



Disponible en ligne sur
SciVerse ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



Les patients avec indice de performance supérieur à 1

Patients with performance status at 1 or more

T. Berghmans

*Service des Soins Intensifs et Urgences Oncologiques & Oncologie Thoracique,
Institut Jules Bordet, Université Libre de Bruxelles, Avenue Franklin Roosevelt 50,
1050 Bruxelles, Belgique*

MOTS-CLÉS

Indice de performance ;
Néoplasmes pulmonaires ;
Chimiothérapie ;
Immunothérapie ;
Agents ciblés

KEYWORDS

Performance status;
Lung neoplasms;
Chemotherapy;
Immunotherapy;
Targeted agents

Résumé

De nombreux algorithmes décisionnels basés sur des essais randomisés sont à la base des traitements proposés pour les patients avec un cancer bronchique. Néanmoins, dans la plupart de ces essais, le nombre de patients avec un indice de performance altéré est limité voire absents. Le but de cet article est de présenter les échelles de mesure de l'indice de performance ainsi que leur reproductibilité, le rôle pronostique de cet indice de performance ainsi que de revoir la littérature existante portant sur la prise en charge thérapeutique des patients avec un cancer bronchique et une altération de l'indice de performance.

© 2017 SPLF. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Abstract

Many decision algorithms based on randomized trials are the basis of treatments proposed for patients with bronchial cancer. Nevertheless, in most of these trials, the number of patients with an altered performance status is limited or absent. The aim of this article is to present the performance status scales and their reproducibility, the prognostic role of this performance status and to review the existing literature on the therapeutic management of patients with lung cancer and an altered performance status.

© 2017 SPLF. Published by Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Correspondance.

Adresse e-mail : thierry.berghmans@bordet.be (T. Berghmans).

© 2017 SPLF. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Introduction

La prise en charge thérapeutique des patients atteints d'un cancer bronchique est principalement basée sur les données provenant d'études randomisées, éventuellement de méta-analyses. Le concept de généralisabilité des résultats qui soutient ce raisonnement, implique que le patient pour lequel on envisage un traitement spécifique ait des caractéristiques similaires à celles des patients inclus dans les études et, globalement, aurait pu être inclus dans l'essai en question. Ces essais thérapeutiques, quelle qu'en soit la phase (I, II ou III) ont, pour de multiples raisons, des critères d'inclusion très sélectifs et ne représentent pas forcément la population que nous traitons dans notre pratique journalière.

Ainsi, les patients ayant un bon état général (« indice de performance ») sont surreprésentés dans ces études cliniques au détriment de ceux avec un indice de performance altéré. Cependant, chaque jour, nous sommes confrontés à ces personnes demandeuses d'un traitement et pour lesquelles les preuves factuelles de l'efficacité thérapeutique sont déficientes, justifiant l'extrapolation de résultats obtenus dans une population aux caractéristiques distinctes : meilleur état général, moins de co-morbidités, pas de contre-indication fonctionnelle à l'administration du traitement envisagé...

Le but de cet article de revue narrative est de revoir la littérature portant sur les traitements des patients avec un indice de performance supérieur à 1 en vue d'en dégager les principaux enseignements et recommandations pour notre pratique journalière.

Une définition d'indice de performance

L'indice de performance est une mesure de l'état général du patient et de ces besoins en soins médicaux. Il permet au médecin et au personnel para-médical de décrire les capacités fonctionnelles et physiques, sans se restreindre à une description des co-morbidités comme cela peut être dans d'autres échelles couramment utilisées comme celle de Charlson ou en gériatrie (G8...). Cette mesure globale de l'état général de la personne est régulièrement appliquée en oncologie que ce soit dans l'optique d'une décision thérapeutique ou comme critère de sélection pour des études cliniques. Le terme anglo-saxon « Performance Status [PS] » s'étant progressivement imposé en francophonie, nous utiliserons désormais celui-ci au travers de ce texte.

Comment évaluer l'indice de performance ?

Plusieurs échelles sont actuellement disponibles. Les deux plus fréquemment appliquées sont celle de Karnofsky [1] et de l'ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group) [2], un groupe coopérateur américain dont globalement les composantes sont similaires à celles de l'échelle de l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé). Une troisième échelle, graduée de 0 à 100 comme celle de Karnofsky, spécifique à la pédiatrie ne sera pas évoquée dans cet article [3]. Ces

deux échelles sont nettement différentes, celle de l'ECOG étant plus facile à retenir et à utiliser en pratique tandis que l'échelle de Karnofsky, plus détaillée, permet une évaluation plus fine de l'état général de la personne évaluée. Ces deux échelles sont détaillées dans le tableau 1. L'équivalence entre les deux échelles a été évaluée dans plusieurs études montrant une bonne corrélation entre celles-ci mais avec un niveau d'erreur individuelle élevé [4,5]. Néanmoins, on peut globalement considérer que la correspondance ECOG/Karnofsky peut être résumée comme suit : ECOG 0-1/Karnofsky 100-80, ECOG 2/Karnofsky 60-70, ECOG 3-4/Karnofsky 50-10 (Tableau 1) [5].

De nombreux facteurs peuvent influencer le PS. Certains sont liés au cancer comme la perte de poids ou la fatigue, d'autres sont liés aux co-morbidités fréquemment observées dans les populations de patients cancéreux thoraciques du fait du tabagisme ou de l'âge [6]. Malgré la simplicité apparente des échelles, la reproductibilité de la mesure entre médecins, autres professionnels de santé et le patient continue à poser question. Dans un premier exemple, le PS a été scoré indépendamment par une infirmière, sachant que selon les auteurs il y avait préalablement une bonne concordance avec les évaluations faites par un médecin, et un travailleur social [7]. La reproductibilité entre les deux observateurs, bien que statistiquement significative, restait modérée (coefficient de corrélation de Pearson 0,69 ; $p < 0,001$). Un second exemple montre une reproductibilité moyenne de la mesure portant sur l'application de l'échelle ECOG par des médecins oncologues [8]. L'indice Kappa global était de 0,44 (IC 95 % 0,38-0,51). Par contre, la reproductibilité s'avérait nettement meilleure lorsque les scores ECOG étaient regroupés en 0-2 (Kappa 0,92) et 3-4 (Kappa 0,82). Un 3^e exemple d'évaluation du PS à la fois selon ECOG et Karnofsky par des médecins oncologues montre au contraire une bonne reproductibilité des observations que ce soit entre les observateurs (Kappa 0,921 pour Karnofsky et 0,914 pour ECOG) ou pour un même observateur (Kappa > 0,85 que ce soit pour ECOG ou Karnofsky) [9]. Cette hétérogénéité dans la reproductibilité de la mesure pose question quand le PS est utilisé comme critère de sélection pour inclusion dans des essais cliniques. Ainsi, afin de pallier à cette critique, Zukin et al dans un essai randomisé incluant spécifiquement des patients de PS 2 a évalué indépendamment par deux médecins ce paramètre avant randomisation [10].

La concordance dans l'évaluation de l'état général entre les professionnels de santé et le patient pose également question. Dans une étude publiée en 2001, 206 patients avec un non cancer bronchique à petites cellules (CBNPC) de stade III-IV ont évalué leur PS selon ECOG en parallèle à 12 médecins oncologues et 45 infirmiers [11]. Comme décrit antérieurement, la concordance entre professionnels de santé était moyenne (Kappa 0,63 (IC 95 % 0,54-0,71)). Par contre, l'évaluation entre les patients et les oncologues (Kappa 0,53 ; IC 95 % 0,45-0,61) ou les infirmiers (Kappa 0,56 ; IC 95 % 0,48-0,64) montrait clairement des discordances, les oncologues attribuant un meilleur état général que celui ressenti par les patients. Deux autres exemples confirment le mauvais agrément entre les médecins spécialistes en oncologie thoracique et les patients atteints d'un cancer bronchique [12,13].

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8820658>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8820658>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)