

Evaluation onco-gériatrique



Stéphane PÉRIN – Gériatre – Institut Jean Godinot

Plan

- ✓ Qu'est-ce que l'oncogériatrie ?
- ✓ Organisation à l'Institut Jean-Godinot
- ✓ Principes de l'évaluation gériatrique
- ✓ Exemple avec un cas clinique

Pourquoi ?

- Estimation 2008 : 50% des cancers surviennent chez des sujets > 65 ans, 30% chez les plus de 75 ans et 7% chez les plus de 85 ans
- Or vieillissement de la population : en 2050, 11M sujets > 75 ans en France, 20M >85 ans aux USA...
- Mortalité par cancer plus élevée chez le sujet âgé: diagnostic plus tardif ? Sur- ou sous-traitement ? Comorbidités ?
- Cancer : première cause de mortalité en France > 65 ans.

Pourquoi ?

- Population très hétérogène
- Retard à la prise en charge :
 - ✓ Investigations moins complètes
 - ✓ Traitements moins intenses
 - ✓ Patients souvent désireux de traitements adaptés
- Les personnes âgées sont sous-représentées dans les essais thérapeutiques ; pas d'essais spécifiques.

Comment :

- DIU (Paris, Lyon, Nantes, Marseille)
- SOFOG (GEPOG)
- SIOG (2000)
- Plan Cancer 2005 - 2008 (mesure 38)
- INCa (2005 mission oncogériatrie / UPCOG)
- FNCLCC (Copil Gerico)
- Congrès (EPOG, MAO...)
- Revue (JOG, début 2010)

Colombey
2011

Mesure 38

« Mieux adapter les modes de prise en charge et les traitements aux spécificités des personnes âgées »

- Identifier au sein de l'Institut National du Cancer une mission d'oncogériatrie chargée de la promotion et de la coordination de travaux en épidémiologie, prévention, adaptation des traitements et essais cliniques sur la population âgée
- La spécificité des problèmes posés par la prise en charge des personnes âgées fera l'objet de référentiels particuliers
- Nécessité de développer une politique active de soins spécialisés pour les patients âgés atteints de cancer

Oncogériatrie

L'oncogériatrie acquiert progressivement ses lettres de noblesse et devient un domaine visible au niveau aussi bien national qu'international.

L'originalité du modèle français tient à :

- 1 - l'interdisciplinarité entre oncologues et gériatres et à ses modalités variées de fonctionnement.
- 2 - Une structuration de l'oncogériatrie au niveau national
 - ✓ harmoniser les actions menées
 - ✓ favoriser l'utilisation d'un langage commun,
 - ✓ diffuser des connaissances auprès des professionnels de santé et du grand public,
 - ✓ la réalisation d'études cliniques pertinentes.

Organisation à l'Institut Parcours du patient

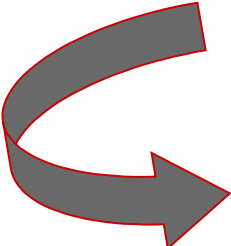
Patient âgé de 75 ans et plus
Accueil → alerte

Proposition d'évaluation oncogériatrique (RCP)

En consultation
gériatrique

En HDJ
(évaluation pluridisciplinaire)

En consultation
d'anesthésie
gériatrique

 **Objectif : Proposition de mesures** afin d'adapter le plan de soin en cherchant à anticiper les difficultés (notamment nutritionnelles ou sociales...)

Principe de l'évaluation gériatrique

En consultation, réalisation d'une évaluation standardisée :

Recueil : mode de vie, antécédents, traitement en cours

Tests gériatriques

- ✓ ADL (activities of daily living)
- ✓ IADL (instrumental activities of daily living)
- ✓ MMS (mini-mental test)
- ✓ MNA (mini nutritional assessment)
- ✓ GDS (glasgow depression scale)
- ✓ Get up and go ou appui unipodal

Examen clinique complet

Principe de l'évaluation gériatrique

Synthèse :

- ✓ Autonomie (ADL, IADL)
- ✓ Cognition (MMS)
- ✓ Nutrition (poids, IMC, MNA)
- ✓ tissu social et environnement (lieu de vie, entourage)
- ✓ humeur et comportement (GDS)
- ✓ Comorbidités « actives »

Principe de l'évaluation gériatrique

Conclusion : mise en évidence des points forts sur lesquels on pourra s'appuyer et des fragilités

- ✓ pour certaines fragilités des mesures pourront être prises (par ex : adaptation du traitement médicamenteux, mise en place d'aides à domicile...)
- ✓ les autres seront à surveiller de près (p. ex : insuffisance rénale, traitement par AVK...)

Principe de l'évaluation gériatrique

Classification de Balducci

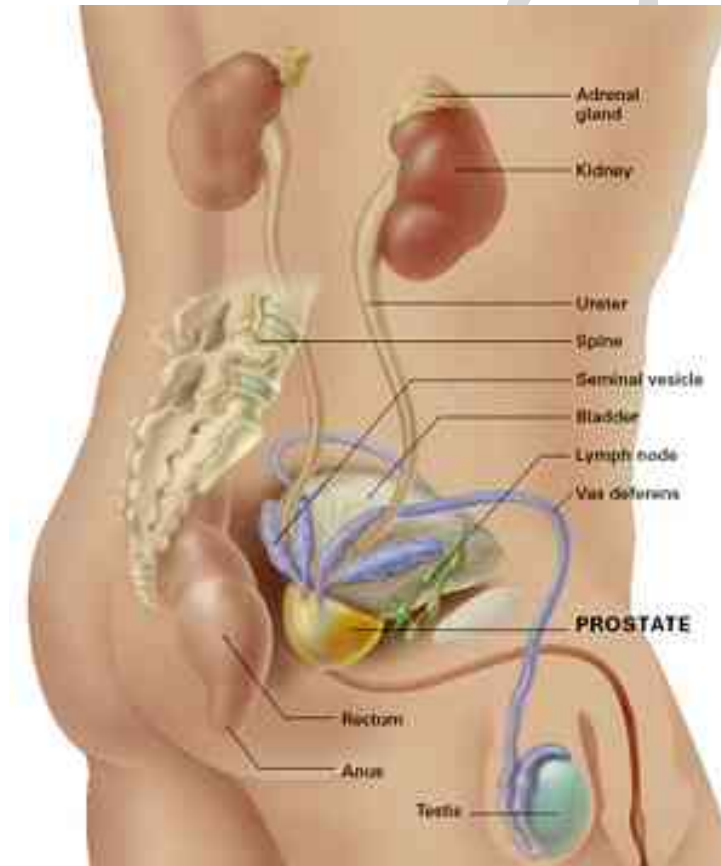
Patient au vieillissement harmonieux (autonome et comorbidité négligeable)

Patient fragile (dépendant et avec des comorbidités sérieuses)

Patient intermédiaire

✓ L'ensemble guidera le oncologue dans sa décision

Cas clinique : cancer de prostate



2011

Incidence / Mortalité – Projections 2010

Prostate 71500 (M 8700)

Poumon 26800 (M 21000)

Colo-rectal 21000 (M 9200)

ORL 13000

Vessie 8000

LMNH 5500

Rein 5400

Chez la femme :

Sein 52500 (M 11200)

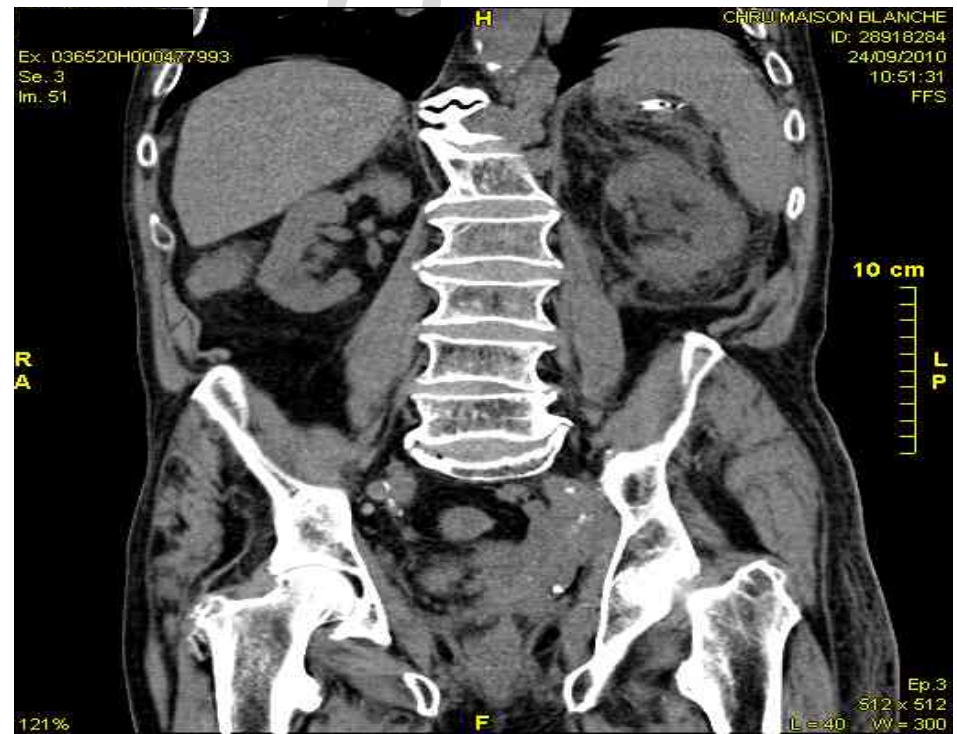
Colo-R 18900 (M 8200)

Poumon 10000 (M 7700)

Plus de 50 % des diagnostics de cancer de prostate seraient posés après 70 ans

Cas clinique 1 – Mr P. Évaluation gériatrique

- ✓ **Motif de consultation** : Il s'agit d'un homme de 83 ans chez qui a été découvert récemment de volumineuses adénopathies rétro-péritonéales gauches avec hydronéphrose et stase lymphatique du membre inférieur gauche alors que le patient est suivi depuis plusieurs années pour un cancer de prostate, sous hormonothérapie. PSA à 350 ng/ml contre 99 ng/ml au dernier contrôle il y a 3 mois.



Mode de vie : retraité ouvrier, Monsieur P. est veuf et vit seul dans un appartement au 2^{ème} sans ascenseur. Il a eu 5 enfants, qu'il voit peu. Pas d'aide à domicile.

Parmi les antécédents, on note :

- ✓ **Sur le plan médical**, pas d'allergie connue, hypertension artérielle, cancer de prostate suivi depuis six ans (radiothérapie puis hormonothérapie).
- ✓ **Pas de notion d'intervention chirurgicale**

Le traitement actuel est le suivant : blocage hormonal par ANALOGUE LH-RH tous les 6 mois et ANANDRON 1/j.
BISOPROLOL 10 1/j.

A l'examen clinique :

- ✓ Pas de douleur. Sommeil correct.
- ✓ Sur le plan sensoriel vision correcte. Presbyacousie modérée non appareillée.
- ✓ Etat bucco-dentaire correct avec une prothèse totale haute et basse.
- ✓ Etat cutané correct.
- ✓ Sur le plan cardiovasculaire, bruits du coeur réguliers, sans souffle cardiaque ni carotidien. Tension artérielle à 12/6 avec un pouls à 80/min. Oedème de stase du membre inférieur gauche entraînant une sensation de pesanteur.
- ✓ Sur le plan pulmonaire, murmure vésiculaire bien perçu, champs pulmonaires libres. Saturation à 98 %.
- ✓ Abdomen souple non douloureux. Pas de globe vésical.
- ✓ Pas de signe fonctionnel urinaire en dehors d'une incontinence nécessitant le port de protection. Pas de globe.
- ✓ Sur le plan nutritionnel : petite baisse d'appétit avec une perte d'environ 2 Kg. Le poids ce jour en à 66 Kg pour 1m64 (IMC à 24,5).
- ✓ Aires ganglionnaires : palpation d'un ganglion sus-claviculaire gauche d'environ 1 cm.
- ✓ Examen neurologique, pas de déficit sensitivomoteur. Pas de trouble cognitif avec un patient cohérent, orienté et sans déficit mémoire retrouvé.
- ✓ Marche et équilibre : la marche s'effectue de manière assez fluide bien que l'oedème du membre inférieur gauche gêne les mouvements. Equilibre correct.

Synthèse :

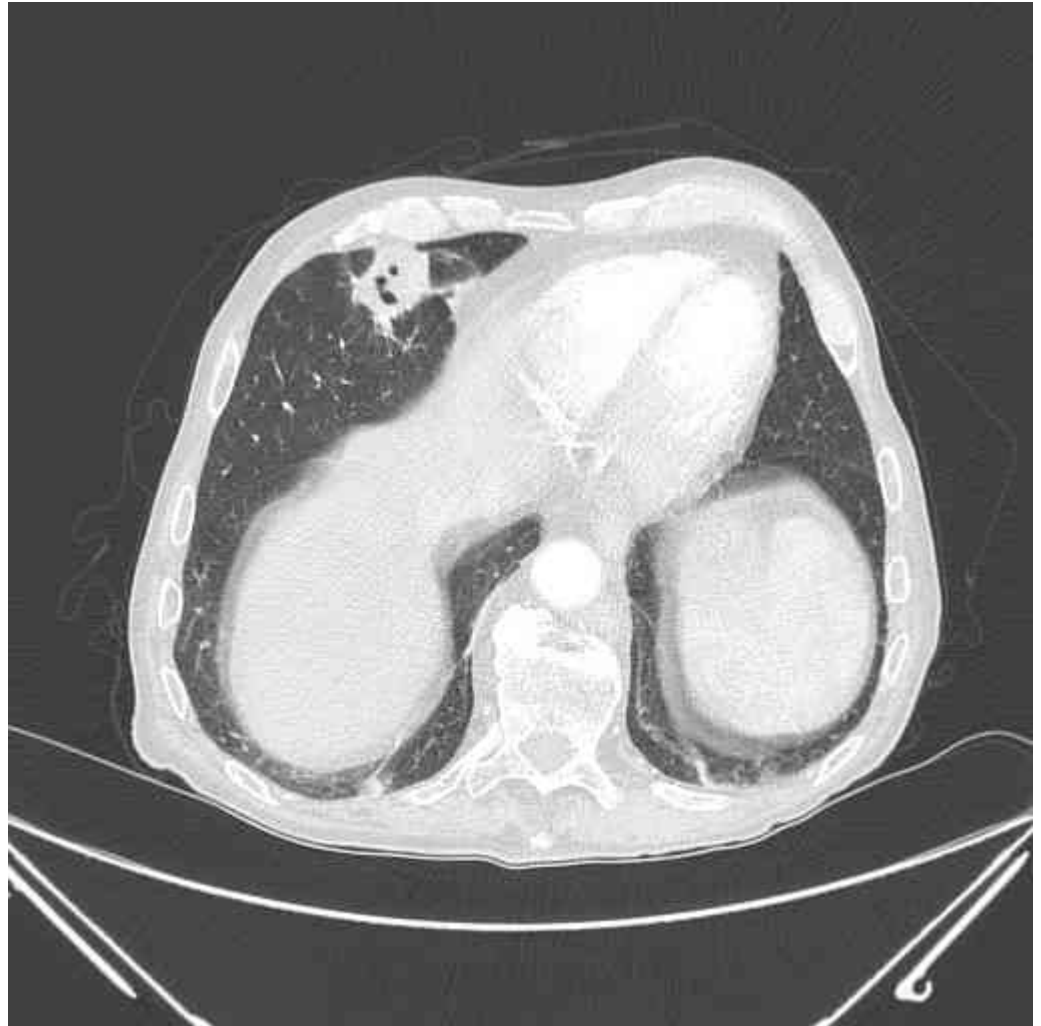
- ✓ Autonomie : correcte (ADL à 6/6 – IADL à 4/4).
- ✓ Cognition : correcte (MMS à 27/30)
- ✓ Nutrition : perte de poids d'au moins 2 Kg en quelques semaines (MNA à 25/30). A surveiller.
- ✓ Tissu Social-Environnement : isolement et domicile non adapté sans ascenseur. Aucune aide pour le moment.
- ✓ Humeur et comportement : Pas d'élément pour évoquer un syndrome dépressif sous-jacent.
- ✓ Comorbidités : hypertension artérielle stabilisée avec le traitement.

Conclusion : vieillissement plutôt harmonieux chez ce patient de 83 ans qui ne fait pas son âge. Il faudra contrôler la fonction rénale, le rein gauche étant probablement peu fonctionnel, revoir le projet social, et surveiller de près l'alimentation. Une chimiothérapie par Taxotère semble envisageable chez ce patient symptomatique, en échappement hormonal.

- ✓ Décision : hospitalisation proposée pour compléter le bilan :
- ✓ scanner thoracique : adénopathies médiastinales et deux lésions suspectes du lobe moyen
- ✓ Scintigraphie osseuse : pas de métastases visibles

Copyright
2011

Scanner thoracique





- ✓ Et réalisation (suite à l'évaluation) :
- ✓ Contrôle clairance rénale : 70 ml/mn
- ✓ Contact avec l'assistante sociale : prise de contact avec la famille, demande de SSR, demande de maison de retraite tout en étudiant les aides possibles à domicile et la possibilité d'un déménagement.
- ✓ Contact avec la diététicienne : évaluation calorique, conseils, compléments alimentaires

Proposition d'une chimiothérapie par Taxotère



Toxicités

- ✓ Ré-hospitalisation à J7 de la première cure pour neutropénie fébrile (grade 3) à point de départ urinaire (Klebsiella oxytoca à l'ECBU).
- ✓ Poursuite aux mêmes doses mais ajout de GCSF



Toxicités

- ✓ Asthénie et anorexie importantes avec (perte de 10 kg)



Bilan à 2 mois

- ✓ Evaluation après 3 cures :
bonne régression des adénopathies compressives
chute du PSA à 92 ng/ml.
- ✓ Efficacité clinique :
nette diminution de l'œdème du membre inférieur gauche
amélioration de la marche
- ✓ Avis du patient :
très réticent à poursuivre la chimiothérapie

Décisions

- ✓ Décision : arrêt après 3 cures, séjour en SSR en attente d'une entrée en maison de retraite
- ✓ Dernières nouvelles (fin janvier 2011) : finalement retourné à domicile avec augmentation des aides
reprise du poids antérieur (+ 10 kg), pas de signe fonctionnel en dehors de la persistance d'un lymphoedème du membre inférieur droit.
PSA à 30 ng/ml
- ✓ A la demande du patient, décision de surveillance clinique et biologique par le médecin traitant.

Point de vue du gériatre / les missions

- ✓ Réaliser, à la demande de l'oncologue (avec des objectifs précis), une évaluation globale permettant de dégager les points forts et les points faibles (fragilités) du patient âgé et d'évaluer son espérance de vie
- ✓ Alimenter une réflexion commune, nécessitant un véritable échange (et l'apprentissage d'un langage commun) aboutissant à une proposition de prise en charge personnalisée (et prenant en compte les désirs du patient)

S'éloigner du dialogue de sourd !

