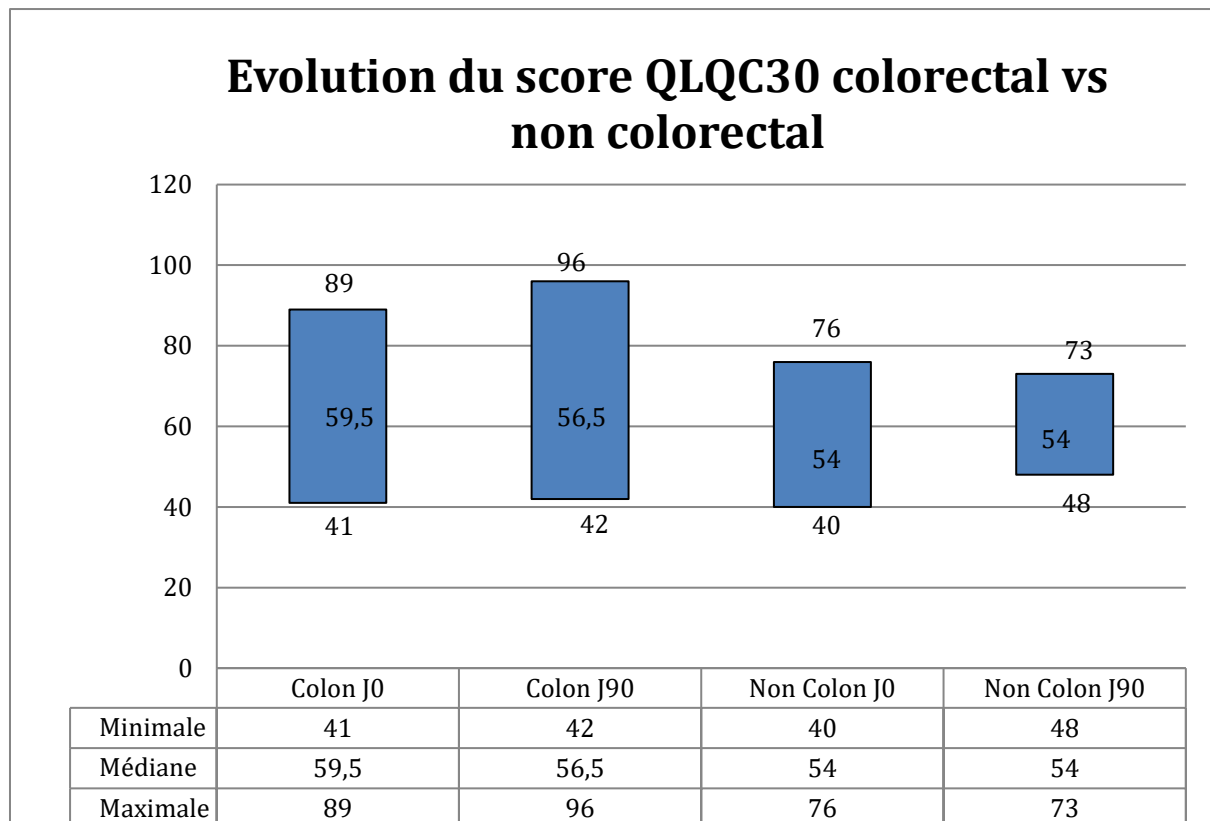


Figure 2 : Evolution du score QLQC30 après 3 mois de chimiothérapie : analyse en sous groupe colorectal vs non colorectal



Evolution de la qualité de vie après 3 mois de chimiothérapie, analyse en sous-groupe cancer colorectal vs non colorectal (figure 2)(tableau 4) :

Soit respectivement 16 et 12 patients. Les résultats étaient comparables au critère de jugement principal.

Dans le groupe cancer colorectal le score médian QLQC30 à J0 était de 59,5 (41-89) pour une moyenne à 61,59. Le score médian à J90 était de 56,5 (42-96) pour une moyenne à 60. La valeur du test du signe de Wilcoxon était de $z=0,114$ soit une p-value égale à 0,909 (supérieure à 5%). Le score de QLQC30 ne variait pas après 3mois de chimiothérapie palliative dans le groupe cancer colorectal.

Pour le groupe cancer non colorectal, le score médian QLQC30 à J0 a été mesuré a 54 (40-76) pour une moyenne à 54,58. Le score médian à J90 était de 54 (48-73) pour une moyenne de 55,66. La valeur du test du signe de Wilcoxon était $z=0,512$ soit une p value= 0,61. Donc, nous n'avons pas retrouvé de différence d'évolution de la qualité de vie après 3 mois de chimiothérapie palliative en fonction de l'étiologie colo rectale versus non colorectale du cancer primitif traité.

Evolution de la qualité de vie après 3 mois de chimiothérapie, analyse en sous-groupe patient répondeur et stable vs non répondeur (figure 3)(tableau 4) :

Nous avons recherché une différence d'évolution de la qualité de vie en fonction de la réponse (20 patients répondeurs ou stables) ou de la non réponse (8 patients), après 3 mois de chimiothérapie. La réponse était évaluée selon les critères RECIST.

Dans le groupe non répondeur, le score QLQC30 médian à J0 était de 64 (40-76) pour une moyenne de 62,5, trois mois plus tard le QLQC30 à J90 médian était mesuré à 57 (51-96), pour une moyenne à 63. L'analyse statistique conclue à une absence de modification significative du score QLQC30 à 3 mois ($z=0,169$, $p=0,86$). Dans le groupe répondeur, le score médian de QLQC30 à J0 était de 56 (41-89) pour une moyenne de 56,47. A 3 mois, le QLQC30 médian a été mesuré à 54 (42-80) pour une moyenne de 56,09, soit une absence de différence significative ($z=0,169$, $p=0,866$).

Nous ne constatons pas de modification du score de qualité de vie en fonction de la qualité de la réponse après 3 mois de chimiothérapie palliative.

Le score G8 médian a été évalué à 13(6-19) pour une moyenne à 12,16. Le test de Spearman a mis en évidence une relation statistiquement significative entre le score G8 initial et le score de QLQC30 à J0 ($Rho=-0,71$, $p=0,000$) ainsi qu'entre le score de G8 initial et le score QLQC30 à J90 ($Rho=-0,64$, $p=0,000$). C'est une relation négative : plus le score G8 est élevé plus le score de QLQC30 est bas. Figure 4.

Figure 3 : Evolution du score global QLQC30 groupe répondeur vs non répondeur (ci-dessus)

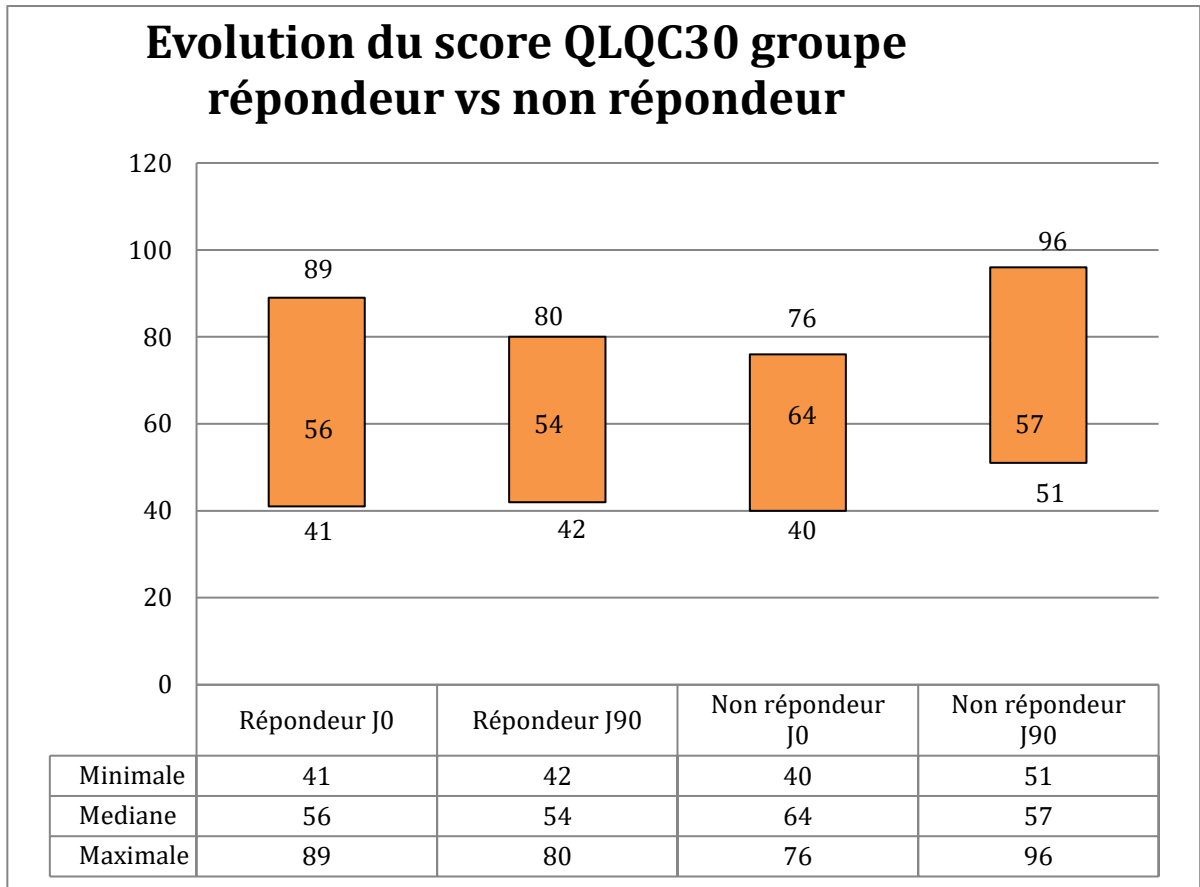
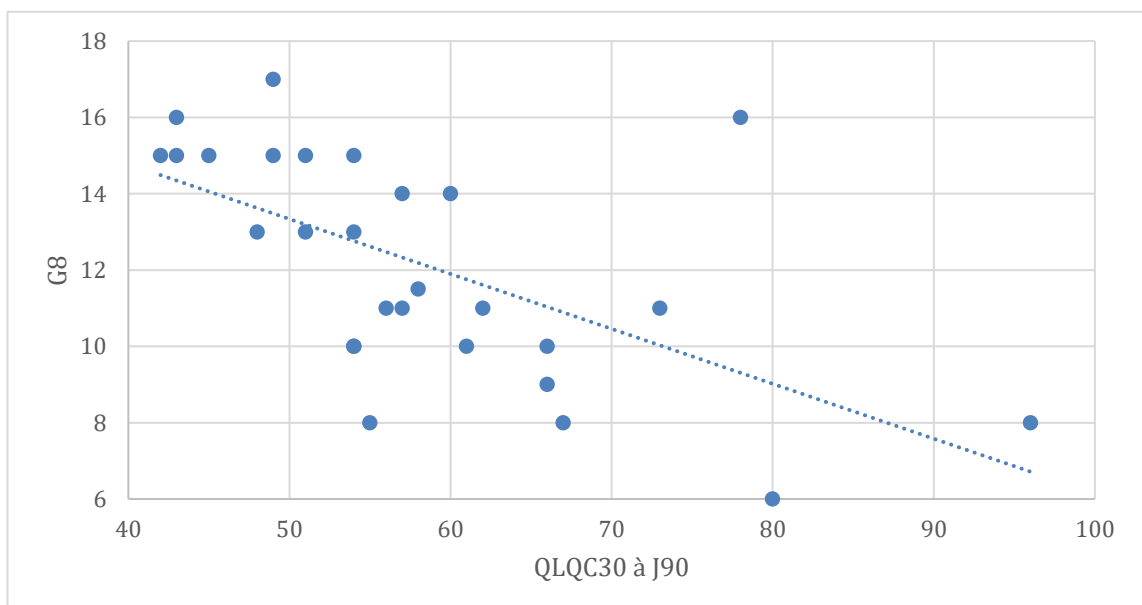


Figure 4 : Relation entre le score G8 initial et le score QLQC30 total à J90 : test de spearman



Discussion :

La qualité de vie chez les patients âgés est de plus en plus souvent prise en compte et devient un critère de jugement dans beaucoup d'essai clinique même si la survie reste l'objectif principal.

En 2009, Des Guetz et al. ont fait un état des lieux sur la prise en charge des patients âgés atteint d'un cancer colorectal avec un certain nombre de données essentiellement sur des essais de phase II (17).

Une étude sur le cancer colorectal en situation métastatique, montre des résultats comparables en termes de bénéfices et de tolérance entre les patients jeunes et les sujets âgés (18). Les données extrapolées d'une grande étude observationnelle américaine Brite (19)(20) montrent une absence de différence entre les patients âgés de plus de 65 ans et les plus jeunes avec les traitements de référence.

Laquente et al (21) ont démontré récemment dans le cancer du pancréas métastatique une amélioration de la qualité de vie sous chimiothérapie palliative en population générale.

Des essais spécifiques concernant les patients âgés, comme celui de Landre T et al. à l'unité d'oncogériatrie de l'Hôpital René Muret, commencent à être publiés (ils ont montré la supériorité du bevacizumab associé au 5-FU versus une double chimiothérapie dans le cancer colorectal après 70 ans (4)). Guion et al ont publié sur la tolérance d'une triple chimiothérapie chez les plus de 70 ans dans le cadre du cancer colorectal ou pancréatique (5). L'étude de phase III britannique GO2 (6) est une des premières grandes études réalisées chez les patients âgés fragiles avec un cancer œsogastrique. Leurs résultats concluent à une non-infériorité en termes de survie avec un bénéfice

sur la qualité de vie grâce à une réduction des doses de chimiothérapie.

Nos résultats, ne montrent pas de différence significative de la qualité de vie après 3 mois de chimiothérapie palliative en se basant sur le score QLQC30 ($z=0,446$, $p=0,656$).

Habituellement le score QLQC30 est divisé en échelles évaluant les différentes dimensions de la qualité de vie. Nous n'avons pas détaillé l'analyse statistique pour chaque échelle du score QLQC30 en raison de la taille de l'échantillon, de la faible variation observée et du grand nombre de variables. De plus, nous avons regroupé les résultats des échelles du score QLQC30 après transformation linéaire en 3 variables : une échelle fonctionnelle qui correspond à la somme des 5 échelles fonctionnelles ([Annexe 5](#)), une échelle de qualité de vie qui est l'échelle recommandée par l'EORTC, et une échelle pour les différents symptômes qui correspond à la somme de toutes les échelles symptomatiques.

Nous avons analysé séparément les échelles fonctionnelle, symptomatiques et de qualité de vie avant le début du traitement puis après 3 mois de chimiothérapie palliative, sans mettre en évidence de différence statistiquement significative hormis pour le score de nausée, $p=0.055$ (avec le test du signe de Wilcoxon). Dans ces conditions, pour plus de clarté et pour éviter des résultats multiples, il nous a semblé plus opportun de faire figurer le score global de QLQC30 et de présenter les sous scores d'échelle en annexe ([Annexe 11](#)).

Il semble donc que la chimiothérapie palliative au delà de 75 ans en oncologie digestive puisse être utilisée sans préjudice pour la qualité de vie des patients pour un bénéfice attendu comparable aux patients plus jeunes. De façon concordante, nous n'avons

pas mis en évidence d'évolution péjorative des ADL, un seul patient de notre étude a été institutionnalisé après 3 mois de chimiothérapie. Il ne semble pas y avoir eu d'impact sur les hospitalisations qui sont restés, dans cette population âgées, faibles (2,52 jours en moyenne sur les 3 mois).

Notre analyse en sous-groupe, tant dans le groupe non colorectal ($z=0,512$ p value= 0,608) que colorectal ($z=0.114$, $p=0.909$), ne retrouvait pas de variation significative du QLQC30. La répartition des sous-groupe correspond à la tendance épidémiologique actuelle (notre échantillon comportait 30% de patients porteurs d'un cancer du pancréas, 60% porteurs d'un cancer colorectal) avec une incidence des cancers colorectaux stable voire en légère baisse et une poursuite de l'augmentation des cancers du pancréas (22).

Bien que les pronostics et les prises en charges soit parfois très différentes en oncologie digestive, nous n'avons pas mis en évidence de différence en termes de qualité de vie quelle que soit l'étiologie du cancer primitif. Ces résultats sont en corrélation avec les études récentes publiées par différentes équipes (5,6,21). On peut donc penser que la chimiothérapie palliative dans les populations âgées ne dégrade pas la qualité de vie quelle que soit l'étiologie de la maladie.

Dans notre étude, l'analyse de l'évolution du score QLQC30 en fonction de la réponse à la chimiothérapie n'as pas montré de différence ($z=0.169$, $p=0.865$).

Néanmoins nous avons constaté dans le groupe des patients non répondeurs une tendance du score QLQC30 à être plus élevé avant traitement, 64 vs 56 dans le groupe non répondeur. Après 3 mois de traitement, l'évolution des scores QLQC30 tend à s'harmoniser

entre les deux groupes. Ces patients non répondeurs sont en grande majorité des cancers non colorectaux (6 patients sur 8), avec des pathologies habituellement plus agressives et moins sensibles à la chimiothérapie. Il est possible que du fait de la qualité de vie initialement moindre dans le groupe de patient non répondeurs, les chimiothérapies administrées aient été moins agressives (50% de bi chimiothérapies vs 65% dans le groupe répondeur)([Annexe 12](#)). Pour expliquer l'absence de différence de l'évolution du score global QLQC30 en fonction de la réponse, nous pouvons supposer dans le groupe non répondeur, une diminution des effets secondaires liés à la monochimiothérapie, impactant moins la qualité de vie mais peut être au prix d'une moins bonne réponse au traitement. Par ailleurs, dans le groupe répondeur composé de 20 patients, un peu plus de deux tiers (14) des patients étaient porteurs d'un cancer colorectal métastatique. Dans ce groupe, 65% des traitements administrés comportaient des bi chimiothérapies. Peut-être que l'absence d'amélioration de la qualité de vie chez ces patients répondeurs après 3 mois de traitement est lié aux effets secondaires de la bichimiothérapie, qui pourraient gommer le bénéfice oncologique sur la qualité de vie. Cette hypothèse pourrait aller dans le sens de l'étude de Landre T et al(4), dans laquelle il est démontré la supériorité du bevacizumab associé au 5-FU versus une double chimiothérapie dans le cancer colorectal après 70ans.

Il aurait été pertinent d'étudier l'évolution de la qualité de vie en fonction du type de chimiothérapie réalisée (mono chimiothérapie versus bi chimiothérapie). Cependant, du fait de la variabilité des chimiothérapies administrées, de l'effectif de l'étude et des différentes étiologies, une analyse

statistique satisfaisante n'était pas envisageable.

En prenant en considération le contexte sanitaire de pandémie durant lequel nous avons réalisé l'étude, nous pouvons supposer un biais de sélection qu'il est difficile d'estimer :

- d'une part des retards diagnostic lié à l'allongement des délais d'accès aux endoscopies avec des patients altérés qui n'étaient plus éligibles à une chimiothérapie. Dans notre étude, sur les 52 patients éligibles, 14 présentaient un état général trop altéré pour envisager une chimiothérapie.
- d'autre part, des patients qui auraient pu bénéficier de traitement curatif mais dont le diagnostic s'est fait à un stade plus avancé.

Plusieurs études ont montré l'importance et l'intérêt des questionnaires gériatriques dans l'évaluation pré thérapeutique des patients âgés porteurs de cancers (23)(24), tel que le MMSE, IADL ou le Time Up and Go Test, l'enjeu étant d'évaluer ces patients de façon standardisée. Le score G8 a été créé dans ce sens en 2010. Il est actuellement recommandé de réaliser une consultation d'oncogériatrie chez les patients avec un score G8 inférieur ou égal à 14.

Nous avons recherché une corrélation entre le score G8 initial et le score QLQC30 initial, ainsi qu'entre le score G8 initial et l'évolution du score QLQC30 après 3 mois de chimiothérapie. Les résultats montrent une relation négative statistiquement significative entre le score G8 et le score QLQC30 à J0, ce qui intuitivement était supposé.

De façon intéressante, nous avons également retrouvé cette relation

négative statistiquement significative ($p < 0.001$) entre le score G8 avant traitement et l'évolution du score QLQC30 après 3 mois de chimiothérapie palliative. Ces résultats confirment que le score G8 avant traitement à une valeur pronostic sur l'évolution potentielle de la qualité de vie des patients âgés qui vont recevoir une chimiothérapie.

En revanche, 3 des items du score G8 sont constitués par des symptômes particulièrement présents au cours des cancers digestifs, à savoir l'anorexie, la perte de poids et l'indice de masse corporelle. Dans ces conditions, le score G8 inférieur ou égal à 14 chez ces patients âgés est donc très souvent atteint au cours des cancers digestif. Peut-être une pondération spécifique à l'oncologie digestive et/ou une diminution du score limite pour lequel une consultation d'oncogériatrie est recommandée pourrait être discutée.

Dans notre étude, plus de 50%(17) des patients avaient un score G8 inférieur ou égal à 14. Or, on constate qu'il y a moins d'un quart de ces patients qui ont bénéficié d'une consultation d'oncogériatrie. Les raisons évoquées sont multiples :

- Un état général estimé compatible par les praticiens malgré un score G8 inférieur ou égal à 14, devant lequel les praticiens n'ont pas fait systématiquement appel à l'oncogériatre.
- L'accès à une consultation oncogériatrique rapide parfois difficile, chez des patients avec des cancers rapidement évolutif avec une crainte de retarder le début de la prise en charge.

Dans notre étude, sur les 52 patients éligibles, 15 patients ont été exclus du fait de leurs antécédents et de leur état général. 14 directement par les praticiens, un après une évaluation

oncogériatrique. Les 4 patients inclus dans l'étude après avis oncogériatrique étaient des patients pour lequel les praticiens avaient un doute sur la faisabilité d'une chimiothérapie.

Enfin, nos résultats sont à pondérer par le manque de puissance statistique de notre étude. La petite taille de l'échantillon dans cette étude monocentrique ainsi que la durée d'inclusion limitée, ne nous ont pas permis de réaliser de test paramétrique. Néanmoins, il s'agit d'une étude réalisée en pratique quotidienne, avec un recueil de donnée prospectif au sein d'une population peu étudiée. Avec des résultats attendus du score QLQC30 à J0 concordant avec la base de donnée de l'EORTC(16)([Annexe 9](#)), notre échantillon semble être représentatif de la qualité de vie des patients âgés avec un cancer digestif métastatique ce qui rend nos résultats à 3 mois plus plausibles et plus valides.

Conclusion : Cette étude prospective monocentrique en pratique quotidienne montre l'absence de modification de la qualité de vie après 3 mois de chimiothérapie palliative chez des patients âgés de 75 ans et plus pour un cancer digestif, sans discrimination histologique, indépendamment de la réponse au traitement. Ces résultats sont en accord avec les études récentes et encouragent à faire des études de plus grande envergure (comme PRODIGE 66), dans cette population croissante afin de confirmer ces résultats. Cette absence d'évolution de la qualité de vie permet la réalisation de chimiothérapie palliative à un âge avancé chez les patients à l'état général conservé.

Bibliographie :

1. Janmaat VT, Steyerberg EW, van der Gaast A, Mathijssen RH, Bruno MJ, Peppelenbosch MP, et al. Palliative chemotherapy and targeted therapies for esophageal and gastroesophageal junction cancer. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 Nov 28;11(11).
2. INCa. Chiffres clés de la chimiothérapie [Internet]. [cited 2019 December 31]. Available from : <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Les-traitements/Chimiotherapie2/Chiffres-cles-de-la-chimiotherapie>.
3. Canoui-Poitrine F, Lièvre A, Dayde F Lopez-Trabada-Ataz D, Baumgaertner I, Dubreuil O, et al. Inclusion of older patients with colorectal cancer in clinical trials: the SAGE prospective multicenter cohort study. *Ann Oncol* 2017;28(Suppl 5 p 512: 1445 P) Madrid. *Ann Oncol* 2017;1445 P.
4. Landre T, Maillard E, Taleb C, Ghebriou D, Guetz GD, Zelek L, Aparicio T. Impact of the addition of bevacizumab, oxaliplatin, or irinotecan to fluoropyrimidin in the first-line treatment of metastatic colorectal cancer in elderly patients. *Int J Colorectal Dis*. 2018 Aug;33(8):1125-1130.
5. Guion-Dusserre JF, Bertaut A, Ghiringhelli F, Vincent J, Quipourt V, Marilier S, et al. Folfirinox in elderly patients with pancreatic or colorectal cancer-tolerance and efficacy. *World J Gastroenterol*. 2016 Nov 14;22(42):9378-9386.
6. Hall PS, Swinson D, Cairns DA, Waters JS, Petty R, Allmark C, et al. Efficacy of Reduced-Intensity Chemotherapy With Oxaliplatin and Capecitabine on Quality of Life and Cancer Control Among Older and Frail Patients With Advanced Gastroesophageal Cancer: The GO2 Phase 3 Randomized Clinical Trial. *JAMA Oncol*. 2021 jun ; 7(6) : 869–877.
7. Deng Y, Tu H, Pierzynski JA, Miller ED, Gu X, Huang M, et al. Determinants and prognostic value of quality of quality of life in patients with pancreatic ductal adenocarcinoma. *Eur J Cancer*. 2018 ;92 :20-32.
8. Lis CG, Gupta D, Grutsch JF. Patient satisfaction with quality of life as a predictor of survival in pancreatic cancer. *Int J Gastrointest Cancer*. 2006 ;37 :35-44.
9. Velanovich V. The association of quality of life measures with malignancy and survival in patients with pancreatic pathology. *Pancréas*. 2011 ;40 :1063-9.
10. Aparicio T, Canoui-Poitrine F, Caillet P, François E, Cudenneq T, Carola E et al. Treatment guidelines of metastatic colorectal cancer in older patients from the French Society of Geriatric Oncology (SoFOG). *Digestive and Liver Disease*. 2020.
11. Phelip JM, Tougeron D, Léonard D, Benhaim L, Desolneux G, Dupré A, et al. Metastatic colorectal cancer (mCRC): French intergroup clinical practice guidelines for diagnosis, treatments and follow-up (SNFGE, FFCD, GERCOR, UNICANCER, SFCO, SFED, SFRO, SFR). *Dig Liver Dis*. 2019 Oct;51(10):1357-1363.
12. Aaronson NK, Ahmedzai S, Bergman B, Bullinger M, Cull A, Duez NJ, et al. The European Organization for research and treatment of cancer QLQ-C30 : a quality of life instrument for use in international clinical trials in oncology. *J Natl Cancer Inst*. 1993 ;85 :365-76.
13. Fayers P, Aaronson NK, Bjordal K, Groenvold M, Curran D, Bottomley A. EORTC QLQ-C30 Scoring Manual. 3rd ed. Brussels: European Organisation for Research and Treatment of Cancer, 2001. In.
14. Eisenhauer EA, Therasse P, Bogaerts J, Schwartz LH, Sargent D, Ford R, et al. New response evaluation criteria in solid tumours: revised RECIST guideline

(version 1.1). Eur J Cancer 2009;45(2):228-47.

15. Menu Y. Imagerie en cancérologie digestive. Au delà des critères RECIST. Journées Francophones d'Hépatogastroentérologie & d'Oncologie Digestive 2015 Paris.

16. Scott NW, Fayers P, Aaronson NK, Bottomley A, de Graeff A, Groenvold M et al. EORTC QLQ-C30 Reference Values Manual. 2nd ed. Brussels, Belgium: EORTC Quality of Life Group, 2008. 427 p. In.

17. Guetz GD, Carola E. (2009). "Cancer colorectal et sujets âgés: y a-t-il une spécificité de prise en charge?", Rev Med Suisse 2009; volume -5. no. 204, 1116 - 1123.

18. Sastre J, Marcuello E, Masutti B, Navarro M, Gil S, Antón A, et al. Irinotecan in combination with fluorouracil in a 48-hour continuous infusion as first-line chemotherapy for elderly patients with metastatic colorectal cancer: A Spanish cooperative group for the treatment of digestive tumors study. J Clin Oncol 2005;23:3545-51.

19. Hedrick E, Kozloff M, Hainsworth J, Badarinath S, Cohn A, Flynn P, et al. Safety of bevacizumab plus chemotherapy as first-line treatment of patients with metastatic colorectal cancer: Updated results from a large observational registry in the US (BRiTE). J Clin Oncol (Meeting abstracts) 2006;24:3536.

20. Kozloff M, Hainsworth J, Badarinath S, Cohn A, Flynn P, Hedrick E, et al. Efficacy of bevacizumab plus chemotherapy as first-line treatment of patients with metastatic colorectal cancer: Updated results from a large observational registry in the US (BRiTE). J Clin Oncol (Meeting abstracts) 2006; 24:3537.

21. Laquente B, Macarulla T, Bugés C, Martin M, Garcia C, Pericay C et al. Quality of life of patients with metastatic pancreatic adenocarcinoma initiating first-line chemotherapy in routine practice. BMC Palliative Care. 2020. 19:103.

22. INCa. Panorama des cancers en France Edition - 2021[Internet]. [cited 2021 October 30]. Available from: https://www.e-cancer.fr/pdf_inca/preview/303372/4327939/file/Panorama%20des%20cancers%20en%20France_2021.pdf.

23. Van der Vlies E, Kurk S, Roodhart J, Gerritse F, Pelgrim T et al. The relevance of geriatric assessment for older patients receiving palliative chemotherapy. Journal of Geriatric Oncology.

24. Aparicio T, Jouve J, Teillet L, Gargot D, Subtil F, Le Brun-Ly V et al. Geriatric Factors Predict Chemotherapy Feasibility: Ancillary Results of FFCD 2001-02 Phase III Study in First-Line Chemotherapy for Metastatic Colorectal Cancer in Elderly Patients. Journal of Clinical Oncology, 31(11), 1464-1470.

ANNEXES :

Annexe1 :

Comité de Protection des Personnes
« Ile de France II »

Bureau :

Président : Stéphane DONNADIEU
Vice-Présidente : Marie-France MAMZER-BRUNEEL
Secrétaires : Laura CHEVREAU, Pierre COLONNA

Membres :

C. ARDIOT, C. BALLOUARD, J.-L. BRESSON, C. BROISSAND, M. DE FALLOIS, A.GOUEL, L.GUEST, M-C LAI, M.LARGEAU,
C. MARTINEAUX, M.SEHAN, L.VALENTINO, M. WACK, R.JACOB-VESTLING, Y.LEVY

Secrétariat : Nora VESTRIS

PARIS, le 27/07/2020

Mme Séverine LABARRERE
Centre hospitalier de la côte basque
13 avenue de l'interne Jacques Loëb
64109 Bayonne

Projet de recherche n°**20.05.26.49641 RIPH3 HPS**
N° ID RCB : : [2020-A01590-39](#)

Le Comité a été saisi en date du **26/05/2020** par le d'une demande d'avis pour un projet de recherche impliquant la personne humaine de catégorie 3° intitulé :

« Etude de la qualité de vie des patients de plus de 75 ans sous chimiothérapie palliative pour un cancer digestif au Centre Hospitalier de la Côte Basque »

Investigateur en France : [Dr AUDEMAR](#)
Promoteur : [Centre Hospitalier de la Côte Basque](#)

Les informations relatives à ce projet ont été examinées en réunions du **22/06/2020 et du 20/07/2020** sur la base des éléments suivants :

Dossier initial

Documents liés à la recherche

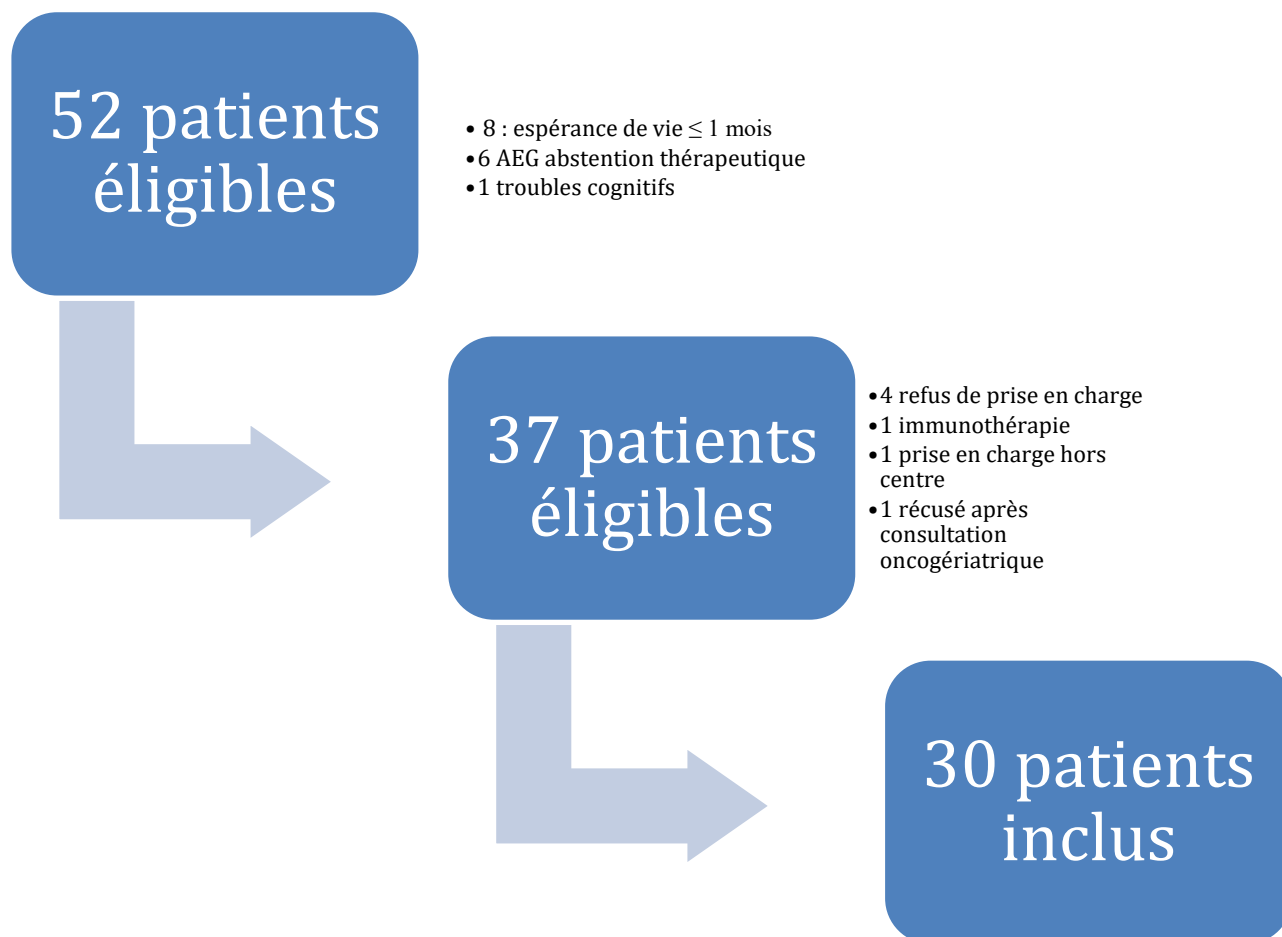
- [INF - 26/05/20 - note d information protocole eqlvcpal 75 V1.0 du 06/05/2020](#)
- [PRO - 26/05/20 - protocole eqlvcpal 75 version 1 1 pdf V1.1 du 19/04/2020](#)

Annexes

- [DOC - 26/05/20 - recepisse declaration no 2218103 pdf](#)
- [DOC - 26/05/20 - engagement dr audemar protocole de cat g](#)
- [CVI - 26/05/20 - cv dr audemar franck pdf](#)

Projet de recherche n°**20.05.26.49641 RIPH3 HPS**
N° ID RCB : : [2020-A01590-39](#)

Annexe 2 :



Annexe 3 :



Protocole EQLVPAL 75 version 1.1 du 30 juin 2020

Etude de la qualité de vie des patients de plus de 75ans sous chimiothérapie palliative pour un cancer digestif
Protocole EQLVPAL 75

Fiche de recueil de non opposition de participation du patient

Ce formulaire n'a pas à être signé par le patient.

Ce formulaire est à compléter et signer par le médecin et à conserver dans le dossier médical du patient.

Le médecin :

J'atteste (cochez les cases correspondantes) :

- Avoir informé le patient des objectifs de la recherche
- Avoir remis au patient la note d'information
- Avoir informé le patient de ses droits d'accès et de rectification des données le concernant et de ses droits d'opposition au traitement de ces données conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978

Le patient :

Ne s'oppose pas :

- Au recueil d'informations réalisé à partir de son dossier médical

S'oppose :

- Au recueil d'informations réalisé à partir de son dossier médical

Nom du médecin :

Date :

Signature du médecin :

Annexe 4 :

QUESTIONNAIRE SUR LA QUALITE DE VIE EORTC QLQ-C30 version 3

Nous nous intéressons à vous et à votre santé. Répondez vous-même à toutes les questions en entourant le chiffre qui correspond le mieux à votre situation. Il n'y a pas de "bonne" ou de "mauvaise" réponse. Ces informations sont strictement confidentielles.

Vos initiales :

Date de naissance :

La date d'aujourd'hui :

Au cours de la semaine passée	Pas du tout	Un peu	Assez	Beaucoup
1. Avez-vous des difficultés à faire certains efforts physiques pénibles comme porter un sac à provision chargé ou une valise ?	1	2	3	4
2. Avez-vous des difficultés à faire une LONGUE promenade ?	1	2	3	4
3. Avez-vous des difficultés à faire un PETIT tour dehors ?	1	2	3	4
4. Etes-vous obligée de rester au lit ou dans un fauteuil la majeure partie de la journée ?	1	2	3	4
5. Avez-vous besoin d'aide pour manger, vous habiller, faire votre toilette ou aller aux W.C. ?	1	2	3	4
6. Etes-vous limitée d'une manière ou d'une autre pour accomplir, soit votre travail, soit vos tâches habituelles chez vous ?	1	2	3	4
7. Etes-vous totalement incapable de travailler ou d'accomplir des tâches habituelles chez vous ?	1	2	3	4

Au cours de la semaine passée	Pas du tout	Un peu	Assez	Beaucoup
8. Avez-vous eu le souffle court ?	1	2	3	4
9. Avez-vous eu mal ?	1	2	3	4
10. Avez-vous eu besoin de repos ?	1	2	3	4
11. Avez-vous eu des difficultés pour dormir ?	1	2	3	4
12. Vous êtes-vous sentie faible ?	1	2	3	4
13. Avez-vous manqué d'appétit ?	1	2	3	4

14. Avez-vous eu des nausées (mal au cœur) ?	1	2	3	4
15. Avez-vous vomé ?	1	2	3	4
16. Avez-vous été constipée ?	1	2	3	4
Au cours de la semaine passée	Pas du tout	Un peu	Assez	Beaucoup
17. Avez-vous eu de la diarrhée ?	1	2	3	4
18. Etiez-vous fatiguée ?	1	2	3	4
19. Des douleurs ont-elles perturbé vos activités quotidiennes ?	1	2	3	4
20. Avez-vous eu des difficultés à vous concentrer sur certaines choses par exemple pour lire le journal ou regarder la télévision ?	1	2	3	4
21. Vous êtes-vous sentie tendue ?	1	2	3	4
22. Vous êtes-vous fait du souci ?	1	2	3	4
23. Vous êtes vous sentie irritable ?	1	2	3	4
24. Vous êtes vous sentie déprimée ?	1	2	3	4
25. Avez-vous eu des difficultés pour vous souvenir de certaines choses ?	1	2	3	4
26. Votre état physique ou votre traitement médical vous ont-ils gênée dans votre vie FAMILIALE ?	1	2	3	4
27. Votre état physique ou votre traitement médical vous ont-ils gênée dans vos activités SOCIALES (par exemple sortir avec des amis, aller au cinéma...)	1	2	3	4
28. Votre état physique ou votre traitement médical vous ont-ils causé des problèmes financiers ?	1	2	3	4

POUR LES QUESTIONS SUIVANTES, VEUILLEZ REpondre EN ENTOURANT LE CHIFFRE ENTRE 1 ET 7 QUI S'APPLIQUE LE MIEUX A VOTRE SITUATION.

29. Comment évalueriez-vous l'ensemble de votre ETAT PHYSIQUE au cours de la semaine passée ?

1 2 3 4 5 6 7
Très mauvais Excellent

30. Comment évalueriez-vous l'ensemble de votre QUALITE DE VIE au cours de la semaine passée ?

1 2 3 4 5 6 7
Très mauvais Excellent

Annexe 5 :

Dimensions	Contenu	Nombre d'items
<i>5 domaines fonctionnels</i>		
Fonctionnement physique (PF)	Mesure les limitations dans les activités telles que marcher, porter des objets, faire sa toilette	5
Limitations dans les activités quotidiennes (Role Functioning RF)	Mesure la gêne dans les activités quotidiennes de loisirs	2
Fonctionnement cognitif (CF)	Mesure les difficultés à se concentrer, à se souvenir de certaines choses	2
Fonctionnement émotionnel (EF)	Mesure la santé psychique : anxiété, irritabilité, dépression	4
Fonctionnement social (SF)	Mesure la gêne, due à l'état physique, dans les activités sociales	2
<i>3 échelles de symptômes</i>		
Fatigue (FA)	Mesure la vitalité et de la fatigue	3
Douleur (PA)	Mesure la douleur et la gêne	2
Nausées et vomissements (NV)	Mesure des nausées et des vomissements	2
<i>6 items uniques (symptômes ou problèmes)</i>		
Dyspnée (DY)	Mesure du souffle court	1
Insomnie (INS)	Mesure des difficultés pour dormir	1
Perte d'appétit (AP)	Mesure du manque d'appétit	1
Constipation (CO)	Mesure de la constipation	1
Diarrhée (DI)	Mesure de la diarrhée	1
Difficultés financière (FI)	Mesure les problèmes financiers dus à l'état physique	1
<i>1 échelle de santé globale / qualité de vie</i>		
Santé / qualité de vie globale (QL)	Mesure l'état de santé et la qualité de vie en général	2

Nous avons regroupé :

- Les 5 échelles fonctionnelles avec un score total correspondant à la somme de chaque échelle : Echelle fonctionnelle Globale (EFG)
- Les 9 échelles de symptômes avec un score total correspondant à la somme de chaque échelle : Echelle symptomatique globale (ESG)
- L'échelle de qualité de vie globale n'as pas été modifiée (QOL)

Annexe 6 :

Date :

NOM/ Prénom :

Dossier :

QUESTIONNAIRE ADL (Activities of Daily Living)

Toilette :

(lavabo, bain ou douche)

- 0 besoin d'aucune aide.
- 1 besoin d'aide pour une partie du corps (dos ou jambes).
- 2 besoin d'aide pour la toilette de plusieurs parties du corps, ou toilette impossible.

Habillage :

(prend ses vêtements dans l'armoire ou les tiroirs, sous-vêtements et vêtements d'extérieur compris ; utilise boutons et fermeture éclair.)

- 0 besoin d'aucune aide.
- 1 besoin d'une aide uniquement pour lacer ses chaussures .
- 2 besoin d'aide pour prendre ses vêtements ou s'habiller, ou rester partiellement ou complètement déshabillé(e).

Aller aux W.C. :

(pour uriner ou déféquer, s'essuyer et se rhabiller)

- 0 besoin d'aucune aide (aide possible pour se rendre aux W.C. : canne, fauteuil
- 1 roulant, utilise lui-même le bassin).
- 2 besoin d'une aide.
- 3 Ne va pas aux W.C. ou n'utilise pas le bassin.

Locomotion :

- 0 besoin d'aucune aide pour entrer et sortir du lit, s'asseoir ou se lever
- .. d'une chaise (peut utiliser un support comme une canne ou un déambulateur).
- 1 besoin d'une aide.
- 2 Ne quitte pas le lit.

Continence :

- 0 contrôle complet des urines et des selles.
- 1 Accidents occasionnels.
- 2 Incontinence totale, nécessité de sondage ou de surveillance permanente.

Alimentation :

- 0 besoin d'aucune aide.
- 1 besoin d'aide pour couper la viande ou beurrer le pain.
- 2 besoin d'aide complète ou alimentation artificielle.

TOTAL / 12

Annexe 7 : Evaluation socio économique

Recueil de données socio économiques

Recueil de données socio économiques dans le cadre d'une étude sur la qualité de vie des patients de plus de 75ans qui bénéficie d'une chimiothérapie palliative dans le cadre d'un cancer digestif.

Question 1

réponse obligatoire

Où vivez vous :

un seul choix autorisé

- A votre domicile
- Chez un proche
- En institution (EHPAD, USLD...)
- En soins de suites et réadaptation (SSR)
- Autres : ...

Question 2

réponse obligatoire

Vivez vous seul ?

un seul choix autorisé

- oui
- non

Question 3

Si non, avec qui vivez vous ?

un seul choix autorisé

- Votre conjoint(e) ?
- Vos enfants ?
- Des proches ?
- autres ?
- Autre réponse

Question 4

Avez vous un entourage proche ?

un seul choix autorisé

- Familial
- Social (voisins, amis, autres)

Aides

Question 5

Avez-vous une ou des personnes qui vous aident en cas de difficultés (proche, famille, amis) ?

un seul choix autorisé

- oui
- non

Question 6

Avez vous des aides rémunérées ?

un seul choix autorisé

- Aide ménagère ? Si oui combien d'heures par semaine :.....
- Auxiliaire de vie ? Si oui combien d'heures par semaine :....
- Autres ? Si oui combien d'heures par semaine :.....

Annexe 8 :

Questionnaire G8

Le patient présente-t-il une perte d'appétit ? A-t-il mangé moins ces 3 derniers mois par manque d'appétit, problèmes digestifs, difficultés de mastication ou de déglutition ?	<input type="checkbox"/> Anorexie sévère	0
	<input type="checkbox"/> Anorexie modérée	1
	<input type="checkbox"/> Pas d'anorexie	2
Perte récente de poids (< 3 mois)	<input type="checkbox"/> Perte de poids > 3 kg	0
	<input type="checkbox"/> Ne sait pas	1
	<input type="checkbox"/> Perte de poids entre 1 et 3 kg	2
	<input type="checkbox"/> Pas de perte de poids	3
Motricité	<input type="checkbox"/> Du lit au fauteuil	0
	<input type="checkbox"/> Autonome à l'intérieur	1
	<input type="checkbox"/> Sort du domicile	2
Problèmes neuropsychologiques	<input type="checkbox"/> Démence ou dépression sévère	0
	<input type="checkbox"/> Démence ou dépression modérée	1
	<input type="checkbox"/> Pas de problème psychologique	2
Indice de masse corporelle (IMC = poids / (taille) ² en kg / m ²)	<input type="checkbox"/> IMC < 19	0
	<input type="checkbox"/> 19 ≤ IMC ≤ 21	1
	<input type="checkbox"/> 21 ≤ IMC < 23	2
	<input type="checkbox"/> IMC ≥ 23	3
Prend plus de 3 médicaments	<input type="checkbox"/> Oui	0
	<input type="checkbox"/> Non	1
Le patient se sent-il en meilleure ou moins bonne santé que la plupart des personnes de son âge ?	<input type="checkbox"/> Moins bonne	0
	<input type="checkbox"/> Ne sait pas	0,5
	<input type="checkbox"/> Aussi bonne	1
	<input type="checkbox"/> Meilleure	2
Age	<input type="checkbox"/> > 85 ans	0
	<input type="checkbox"/> 80-85 ans	1
	<input type="checkbox"/> < 80 ans	2

Si score ≤ 14 réalisation d'une évaluation gériatrique

Le questionnaire G8 est un outil de dépistage gériatrique qui permet aux oncologues d'identifier, parmi les patients âgés atteints de cancer, ceux qui devraient bénéficier d'une évaluation gériatrique approfondie.

Cet outil a été validé dans le cadre de l'essai ONCODAGE promu par l'Institut National du Cancer. La généralisation de son utilisation est inscrite dans l'action 23.4 du Plan Cancer 2009-2013.

Annexe 9 : Type de chimiothérapies et biothérapies

Molécule	Nom du protocole
Chimiothérapies :	
5-Fluorouracile	LV5FU
Oxaliplatine	
Irinotécan	
Gemcitabine	GEMZAR
Nab-Paclitaxel	
Association de chimiothérapie :	
5-Fluorouracile et Oxaliplatine	FOLFOX
5-Fluorouracile et Irinotécan	FOLFIRI
Gemcitabine et Nab-Paclitaxel	Gemzar Abraxane
Thérapies ciblées :	
Anti EGFR : Cetuximab, Panitimumab	
Anti VEGF : Bevacizumab	

Annexe 10 : Comparatif des scores linéaires du QLQC30 avec la base de données de l'EORTC.

Echelles	Baseline Cancer colorectal 70ans	Baseline Colorectal métastatique >	Cancer	Echantillon n=28
Qualité de vie(QOL)				
Moyenne	58.7	60.7		55.5
Médiane	66.7	66.7		54
Ecart type	24	22.9		21.4
Physique				
Moyenne		73.3		70.1
Médiane	-	80		73
Ecart type	-	23.3		21.5
Vie quotidienne	70.8	64.8		68.2
Moyenne	83.3	66.7		74.5
Médiane	31.8	33.4		30.94
Ecart type				
Emotionnelle				
Moyenne	70.7	70.7		78.5
Médiane	75	75		83
Ecart type	24.6	23.7		17.2
Cognitive				
Moyenne	83.5	83.4		87.4
Médiane	100	83.3		100
Ecart type	21.7	20.9		20.2
Sociale				
Moyenne	80.9	74.3		74.8
Médiane	100	83.3		91.5
Ecart type	25.2	28.6		31
Fatigue				
Moyenne	36.4	38.9		43.9
Médiane	33.3	33.3		33
Ecart type	29.6	28		32.9
Nausées				
Moyenne	6.3	9.8		12.5
Médiane	0	0		0
Ecart type	16	19.2		25.9
Douleurs				
Moyenne	21.3	25.2		25.6
Médiane	16.7	16.7		17
Ecart type	28.6	28.9		29.9
Dyspnée				
Moyenne	17.1	18.6		23.6
Médiane	0	0		0
Ecart type	26	27.3		31.1

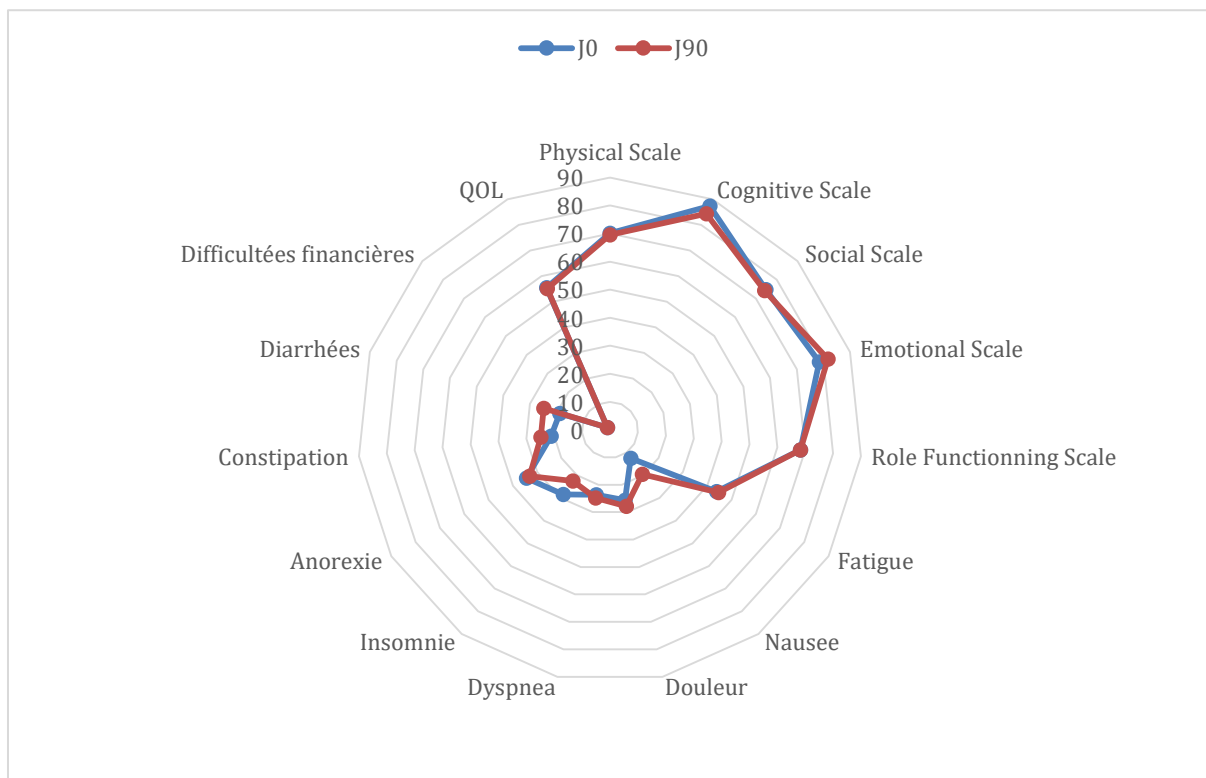
Insomnie			
Moyenne	29.4	30.5	28.4
Médiane	33.3	33.3	0
Ecart type	32.1	31.8	34.6
Anorexie			
Moyenne	20.3	22.6	34.4
Médiane	0	0	16.5
Ecart type	30.8	31.6	39.9
Constipation			
Moyenne	18.6	16.3	21.2
Médiane	0	0	0
Ecart type	30.7	27.1	28.8
Diarrhées			
Moyenne	17.7	15.4	18.9
Médiane	0	0	0
Ecart type	28.6	25.6	24.6
Financières			
Moyenne	6.7	13.8	1.2
Médiane	0	0	0
Ecart type	17.4	26.4	6.2

Annexe 11 : Tableau décrivant l'évolution des échelles à partir des scores linéaires du QLQC30.

	J0	J90	Test des rangs signés de Wilcoxon p
EFT			
Moyenne	75.79	75.59	p=0.672
Médiane	83	83	
Ecart type	25.4	26.9	
EST			
Moyenne	26.1	27.8	p=0.520
Médiane	11	22	
Ecart type	32.1	32	
QOL			
Moyenne	55.46	55.14	p=0.853
Médiane	54	50	
Ecart type	21.4	20.7	
Fonctionnement physique			
Moyenne	70.1	69.5	p=0.791
Médiane	73	73	
Ecart type	21.5	25.5	
Limitation vie quotidienne			
Moyenne	68.2	68.2	p=0.682
Médiane	74.5	83	
Ecart type	30.9	32	
Fonctionnement Emotionnel			
Moyenne	78.5	81.75	p=0.205
Médiane	83	87.5	
Ecart type	17.2	20.7	
Fonctionnement social			
Moyenne	74.8	74.2	p=0.869
Médiane	91.5	83	
Ecart type	31	30	
Fonctionnement cognitif			
Moyenne	87.3	84.4	p=0.420
Médiane	100	100	
Ecart type	20.2	22.8	
Fatigue			
Moyenne	43.8	44.6	p=1.000
Médiane	33	44	
Ecart type	32.9	23.3	
Nausées			
Moyenne	12.5	19.6	p=0.055
Médiane	0	0	
Ecart type	25.9	29.8	
Douleurs			
Moyenne	25.6	27.9	p=0.853
Médiane	17	8.5	
Ecart type	29.9	33.6	

Dyspnée			
Moyenne	23.6	24.8	
Médiane	0	33	
Ecart type	31.1	28	p=0.848
Insomnies			
Moyenne	28.4	22.5	
Médiane	0	0	
Ecart type	34.6	31.4	p=0.280
Anorexie			
Moyenne	34.4	33.1	
Médiane	16.5	33	
Ecart type	39.9	33.8	p=0.803
Constipation			
Moyenne	21.3	24.8	
Médiane	0	0	
Ecart type	28.8	33.3	p=0.971
Diarrhées			
Moyenne	18.9	24.9	
Médiane	0	0	
Ecart type	24.6	38	p=0.846
Difficultés financières			
Moyenne	1.2	1.2	
Médiane	0	0	
Ecart type	6.2	6.2	

Evolution des différentes dimensions de qualité de vie du score QLQC30 à J0 et après 3 mois de chimiothérapie palliative (après transformation linéaire) :



Annexe 12 : Type de chimiothérapie administrée en fonction des sous-groupes Répondeur vs Non répondeur.

Population n (%)	Répondeur 20 (100) Colorectal n=14 Non colorectal n=6	Non répondeur 8 (100) Colorectal n=2 Non colorectal n=6
Bi chimiothérapie 17 (61)	13 (65)	4 (50)
Mono chimiothérapie 11 (39)	7 (35)	4 (50)

Annexe 13 : Répartition de l'étiologie des cancers primitifs dans les groupes répondeurs vs non répondeurs

Population n (%)	Répondeur 20 (100)	Non répondeur 8 (100)
Colorectal 16 (100)	14 (70)	2 (25)
Non colorectal 12 (100)	6 (30)	6 (75)

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire. Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément. Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés. J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque