

Identification des facteurs d'agressivité thérapeutique en fin de vie en cancérologie

Philippe Debourdeau
Unité soins de support
Institut Sainte Catherine

- ***Liens d'intérêts déclarés par l'intervenant :***
 - ***Boards: Bayer, Vifor***
 - ***Interventions réunion : BMS***
 - ***Invitations congrès : Pfizer, LVL***

Evaluating claims-based indicators of the intensity of end-of-life cancer care

- < 10% de CT dans les 2 dernières semaines de vie
- < 2% nouvelle CT le dernier mois de vie
- < 4% d'hospitalisation non programmée, de passage urgence ou réanimation
- < 17% de décès dans des services de soins aigus

Evaluating claims-based indicators of the intensity of end-of-life cancer care

- > 55% de prise en charge par des soins palliatifs avant décès
- < 8% de décès dans les 3 jours de PEC en USP ou LISP
- Critère médico économiques

État des lieux

- 20% de chimiothérapie dans le dernier mois de vie
- Non en accord avec les recommandations ASCO
- +/- non en accord avec les désirs des patients

The Top Five List: Practices or Interventions That Are Costly, Widely Used, and Not Supported by High-Level Clinical Evidence

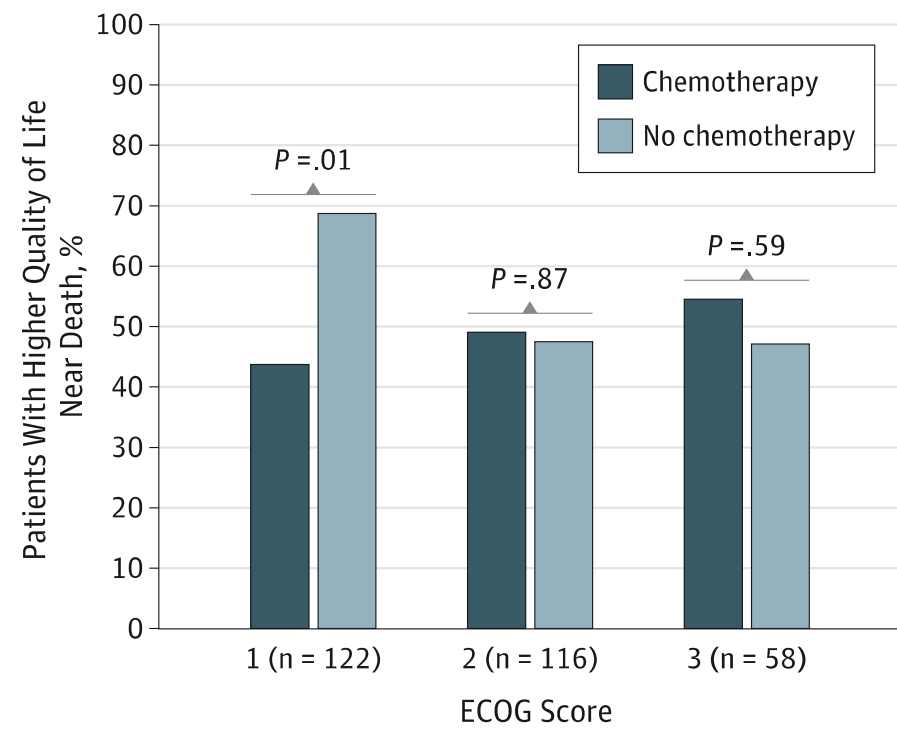
1. Do not use cancer-directed therapy for patients with solid tumors who have the following characteristics: low performance status (3 or 4), no benefit from prior evidence-based interventions, not eligible for a clinical trial, and with no strong evidence supporting the clinical value of further anticancer treatment. Studies show that cancer-directed treatments

Chemotherapy Use, Performance Status, and Quality of Life at the End of Life

JAMA Oncol. 2015;1(6):778-784. doi:10.1001/jamaoncol.2015.2378
Published online July 23, 2015.

- Kc M+, SG estimée < 6 mois
- CT \geq 1
- Étude prospective observationnelle
- N = 312, CT + = 158 CT - = 154
- Survie moyenne = 3,8 mois

Figure. Patients' Higher Quality of Life Near Death Stratified by Baseline Performance Status and Chemotherapy Use



Détérioration qualité de vie patients en bon état général (OMS =1)
 Pas d'amélioration qualité de vie patients avec atteinte état général (OMS = 2 ou 3)
 Pas de différence de survie globale

Méthode

- EPP : DCD en hospitalisation 2013-2015-2017-2019
- Analyse rétrospective des dossiers informatiques
- CT + thérapie ciblée, immunothérapie + HT 2^{ème} génération
- Critères de jugement : T^T dans J-14 ou nouveau T^T M-1

Résultats

Table 1 Patients' characteristics

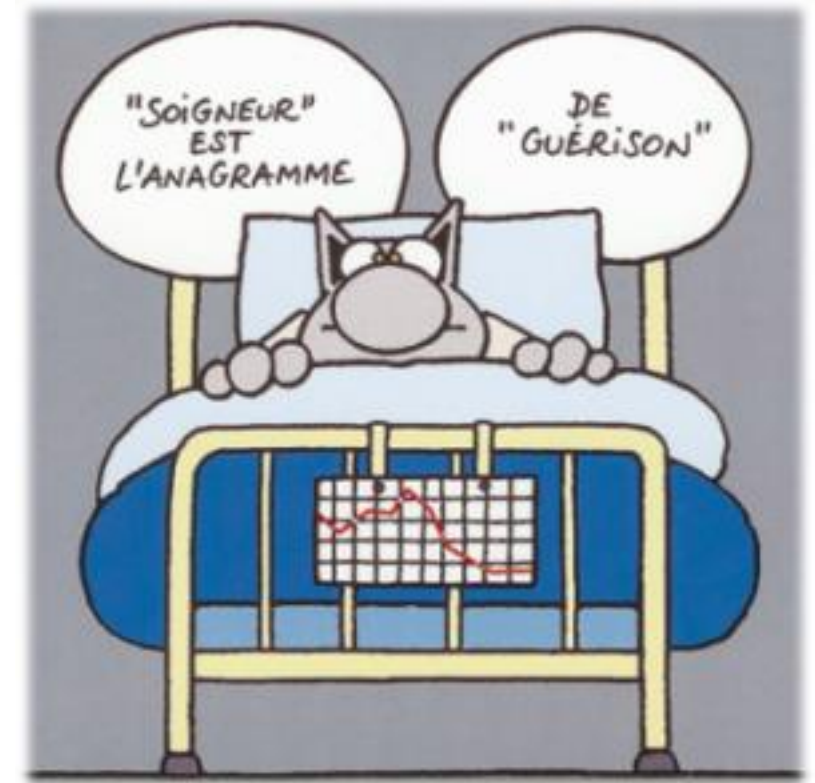
Characteristics	N	
Sex, n (%)	1282	771 (60.14)
Male		511 (39.86)
Female		
Age (years)	1282	67.81 (11.6)
Mean (SD)		69 (29, 92)
Median (min, max)		
Number of ATT regimen	1282	2.2 (2.22)
Mean (SD)		2 (0, 12)
Median (min, max)		
Performance status >2	1236	987 (79.85)
Yes		249 (20.15)
No		
Body Mass Index	1221	22.78 (4.91)
Mean (SD)		22.14 (11.48, 54.0)
Median (min, max)		201 (16.46%)
<18.5 kg/m ² : underweight		694 (56.84%)
[18.5, 25[kg/m ² : normal weight		242 (19.82%)
[25, 30[kg/m ² : overweight		84 (6.88%)
≥30 kg/m ² : obesity		
ATT within 2 weeks of death	1282	167 (13.03%)
Yes		1115 (86.97%)
No		
New ATT regimen within 30 of death n (%)	1282	197 (15.37%)
Yes		1085 (84.63%)
No		

Physician's experience (years)	1282	16.76 (8.53)
Mean (SD)		16 (2, 39)
Median (min, max)		
Physician's specialty	1282	455 (35.49%)
Oncology		827 (64.51%)
Radiotherapy		
Follow-up by a palliative care team, n (%)	1282	785 (61.23)
Yes		497 (38.77)
No		
Cancer classification, n (%)	1282	343 (26.76)
Digestive tract cancer		339 (26.44)
Respiratory tract cancer		204 (15.91)
Gynaecological cancer		110 (8.58)
Urinary tract cancer		100 (7.80%)
ENT cancer		94 (7.33%)
Male genital cancer		59 (4.60%)
Rare cancer		20 (1.56%)
Miscellaneous cancer		13 (1.01%)
Haematological cancer		
Patients with ATT	978	59.84 (59.36)
Time between ATT and death (days)		39 (1, 343)
Mean (SD)		863 (88.24%)
Median (min, max)		68 (6.95%)
Chemotherapy		37 (3.78%)
Oral targeted therapy		10 (1.02%)
Immunotherapy		
Hormonotherapy		

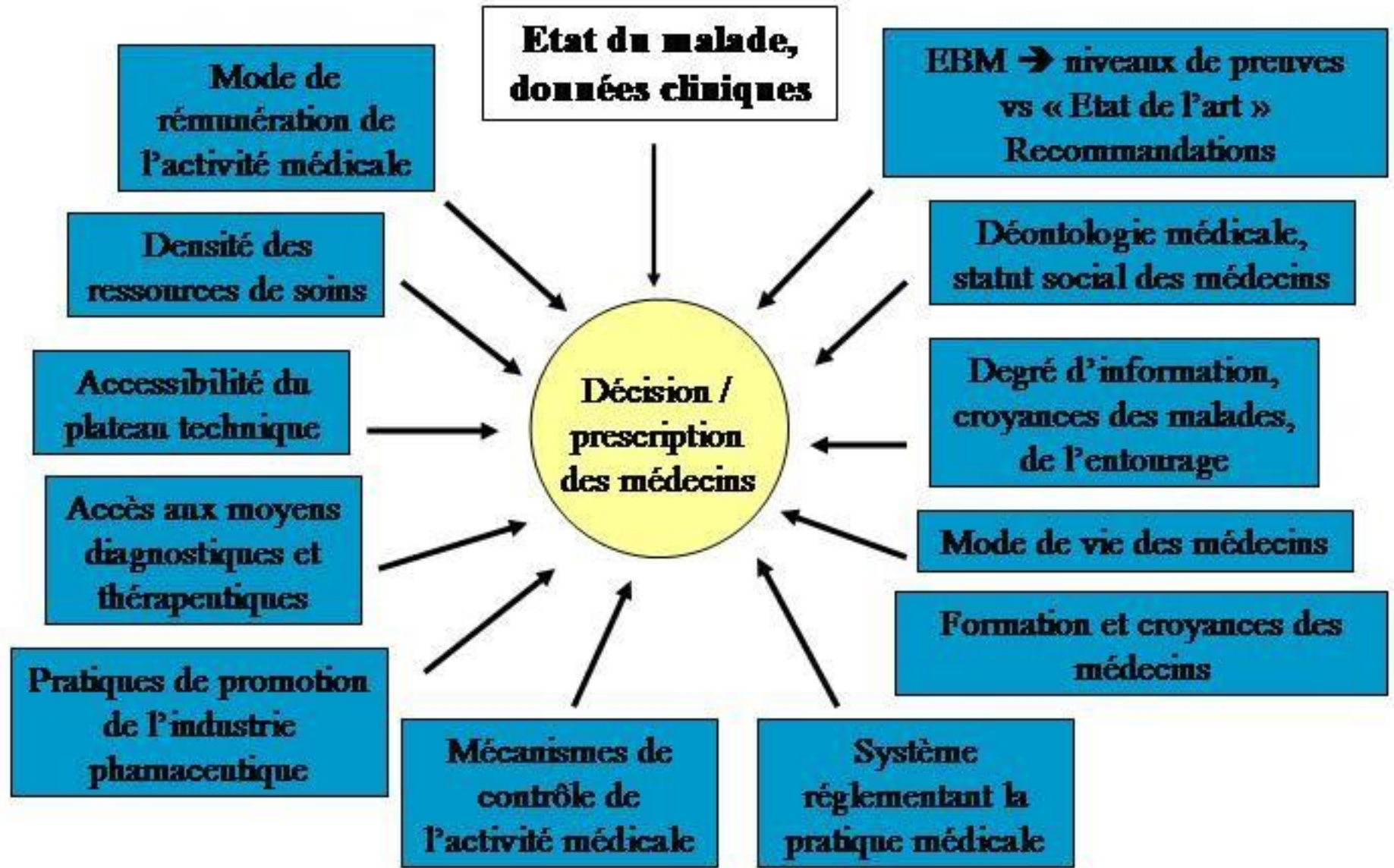
ATT, antitumour treatment; ENT, ear, nose and throat.

Les biais d'évaluation des indications de T^T

- Surestimation de la durée de survie par les médecins : + 14 j
- Difficultés de passer de curatif à palliatif
- Appréciation heuristique/algorithmique



Les facteurs de la décision médicale



Facteurs associés aux T^T de fin de vie

Table 3 Multivariate analysis logistic regression analysis

	OR estimate (95% CI)	
	ATT within 2 weeks before death	New ATT within 30 days before death
Chemotherapy Yes versus no	10.29 (4.70 to 22.6)	8.41 (4.46 to 15.86)
Follow-up by a palliative care team Yes versus no	0.49 (0.35 to 0.71)	0.42 (0.30 to 0.58)
ECOG-PS \leq 2 Yes versus no	2.45 (1.65 to 3.65)	2.01 (1.40 to 2.90)
Oral targeted therapy Yes versus no	19.08 (7.12 to 51.07)	/
Immunotherapy Yes versus no	/	19.21 (7.55 to 48.84)
Length of stay \leq 13 days Yes versus no	1.92 (1.32 to 2.79)	/
Physician's specialty Medical versus radiation oncologist	1.49 (1.03 to 2.17)	/
Urinary tract cancer Yes versus no	0.38 (0.16 to 0.89)	/
Male genital cancers Yes versus no	0.40 (0.16 to 0.99)	/
Miscellaneous cancers Yes versus no	3.50 (1.13 to 10.85)	/
Age \leq 69 years Yes versus no	/	1.69 (1.20 to 2.37)

ATT, antitumour treatment; ECOG-PS, Eastern Cooperative Oncology Group performance status.

Discussion

- Taux + hauts que dans littérature et recommandations
 - Structure spécialisée Kc + structure privée
- ECOG PS \leq 2 + âge < 69 ans : les pts les + jeunes et en bon EG
- Thérapie ciblée orale : facile car per os
- Immunothérapie : nouveau TT, effets 2^{aire} supposés moindres

Discussion

- Durée séjour < 13 j : PEC pour complication ?
- Spécialité du prescripteur : principe de Maslow
- Cancer urogénital : prostate traitée par hormonothérapie
- Cancers divers : RCP de recours = avis sur dossier

Place des soins palliatifs

- SP toujours retrouvés dans la baisse des T^T fin de vie
- Hôpitaux avec USP et EMSP = moins de T^T
- Étude de Temel KBP : si SP précoce = moins de CT et survie allongée

Integration of Palliative Care Into Standard Oncology Care:
American Society of Clinical Oncology Clinical Practice
Guideline Update

Betty R. Ferrell, Jennifer S. Temel, Sarah Temin, Erin R. Alesi, Tracy A. Balboni, Ethan M. Basch, Janice I. Firn, Judith A. Paice, Jeffrey M. Peppercorn, Tanyanika Phillips, Ellen L. Stovall,† Camilla Zimmermann, and Thomas J. Smith

Limites de l'étude

- Étude intra hospitalière : ambulatoire moins de T^T
- Critères d'agressivité médico économiques
- Autres : Nutrition parentérale ? Transfusions ?