

JFHOD

Journées Francophones d'Hépatogastroentérologie
& d'Oncologie Digestive



2015

Apports et limites de la consultation d'oncogériatrie

Eric FRANCOIS

Centre Antoine-Lacassagne



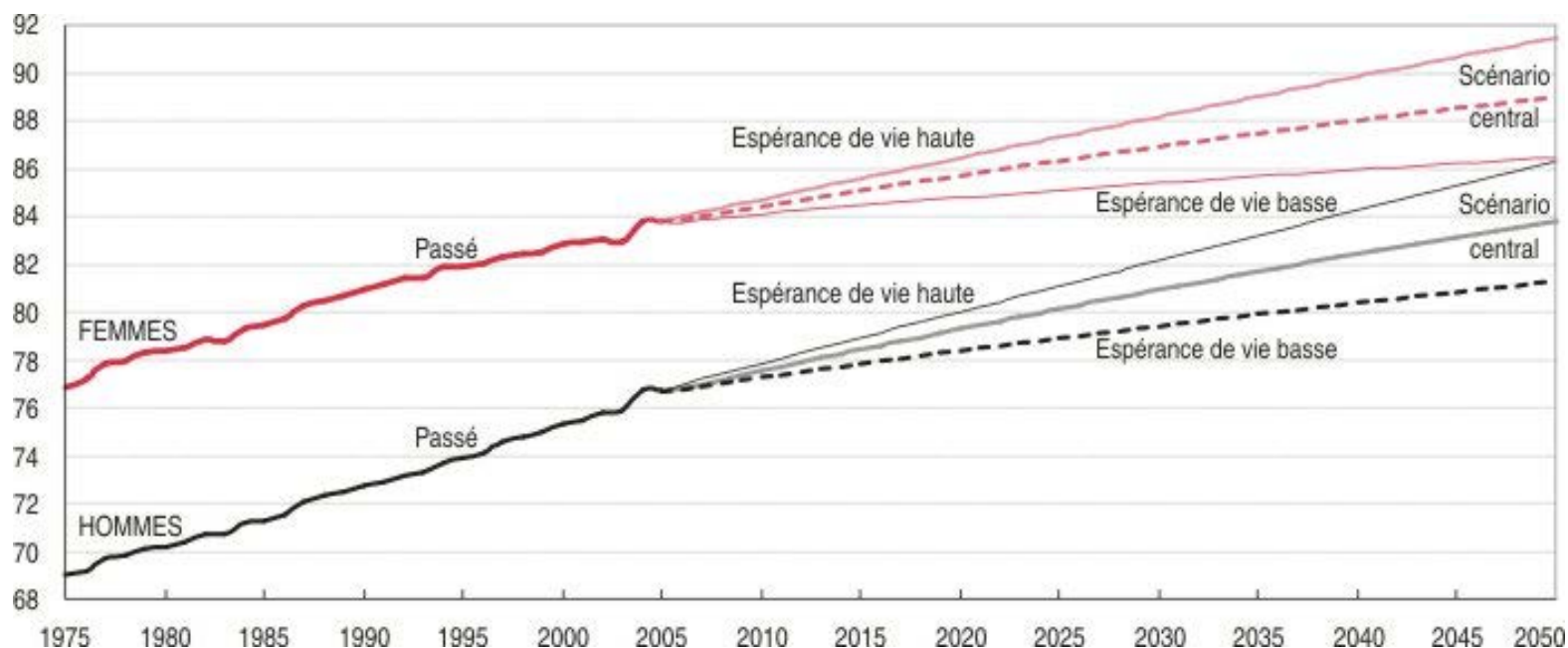
Centre Antoine-Lacassagne
Centre Régional de Lutte contre le Cancer

- **Conflits d'intérêts**

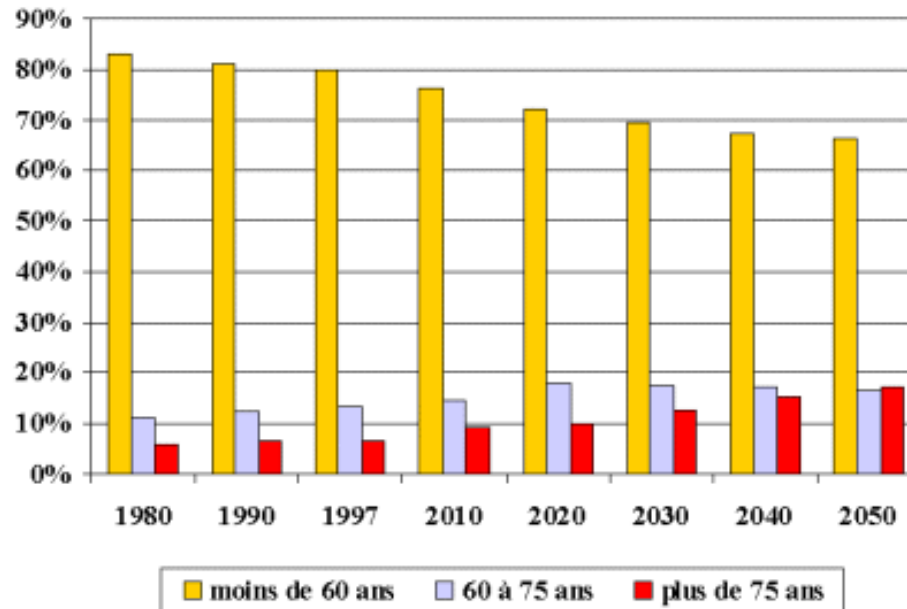
Aucun pour cette présentation

- **Objectifs pédagogiques**
 - Qu'est ce qu'un oncogériatre ?
 - Pourquoi, pour qui et quand demander une consultation d'oncogériatrie?
 - Les éléments de la consultation d'oncogériatrie
 - Impact de la consultation d'oncogériatrie sur la prise en charge médico-chirurgicale

Une augmentation constante de l'espérance de vie gagée d'une amélioration du niveau de santé



1980 – 2050 : 3 fois plus de français ≥ 75 ans



- 60% des cancers et 70% des décès liés au cancer surviennent après 65 ans
- 42% des cancers colorectaux ≥ 75 ans

Une prise en charge sous-optimale

- Pas de participation au dépistage organisé
- Une prise en compte partielle des symptômes
- Des explorations incomplètes
- Un diagnostic plus tardif
- Une forte crainte vis à vis de la tolérance thérapeutique
- Une difficulté à mesurer le poids des comorbidités
- Une sous représentation dans les études cliniques

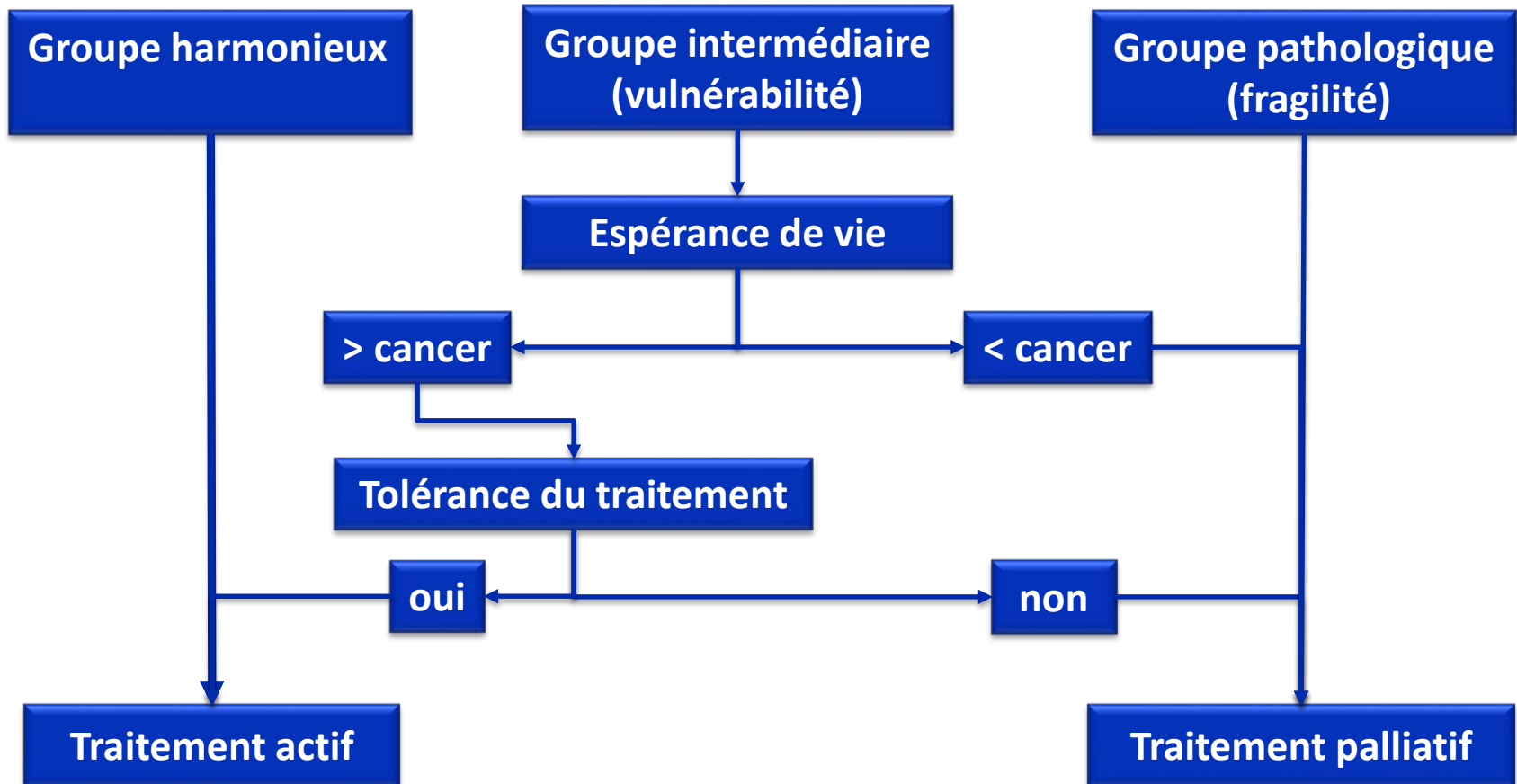
Cancers et sujets âgés

- Diminution des capacités d'adaptation
- Comorbidités
- Particularités sociales
- Syndromes gériatriques

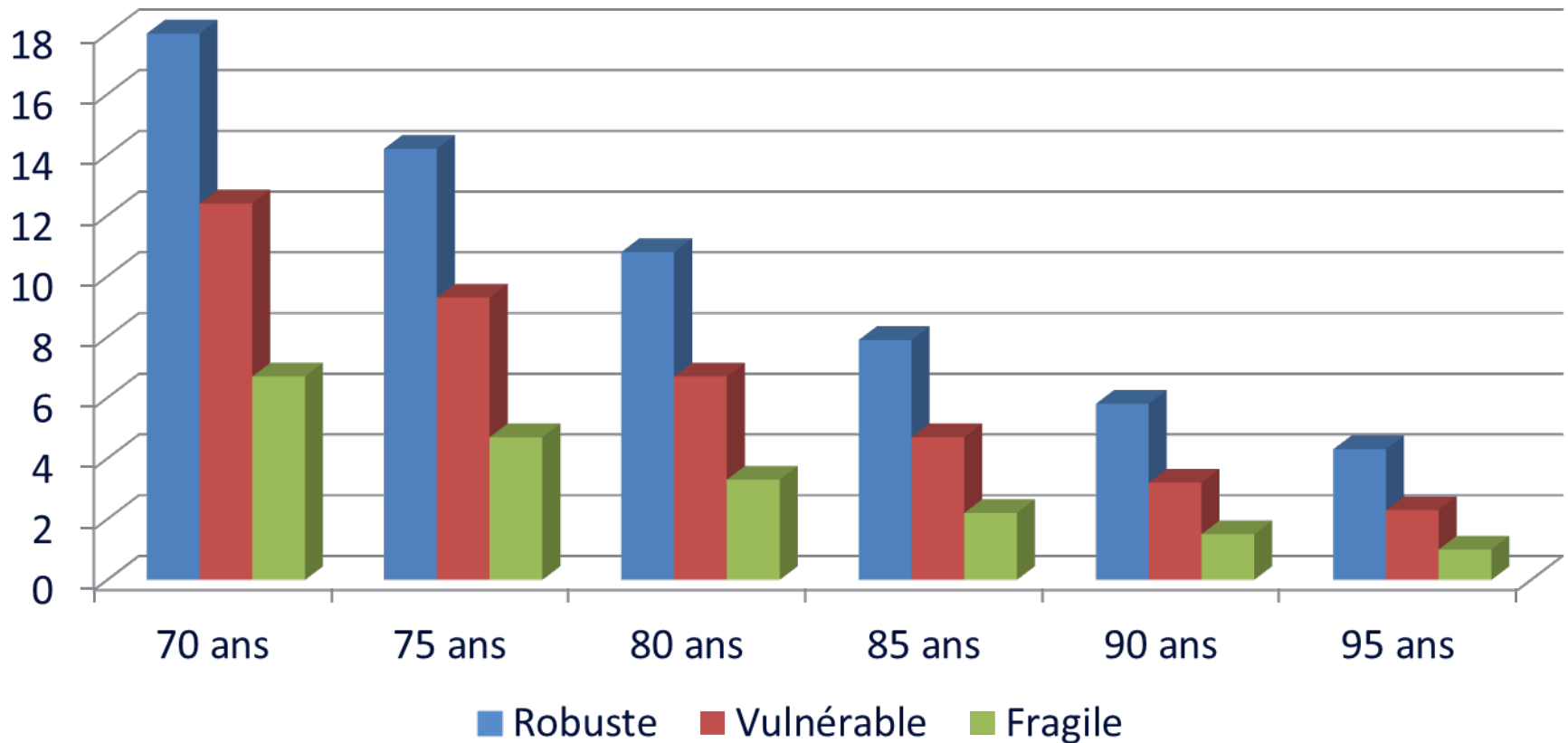
Vieillesse hétérogène

- Frontière gériatrie – oncologie
- Prise en charge multidisciplinaire coordonnée
- Classifications pronostiques gériatriques

Classification de Balducci-Extermann



Une espérance de vie qui varie d'un facteur 3



Recommandations INCA 2005 : oncogériatrie → priorité

- Améliorer la formation
- Favoriser la collaboration oncologues gériatres
- Tous les patients âgés > de 75 ans atteints de cancer, bénéficient d'une évaluation gériatrique préalable à la prise de décision thérapeutique

Une évaluation gériatrique : pourquoi ?

- Hiérarchisation des comorbidités
- Identification des comorbidités réversibles
- Identification des fragilités
- Analyse sociale

Une évaluation gériatrique : pour qui ?

- **363 patients âgés → 262 avec un PS <2**
 - comorbidités → 13%
 - limitation ADL → 9,3%
 - limitation IADL → 37,7%
 - MMSE <24 → 27,6%
 - probable dépression GDS → 31,7%

Le dépistage plutôt que l'évaluation

Items	Score
A 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 ?	0 : anorexie sévère 1 : anorexie modérée 2 : pas d'anorexie
B Perte récente de poids (< 3 mois)	0 : perte de poids > 3 kilos 1 : ne sait pas 2 : perte de poids entre 1 et 3 kilos 3 : pas de perte de poids
C Motricité	0 : du lit au fauteuil 1 : autonome à l'intérieur 2 : sort du domicile
E Problèmes neuropsychologiques	0 : démence ou dépression sévère 1 : démence ou dépression modérée 2 : pas de problème psychologique
F Indice de masse corporelle	0 : IMC < 19 1 : IMC = 19 à IMC < 21 2 : IMC = 21 à IMC < 23 3 : IMC = 23 et > 23
H Prend plus de 3 médicaments	0 : oui 1 : non
P Le patient se sent-il en meilleure ou moins bonne santé que la plupart des personnes de son âge	0 : moins bonne 0,5 : ne sait pas 1 : aussi bonne 2 : meilleure
Âge	0 : > 85 1 : 80-85 2 : < 80
SCORE TOTAL	0 - 17

Un score ≤ 14 révèle une vulnérabilité ou une fragilité gériatriques devant conduire à une consultation adaptée.

- Score ≤14 : vulnérabilité ou fragilité
 → consultation spécialisée
- Dépistage insuffisant des troubles cognitifs et des comorbidités

Evaluation gériatrique approfondie

- **But : évaluation + plan thérapeutique**
- **Pas de standardisation mais évaluation de**
 - État physique
 - Etat fonctionnel
 - Etat nutritionnel
 - Etat neuro-psychologique
 - Environnement social
- **Utilisation de tests et d'échelles validées**

Statut fonctionnel

- **ADL** (Activity Daily Living)

Se laver
S'habiller
Se rendre aux toilettes
Etre continent
Se déplacer
S'alimenter



Autonome, Partiel, Dépendant

- **IADL**

(Instrumental Activities of Daily Living)

Téléphone



Faire les courses

Faire la cuisine

Faire le ménage

Linge

Transports



Médicaments

Argent



Statut fonctionnel

- Vitesse de marche
- Get-up and go test timed
- Force de préhension
- Appui monopodal
- ...

Etat neuro-psychologique

- **Mini Mental State Evaluation (Folstein)**
 - 30 items
- **Geriatric depression scale (GDS)**
 - Plusieurs tests disponibles
 - Mini GDS (4 items)

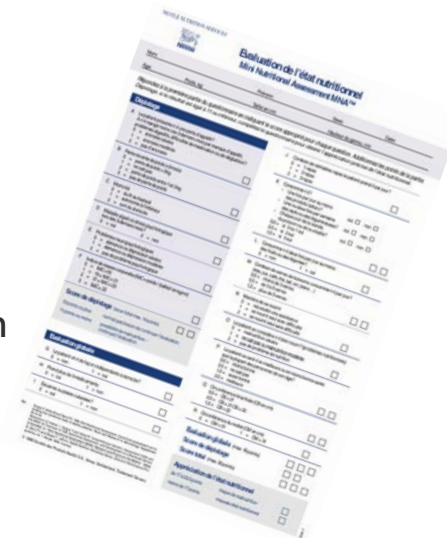
Etat nutritionnel



- Dénutrition de 5-10% au domicile → 60% hospitalisation
- Très fréquent dans les cancers digestifs du tractus supérieur

- **Evaluation**

- Mini Nutritional Assessment
 - < 17: dénutrition
 - > 17 et ≤ 23.5; risque de dénutrition
 - ≥ 24 : absence de dénutrition
- Indice de masse corporelle
- Albuminémie



Raynaud. Nutr Clin Metabol 2007
Hébuterne. Nutr Clin Metabol 2006
Guigoz. Ther Umsch 1997
Extermann. Crit Rev Oncol Hematol. 2005

Etat physique

- **Etat général**
- **Comorbidités**
 - Index de Charlson
 - CIRSG (Cumulative Illness Rating Scale for Geriatrics)
- **Prise médicamenteuses**

Environnement social

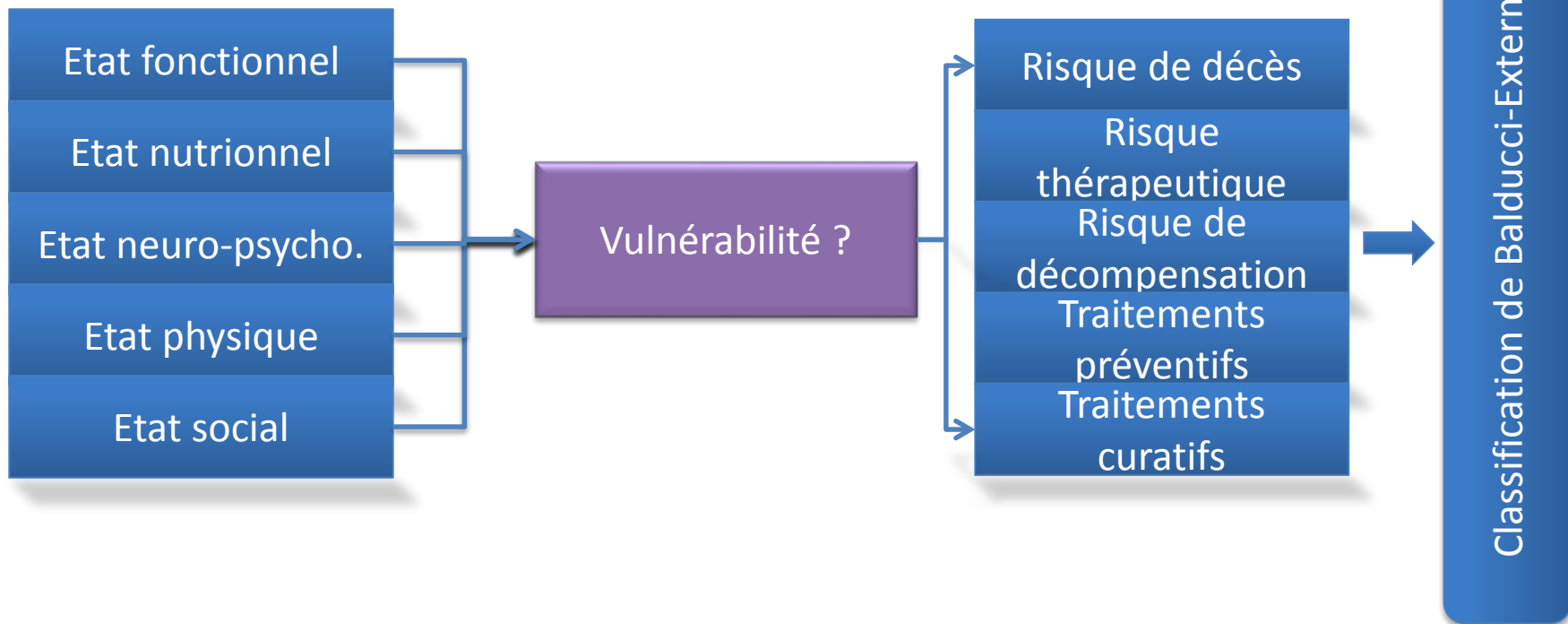
- Célibataire ou en couple
- Isolé ou socialement entouré
- Impact majeur sur le type de traitement proposé

**Liste non limitative
(limites : moyens humains disponibles)**

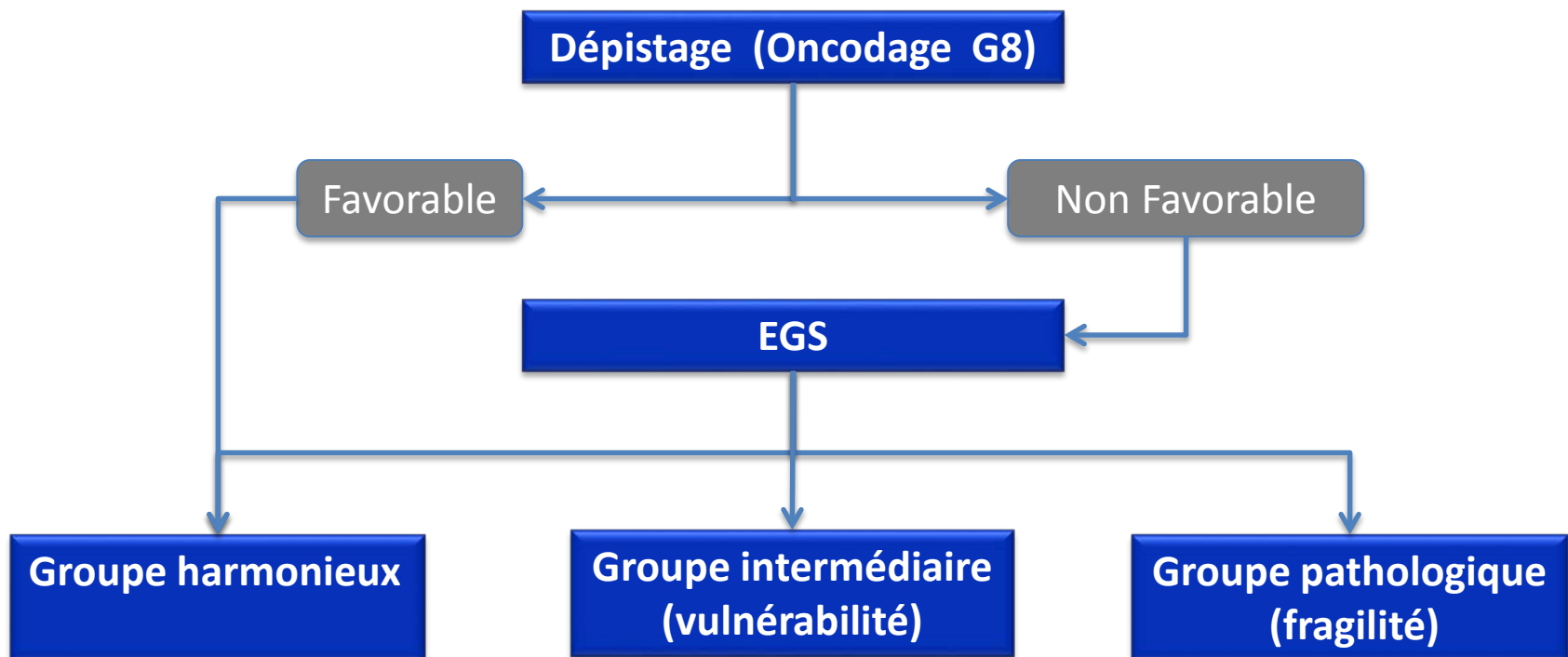
Quelles limites de l'EGS ?

- **Accessibilité**
- **Chronophage**
- **Manque de standardisation**
- **Pas de hiérarchisation des tests**
- **Comparaison impossible**

Au total l'EGS pour faire quoi ?



L'évaluation gériatrique : deux étapes



Quel impact en pratique ?

- **Problèmes gériatriques**
 - Identification
 - Hiérarchisation
 - Traitement
- **Prédiction du risque de décès précoce**
- **Prédiction du risque de toxicité**
- **Prédiction du risque d'hospitalisation**

Dans la pratique quotidienne

- **Modification de la stratégie dans 20 – 30%**
- **Adaptation (empirique) du programme thérapeutique**
- **Collaboration gériatrie – oncologie (hospitalisation post chimiothérapie)**
- **Répétition des évaluations pour une adaptation permanente**

JFHOD

Journées Francophones d'Hépatogastroentérologie
& d'Oncologie Digestive



2015

Merci

Points forts

1. L'augmentation de l'espérance de vie augmente la proportion des sujets âgés qui sont plus exposés au risque de cancer
2. Le mode de vieillissement est associé à des différences majeures d'espérance de vie
3. A partir de 70-75 ans, tous les patients devraient avoir une évaluation gériatrique pour dépister leurs fragilités
4. Un test de dépistage des fragilités comme le G8, évite une évaluation gériatrique approfondie chez les patients avec un vieillissement harmonieux
5. L'évaluation gériatrique approfondie influence la décision thérapeutique chez 20% des patients