



Survie pronostique en soins palliatifs : Quelle utilisation en HAD ?

J Goineau, S Goigoux, H Dao, AC Dubois, M Dufour, N Dumas, A Gueraud, G Issard, F Julien, F Le Gall, C Mendes, B Meyer, C Montiège, M Penaud, A Tastu, W Torlet, AM Citerne, Y Leroux



Absence de lien d'intérêts déclarés par les intervenants





- Partie 1 : contexte général
- Partie 2 : utilisation des scores pronostiques sur une cohorte
- Partie 3 : réflexion d'équipe sur l'évaluation pronostique





HAD CLINIDOM-KORIAN

- Etablissement privé d'hospitalisation à domicile
- Basé à Clermont-Ferrand
- Orientation sur les soins palliatifs, notamment oncologiques
 - Patients du centre anticancéreux
 - Patients du CHU
 - Une part des patients en cours de chimiothérapie



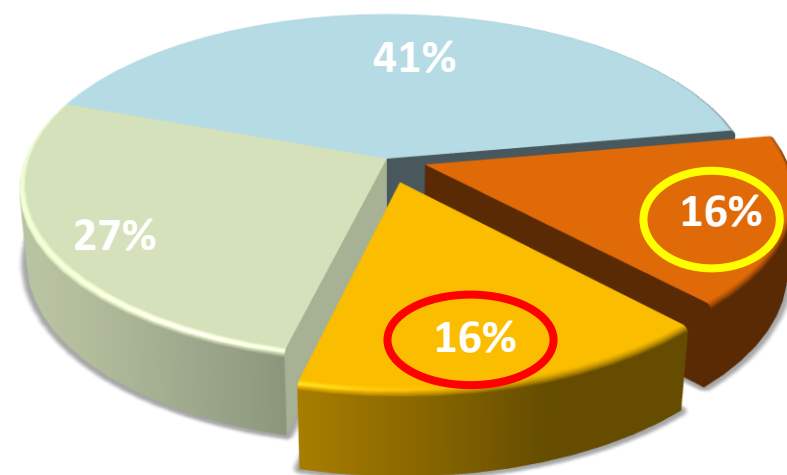


La chimiothérapie en contexte HAD

J Goineau et al., Chimiothérapie en fin de vie : expérience en HAD. Session Poster. 24^{ème} Congrès National de la SFAP, Marseille; 19-21 juin 2018


- Des patients souvent **multitraités**
 - 16% les deux dernières semaines
 - 32% le dernier mois
- **¾ des patients** ont un performance status ≥ 3
- Durée de la dernière ligne de chimiothérapie : **36 jours**

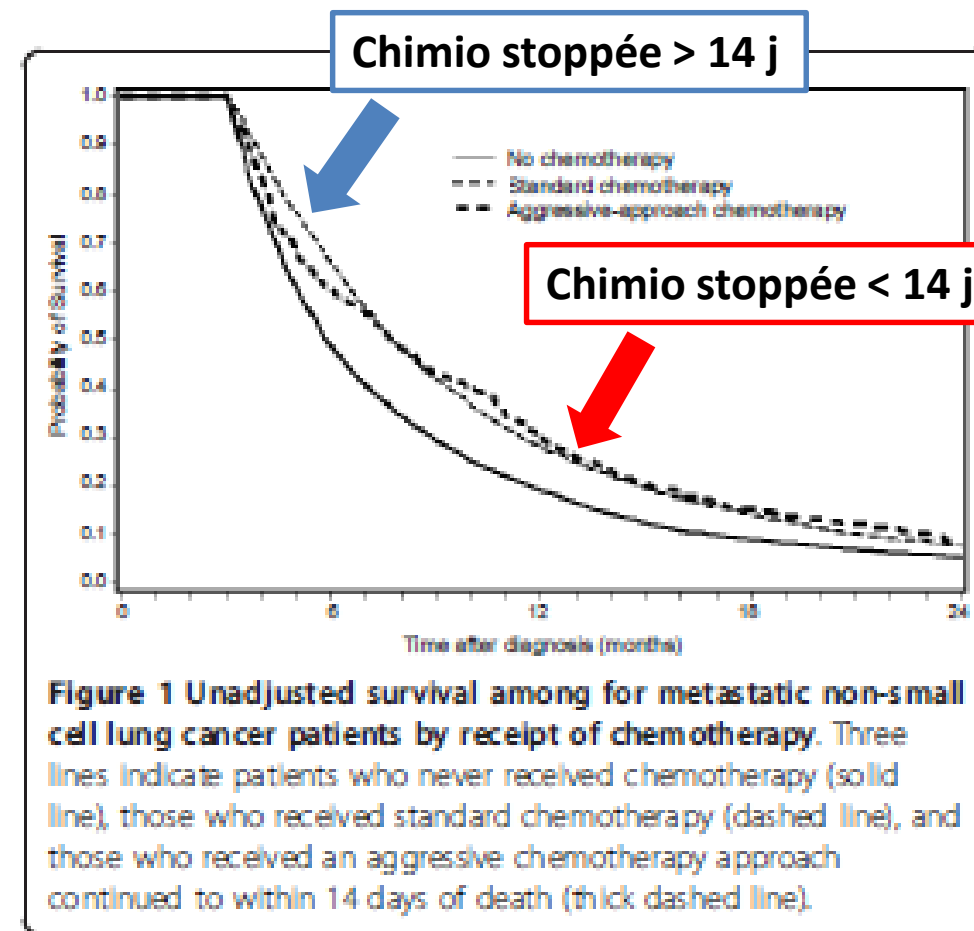
Délai entre dernière cure et décès



■ 0-14 jours ■ 15-30 jours ■ 31-60 jours ■ > 60 jours

La chimiothérapie en fin de vie

- Une attitude thérapeutique agressive
- Cause fréquente du décès
 - **27% des cas**
 - (National Confidential Enquiry into Patient Outcome and Death – 2008)
- Sans aucun bénéfice en survie 
- Limitant et retardant l'accès aux SP



Saito MA et al., BMC Palliative Care; 2011, 10: 14



Integration of oncology and palliative care: a Lancet Oncology Commission



Stein Kaasa*, Jon H Loge*, Matti Aapro, Tit Albreht, Rebecca Anderson, Eduardo Bruera, Cinzia Brunelli, Augusto Caraceni, Andrés Cervantes, David C Currow, Luc Deliens, Marie Fallon, Xavier Gómez-Batiste, Kjersti S Grotmol, Breffni Hannon, Dagny F Haugen, Irene J Higginson, Marianne J Hjermstad, David Hui, Karin Jordan, Geana P Kurita, Philip J Larkin, Guido Miccinesi, Friedemann Nauck, Rade Pribakovic, Gary Rodin, Per Sjøgren, Patrick Stone, Camilla Zimmermann, Tonje Lundebj

Full integration of oncology and palliative care relies on the specific knowledge and skills of two modes of care: the tumour-directed approach, the main focus of which is on treating the disease; and the host-directed approach, which focuses on the patient with the disease. This Commission addresses how to combine these two paradigms to achieve the best outcome of patient care. Randomised clinical trials on integration of oncology and palliative care point to health gains: improved survival and symptom control, less anxiety and depression, reduced use of futile chemotherapy at the end of life, improved family satisfaction and quality of life, and improved use of health-care resources. Early delivery of patient-directed care by specialist palliative care teams alongside tumour-directed treatment promotes patient-centred care. Systematic assessment and use of patient-reported outcomes and active patient involvement in the decisions about cancer care result in better symptom control, improved physical and mental health, and better use of health-care resources. The absence of international agreements on the content and standards of the organisation, education, and research of palliative care in oncology are major barriers to successful integration. Other barriers include the common misconception that palliative care is end-of-life care only, stigmatisation of death and dying, and insufficient infrastructure and funding. The absence of established priorities might also hinder integration more widely. This Commission proposes the use of standardised care pathways and multidisciplinary teams to promote integration of oncology and palliative care, and calls for changes at the system level to coordinate the activities of professionals, and for the development and implementation of new and improved education programmes, with the overall goal of improving patient care. Integration raises new research questions, all of which contribute to improved clinical care. When and how should palliative care be delivered? What is the optimal model for integrated care? What is the biological and clinical effect of living with advanced cancer for years after diagnosis? Successful integration must challenge the dualistic perspective of either the tumour or the host, and instead focus on a merged approach that places the patient's perspective at the centre. To succeed, integration must be anchored by management and policy makers at all levels of health care, followed by adequate resource allocation, a willingness to prioritise goals and needs, and sustained enthusiasm to help generate support for better integration. This integrated model must be reflected in international and national cancer plans, and be followed by developments of new care models, education and research programmes, all of which should be adapted to the specific cultural contexts within which they are situated. Patient-centred care should be an integrated part of oncology care independent of patient prognosis and treatment intention. To achieve this goal it must be based on changes in professional cultures and priorities in health care.

Lancet Oncol 2018;
19: e588-653

Published Online
October 18, 2018
[http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045\(18\)30415-7](http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045(18)30415-7)

See [Comment](#) page e565, e568, e570, and e572

*Contributed equally

European Palliative Care Research Centre, Department of Oncology, Oslo University Hospital and Institute of Clinical Medicine, University of Oslo, Oslo, Norway (Prof S Kaasa PhD, Prof J H Loge PhD, T Lundebj PhD, M J Hjermstad PhD); Institute of Basic Medical Sciences, Faculty of Medicine, University of Oslo, Oslo, Norway (Prof J H Loge); Genolier Cancer Centre, Clinique de Genolier, Genolier, Switzerland (M Aapro MD); Centre for Health Care (T Albreht PhD), and Centre for Promotion and Prevention Programme Management (R Pribakovic MD), National Institute of Public Health, Ljubljana, Slovenia; Marie Curie Palliative Care Research Department, Division of





Comment « arriver à temps » ?

- Une approche par évaluation des besoins : PALLIA10
 - Impliquant des acteurs déjà « engagés »
- Une approche par « la survie »
- Comment évaluer la survie ?
 - La prédiction clinique de survie
 - Des scores pronostiques validés : PRONOPALL, Palliative Prognostic Index (PPI), Palliative Prognostic score (PAP).



Score PRONOPALL

PS	0-1 Score = 0	2-3 Score = 2	4 Score = 4	=/4
Nombre de sites métastatiques	≤1 Score = 0	≥2 Score = 2		=...../2
LDH (UI/l)	<600 Score = 0	≥600 Score = 1		=...../1
Albumine (g/l)	≥33 Score = 0	<33 Score = 3		=...../3
			SCORE TOTAL	=...../10

Groupe	Favorable	Intermédiaire	Défavorable
Score	0-3	4-7	8-10
Survie médiane	301 jours	79 jours	35 jours
Survie à 2 mois	92%	66%	24%



Bourgeois H et al. Clinical validation of a prognostic tool in a population of outpatients treated for incurable cancer undergoing anticancer therapy: PRONOPALL study. Ann Oncol. 2017 Jul 1;28(7):1612-1617



Palliative Prognostic Index (PPI)

The PPI relies on the assessment of performance status using the Palliative Performance Scale (PPS, oral intake, and the presence or absence of dyspnea, edema, and delirium.

Performance status/Symptoms Partial score

Palliative Performance Scale

10-20	4
30-50	2.5
≥60	0

Oral Intake

Mouthfuls or less	2.5
Reduced but more than mouthfuls ¹	
Normal	0

Edema

Present	1
Absent	0

Dyspnea at rest

Present	3.5
Absent	0

Delirium

Present	4
Absent	0

Scoring

- PPI score > 6 = survival shorter than 3 weeks
- PPI score >4 = survival shorter than 6 weeks
- PPI score ≤4 = survival more than 6weeks

Performance status (PPS)	
10-20	4
30-50	2,5
≥60	0
Alimentation orale	
Simple bouchées, ou moins	2,5
Diminuée	1
Normale	0
Œdème	
Présent	1
Absent	0
Dyspnée de repos	
Présente	3,5
Absente	0
Syndrome confusionnel	
Présent	4
Absent	0

Stone C et al., Prospective validation of the palliative prognostic index in patients with cancer. J Pain Symptom Manage; 2008, 35 (6), 617-622



Score de pronostic palliatif (PaP score)

Critères	Évaluation	Score partiel
Dyspnée	Non	0
	Oui	1
Anorexie	Non	0
	Oui	1.5
Prédiction clinique de survie en semaines	> 12	0
	11-12	2
	7-10	2.5
	5-6	4.5
	3-4	6
	1-2	8.5
Indice de Karnofsky	≥ 30	0
	10-20	2.5
G.B. totaux	≤ 8.5	0
	8.6-11	0.5
	> 11	1.5
% lymphocytes	20-40 %	0
	12-19.9 %	1
	< 12 %	2.5

20/02/2013

Risque	Score total	Survie à 30 jours
A	0-5.5	> 70 %
B	5.6-11	30-70 %
C	11.1-17.5	Moins de 30 %

Wilner LS, Arnold RM. The Palliative Prognostic Score # 62

J Palliat Med. 2006 Aug; 9 (4): 993



Observatoire sur la chimiothérapie en fin de vie en HAD

- **Etude portant sur 69 patients** ; 38 femmes et 31 hommes
 - Cohorte de patients décédés entre 19/06/2018 et 07/03/2019
- **Age médian : 68 ans** dont 35% des patients ≥ 75 ans
- 74% des patients reçoivent de la chimiothérapie
 - 51% des patients traités reçoivent 1-2 lignes
 - 49% des patients traités reçoivent ≥ 3 lignes
- **Agressivité thérapeutique**
 - Durée médiane Nième ligne : 53 jours
 - Chimiothérapie le dernier mois : 31% des patients traités
36% des patients en 1^{ère}-2^{ème} ligne
 - Chimiothérapie les 2 dernières semaines : 14%
 - 2/3 des chimiothérapies de fin de vie < 3mois



Observatoire sur la chimiothérapie en fin de vie en HAD

- Etude portant sur 69 patients ; 38 femmes et 31 hommes
 - Cohorte de patients décédés entre 19/06/2018 et 07/03/2019
- Age médian : 68 ans dont 35% des patients \geq 75ans
- **74% des patients reçoivent de la chimiothérapie**
 - 51% des patients traités reçoivent 1-2 lignes
 - 49% des patients traités reçoivent \geq 3 lignes
- Agressivité thérapeutique
 - Durée médiane Nième ligne : 53 jours
 - Chimiothérapie le dernier mois : 31% des patients traités
36% des patients en 1^{ère}-2^{ème} ligne
 - Chimiothérapie les 2 dernières semaines : 14%
 - 2/3 des chimiothérapies de fin de vie < 3mois



Observatoire sur la chimiothérapie en fin de vie en HAD

- Etude portant sur 69 patients ; 38 femmes et 31 hommes
 - Cohorte de patients décédés entre 19/06/2018 et 07/03/2019
- Age médian : 68 ans dont 35% des patients ≥ 75 ans
- 74% des patients reçoivent de la chimiothérapie
 - 51% des patients traités reçoivent 1-2 lignes
 - 49% des patients traités reçoivent ≥ 3 lignes
- **Agressivité thérapeutique**
 - Durée médiane Nième ligne : **53 jours**
 - Chimiothérapie le **dernier mois** : **31% des patients traités**
36% des patients en 1^{ère}-2^{ème} ligne
 - Chimiothérapie les **2 dernières semaines** : **14%**
 - **2/3 des chimiothérapies de fin de vie < 3mois**



Observatoire sur la chimiothérapie en fin de vie en HAD

- **Survie médiane à partir de l'entrée en HAD : 33 jours**
¼ des patients décèdent moins de 2 semaines après entrée en HAD
- Décès au domicile : 57% des patients



Observatoire sur la chimiothérapie en fin de vie en HAD

- Survie médiane à partir de l'entrée en HAD : 33 jours
¼ des patients décèdent moins de 2 semaines après entrée en HAD

- **Décès au domicile : 57% des patients**

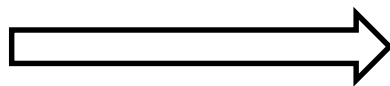


Observatoire sur la chimiothérapie en fin de vie en HAD

- **Trois scores sont calculés :**
 - Palliative Prognostic Score (PAP)
 - Palliative Prognostic Index (PPI)
 - PRONOPALL
- Les scores pronostiques sont calculés sur une seule date :
 - Soit **au début d'un séjour en HAD**
 - Soit **au démarrage de la dernière ligne** de chimiothérapie (21% des cas)
- Nombre de scores calculés :
 - Au moins 1 score chez 97% des patients
 - Au moins 2 scores chez 87% des patients
 - **Trois scores chez 81% des patients**

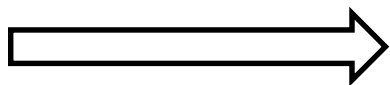
Combinaison PAP/PPI/PRONOPALL

Monsieur A : **PAL** + **PPI** + **PAP**



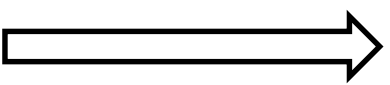
mauvais pronostic

Madame B : **PAL** + **PPI** + **PAP**



pronostic intermédiaire

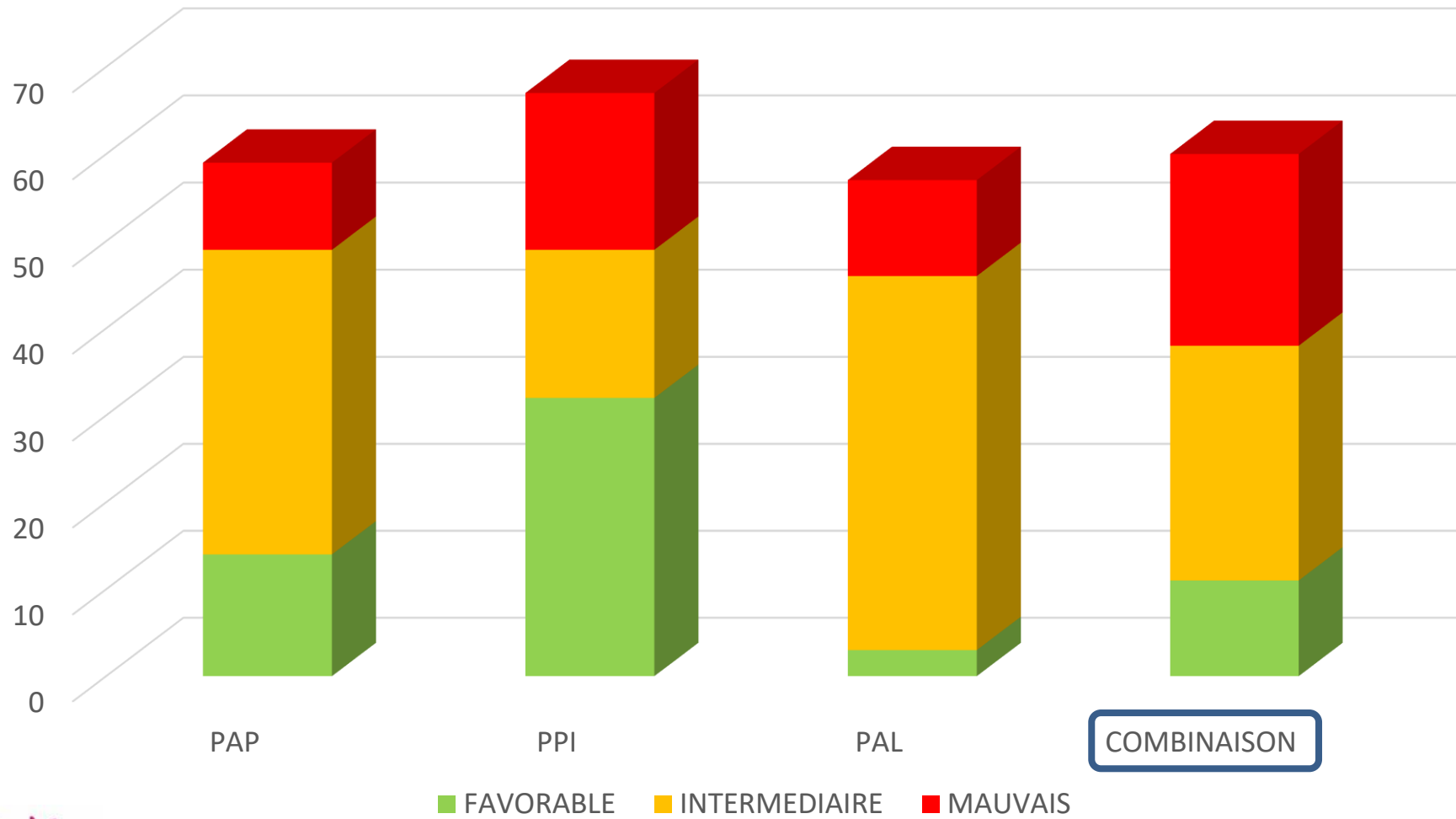
Madame C : **PAL** + **PPI** + **PAP**



pronostic favorable

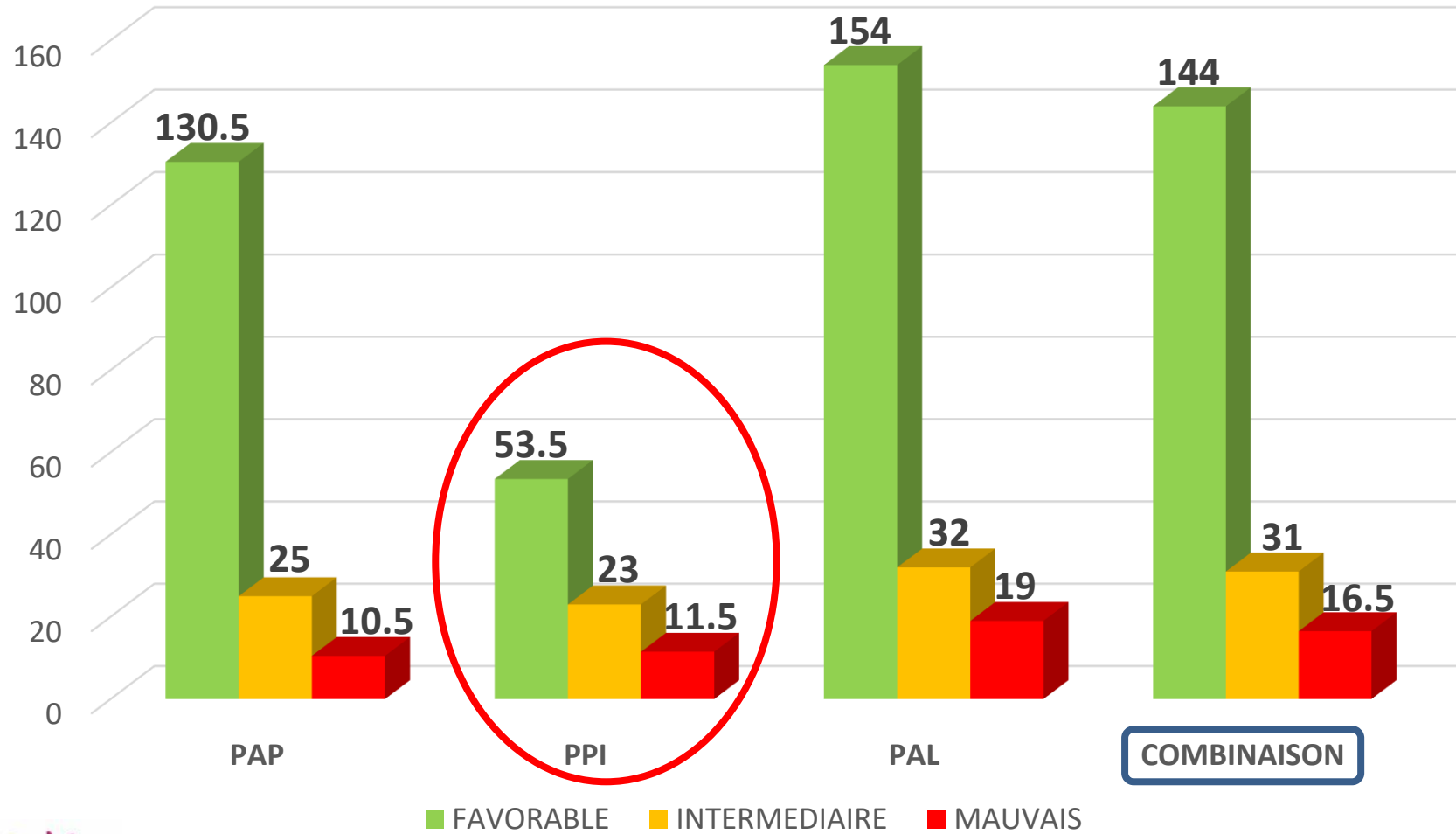


Répartition des patients par groupe pronostique



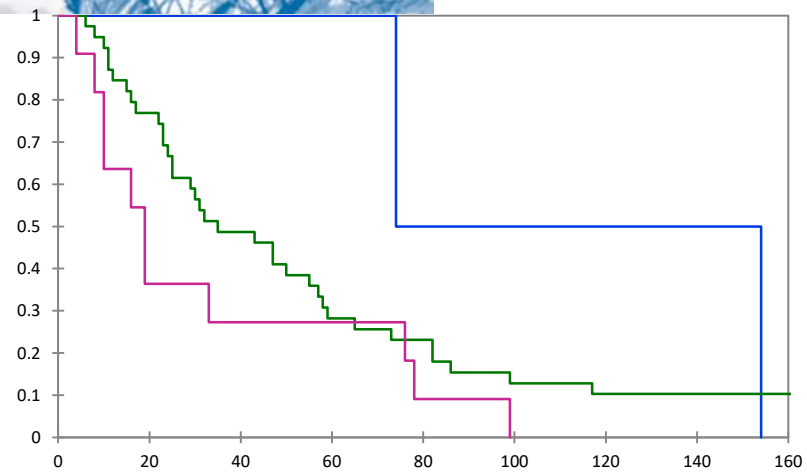


Survie médiane par groupe pronostique

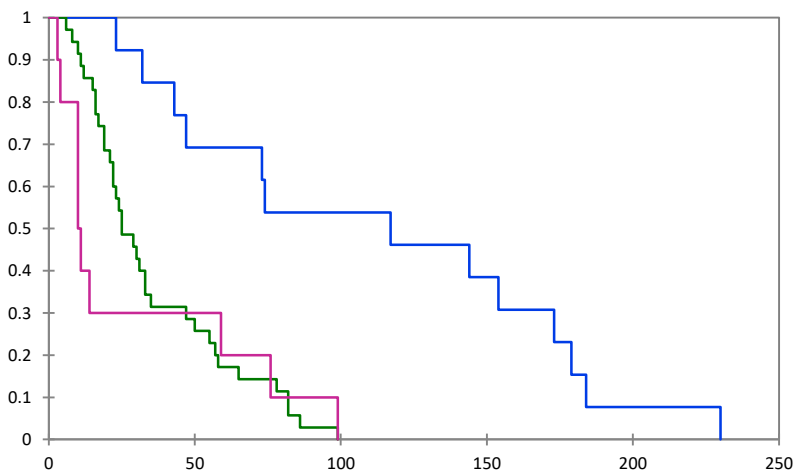




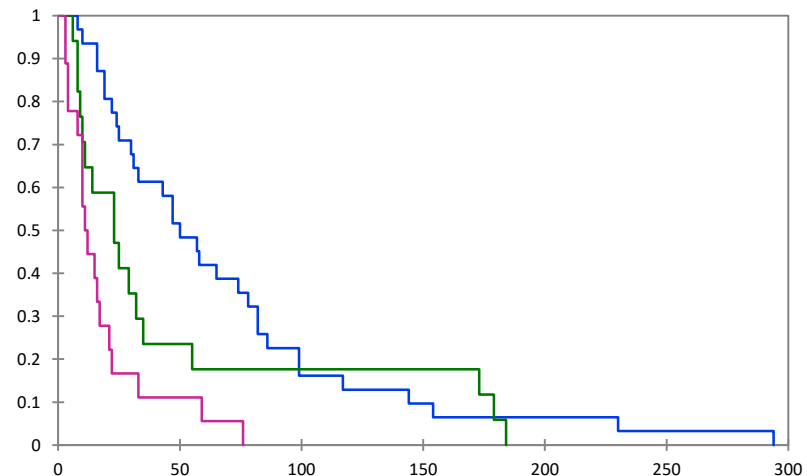
PRONOPALL



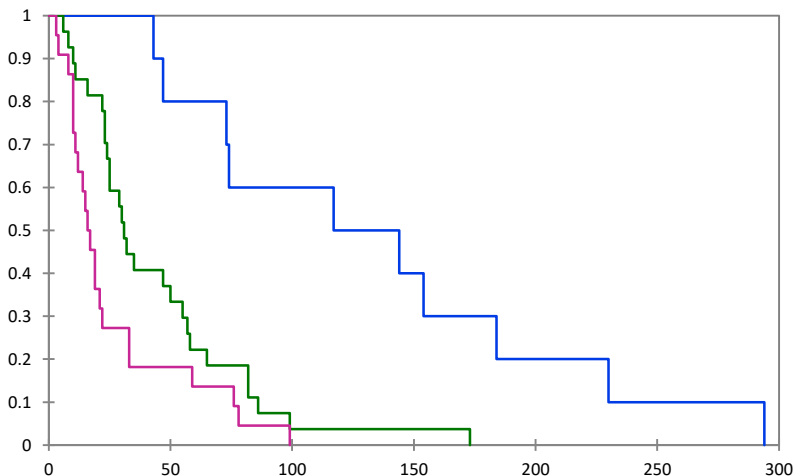
PAP SCORE



PPI SCORE



SCORE COMBINÉ



— A — B — C

— A — B — C





Réflexions de l'HAD concernant le pronostic

- **Le pronostic peut être perçu comme une donnée chiffrée**
- Poser la question du pronostic, c'est aussi poser la question de « ce que sait » le patient
- Evoquer le pronostic fait émerger des oppositions
- Ce qui n'a pas émergé...



Réflexions de l'HAD concernant le pronostic

- Le pronostic peut être perçu comme une donnée chiffrée
- **Poser la question du pronostic, c'est aussi poser la question de « ce que sait » le patient**
- Evoquer le pronostic fait émerger des oppositions
- Ce qui n'a pas émergé...



Réflexions de l'HAD concernant le pronostic

- Le pronostic peut être perçu comme une donnée chiffrée
- Poser la question du pronostic, c'est aussi poser la question de « ce que sait » le patient
- **Evoquer le pronostic fait émerger des oppositions**
- Ce qui n'a pas émergé...



Réflexions de l'HAD concernant le pronostic

- Le pronostic peut être perçu comme une donnée chiffrée
- Poser la question du pronostic, c'est aussi poser la question de « ce que sait » le patient
- Evoquer le pronostic fait émerger des oppositions
- **Ce qui n'a pas émergé...**



En conclusion

- Un élément dans la discussion sur l'indication des traitements en phase palliative avancée
- Démarche palliative plus précoce et intégration onco-palliative
- Utilisation possible en HAD
- Nécessité d'une réflexion préalable entre membres de l'HAD
- Réflexion entre équipes amenées à suivre les mêmes patients

