

CONSULTATION D'ONCO-GERIATRIE au CHR d'Orléans

Contribution de 2 ans d'expérience



Brigitte MIGNOT, Nourddine BALLOUCHE

Centre de Médecine Gériatrique – CHR Orléans

24 Janvier 2012



Madame R. 83 ans

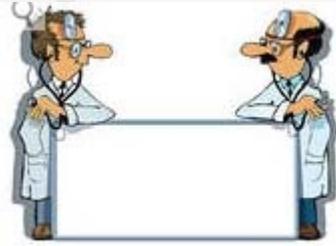
consultation d'évaluation en onco-gériatrie le 29/11/11

- adressée par le gynécologue : CLI RH+ du sein gauche et CCI RH+ du sein droit. Il est envisagé une chirurgie et une hormonothérapie
- elle vient accompagnée de son mari.
- antécédents : Maladie de Parkinson (2003), troubles de la déglutition, syndrome anxio-dépressif, chute (2009) tassement vertébral et fractures costales, hospitalisation (2005) crise convulsive avec déficit post critique gauche, cavernome frontal à l'IRM, OAP, coronarographie notant une petite sténose de l'IVA avec hypo kinésie antéro-septale, abcès appendiculaire
- traitement : VOLTARENE LP100 (001), LANZOPRAZOLE 30: 1/jr, EFFERALGAN Codéine: 4/jr, STALEVO 75: (11h à 16h 1), REQUIP LP 8 (100), VALPROATE de Na LP 500 (100), KARDEGIC 75: 1/jr, TAHOR 10 (001), STRESAM (111)
- mode de vie: ancienne fleuriste, mariée, 2 filles dont une décédée, habite un pavillon avec 2 étages.

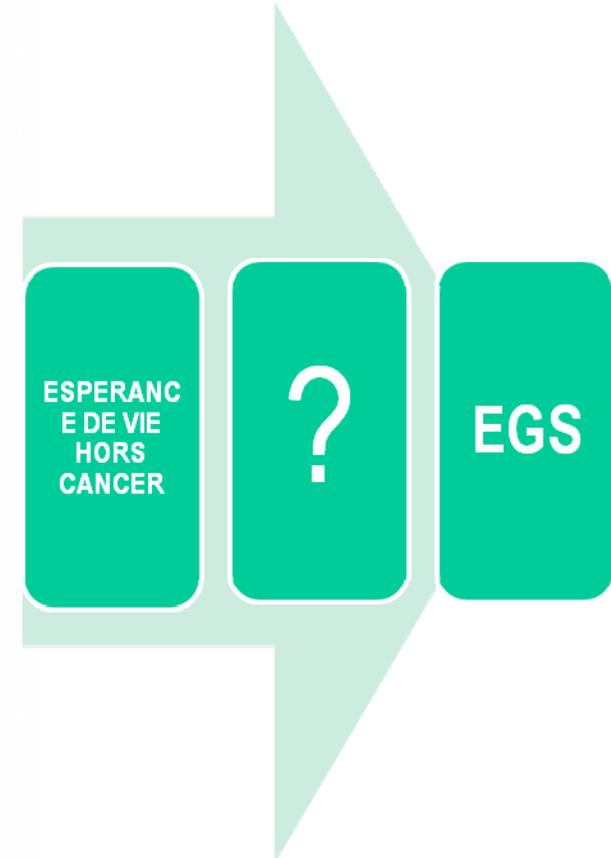
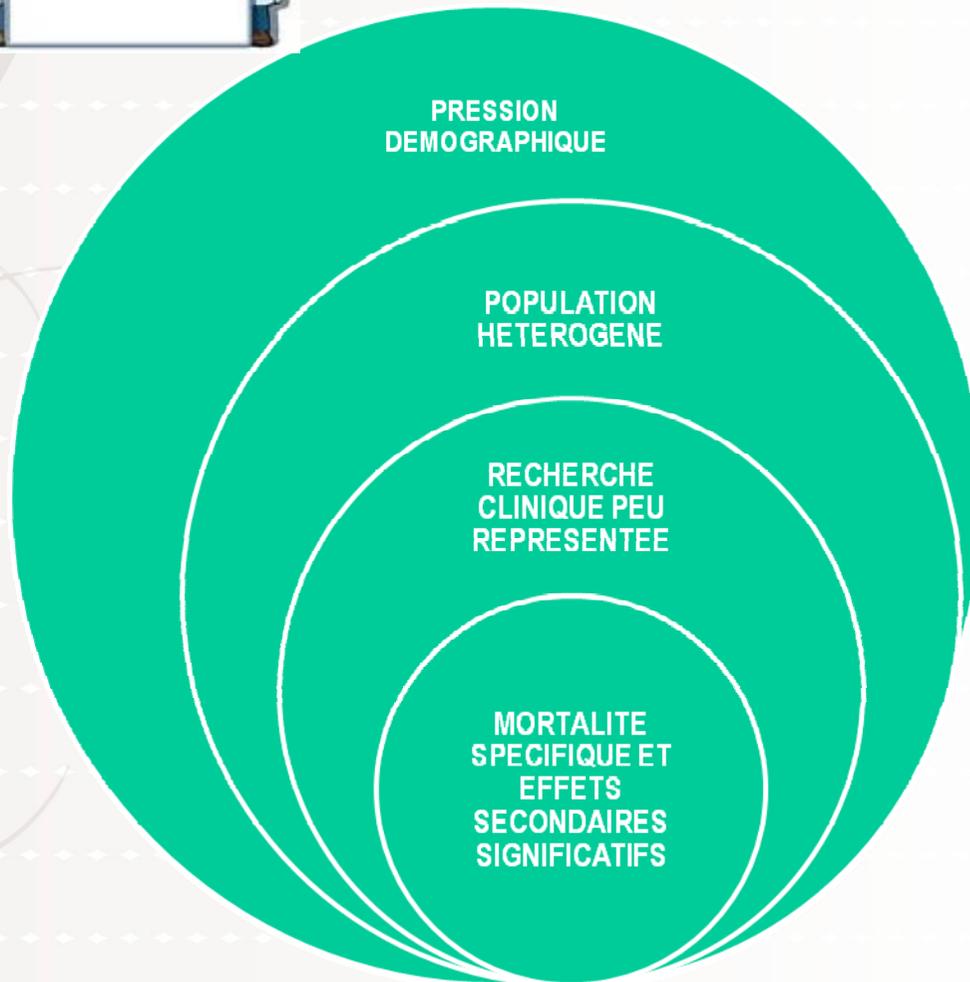
Questions de l'Oncologue : faut-il traiter ?



- Le patient va-t-il mourir de son cancer ou d'une autre cause?
- Le patient va-t-il souffrir de son cancer?
- Le patient peut-il tolérer un traitement et va-t-il souffrir de son traitement?
- Quels sont les résultats des traitements anti cancéreux chez le patient âgé ?
- Quelle prise en charge du « non cancérologique »? (prise en charge globale)
-



ETAT DES LIEUX



Pression démographique :

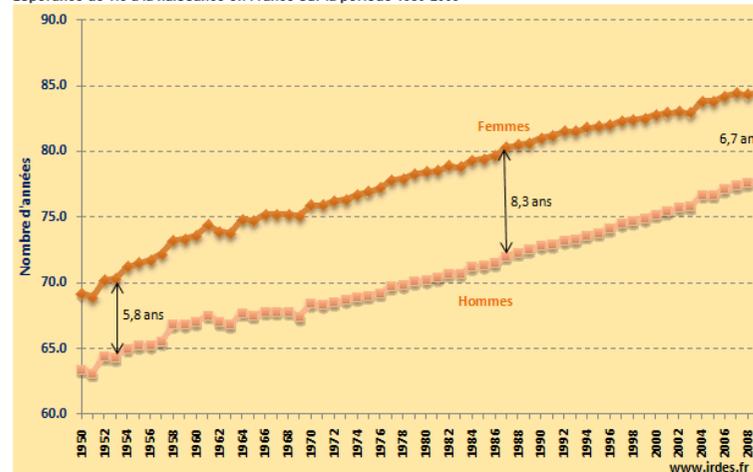
Espérance de vie à la naissance ➔

	1991	2020	2050
Hommes	73	78.1	82.2
Femmes	81.1	86.4	90.4

INDICATEURS D'ETAT DE SANTE

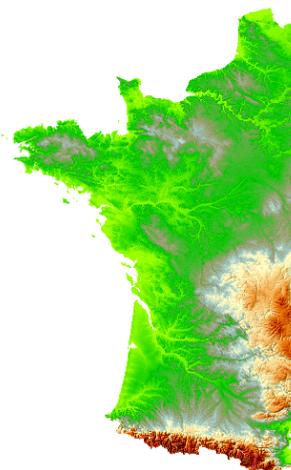
Espérance de vie

Espérance de vie à la naissance en France sur la période 1950-2009



Source : www.ecosante.fr, d'après données Insee

L'espérance de vie à la naissance des femmes et des hommes n'a cessé d'augmenter entre 1950 et 2009, passant de 69,2 années pour les femmes et 63,4 années pour les hommes en 1950 à 84,5 années pour les femmes et 77,8 années pour les hommes en 2009.



Année	Population au 1 ^{er} janvier (en milliers)	Proportion (%) des				
		0-19 ans	20-59 ans	60-64 ans	65 ans ou +	75 ans ou +
1950	41 647	30,1	53,7	4,8	11,4	3,8
1990	56 577	27,8	53,2	5,1	13,9	6,8
2000	58 796	25,6	53,8	4,6	16,0	7,2
2005	60 702	24,9	54,3	4,4	16,4	8,0
2010	62 302	24,3	53,0	6,0	16,7	8,8
2015	63 728	24,0	51,4	6,2	18,4	9,1
2020	64 984	23,7	50,1	6,1	20,1	9,1
2025	66 123	23,1	49,0	6,2	21,7	10,5
2030	67 204	22,6	48,1	6,1	23,2	12,0
2035	68 214	22,2	47,2	6,1	24,5	13,3
2040	69 019	22,1	46,9	5,4	25,6	14,3
2045	69 563	22,0	46,4	5,8	25,8	15,0
2050	69 961	21,9	46,2	5,7	26,2	15,6

SOURCE INSEE mars 2001



Tableau 1. Espérances de vie moyenne en fonction de l'âge et du sexe en France observées sur la période 2003-2005 (Source INSEE).

Âge	Sexe masculin	Sexe féminin	Total
0	76,48	83,52	79,91
5	71,87	78,86	75,28
10	66,91	73,90	70,32
15	61,96	68,93	65,36
20	57,12	64,01	60,49
25	52,37	59,09	55,66
30	47,59	54,19	50,82
35	42,85	49,31	46,02
40	38,17	44,49	41,28
45	33,63	39,76	36,66
50	29,32	35,13	32,21
55	25,20	30,60	27,91
60	21,26	26,14	23,74
65	17,47	21,78	19,70
70	13,92	17,56	15,85
75	10,71	13,58	12,29
80	7,92	9,98	9,12
85	5,64	6,97	6,46
90	3,99	4,71	4,48
95	3,07	3,26	3,21
100	3,43	2,65	2,83

Évolution de l'espérance de vie

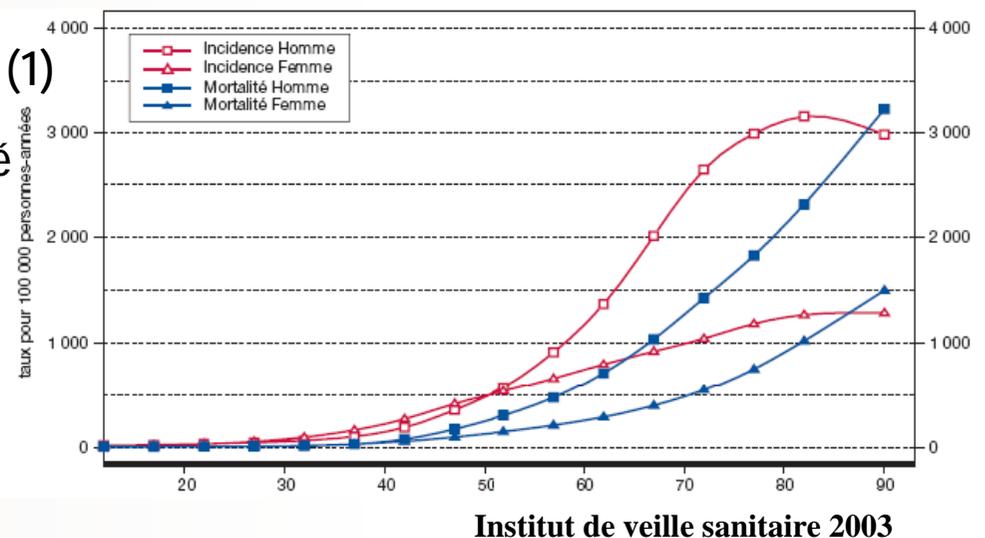
L'espérance de vie sans invalidité s'accroît actuellement plus vite que l'espérance de vie globale



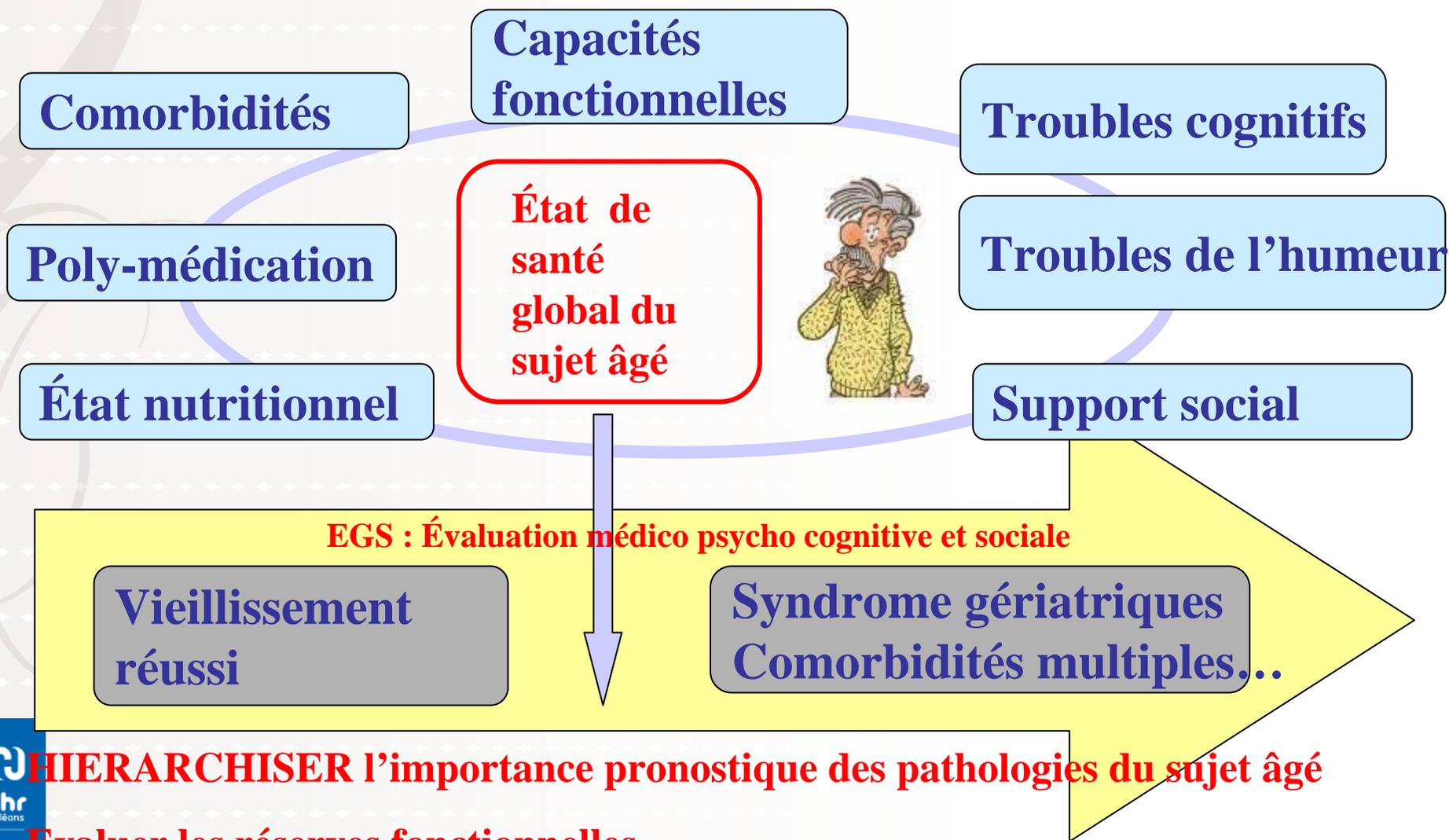
Augmentation parallèle et inéluctable de l'espérance de vie et de l'incidence des cancers

- le cancer est une pathologie du sujet âgé
- 1/3 des cancers surviennent chez >75 ans (1)
- En 2050 un cancer sur 2 sera diagnostiqué chez >75 ans (2)
- 1/3 DC par cancer survient dans la classe d'âge 75-84 ans (2)

Incidence et mortalité estimées par âge pour l'année 2000



Une population hétérogène à évaluer



PROFILS DE VIEILLISSEMENT

H
E
T
E
R
O
G
E
N
E
I
T
E



3 groupes d'individus

-les vigoureux



-les fragiles ou vulnérables: plus exposés aux risques de décompensation fonctionnelle et de pathologies en cascade

-les dépendants



Espérance de vie sans cancer selon le type de vieillissement

Age (années)	Espérance de vie (années)			
	Femmes		Hommes	
	Harmonieux	Avec fragilité	Harmonieux	Avec fragilité
65	20	9,7	16	8,5
70	15,8	8,6	12,5	7,4
75	12,1	7,3	9,5	6,2
80	8,8	5,9	7	4,5
85	6,1	4,5	5	3,8

Pourquoi une évaluation gériatrique en Oncologie?

- ❑ Population hétérogène en termes d'état de santé
- ❑ Protocoles de « traitements anticancéreux » souvent non validés dans cette population

➔ L'oncologue a parfois du mal à apprécier l'état de santé réel du sujet âgé et peut exposer son patient à :

- Risque de sous-traitement
- Risque de sur-traitement





1922-89 ans

Comprendre pour mesurer Mesurer pour bien «manager»

Evaluation des comorbidités :

Cumulative Illness Rating Scale in Geriatrics : CIRS(G)

- COEUR
- VAISSEAUX / H.T.A
- HEMATOPOIETIQUE
- RESPIRATOIRE
- YEUX, OREILLE, NEZ, GORGE, et LARYNX
- TUBE DIGESTIF SUPERIEUR
- TUBE DIGESTIF INFERIEUR
- FOIE / PANCREAS / VOIES BILIAIRES
- REIN
- GENITO-URINAIRE
- TEGUMENT, MUSCLES, SQUELETTE
- NEUROLOGIE
- GLANDE ENDOCRINE, METABOLISME, et SEIN
- MALADIE PSYCHIATRIQUE (DEPRESSION / DEMENCE)

A : TOTAL DE CATEGORIE ATTRIBUEE

B : NOTE TOTALE

INDICE DE GRAVITE : A/B

Nombre de catégorie ayant 3 niveaux de gravité.

Nombre de catégorie ayant 4 niveaux de gravité

Permet une quantification du poids des comorbidités des sujets âgés

Echelle cotation:

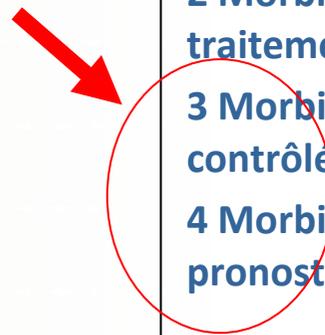
0 Pas de problème

1 Problème modéré ou insignifiant

2 Morbidité contrôlée par un traitement

3 Morbidité constante, non contrôlée

4 Morbidité très sévère, met en jeu pronostic vital



**Mme R. a une comorbidité Sévère
La maladie De parkinson**



Evaluation de l'autonomie

ADL de Katz

- Se laver
- ✦ S'habiller
- Se rendre aux toilettes
- ✦ Se déplacer
- S'alimenter
- Être continent

- Cotation 0 – 0.5 – 1
- Score global : 0 dépendance complète à 6 autonome

IADL

- Activités courantes (/8)
 - Téléphone
 - ✦ Courses
 - Préparation des aliments
 - Entretien ménager
 - Blanchisserie
 - ✦ Moyens de transport
 - ✦ Traitement
 - Budget

**Mme R.
est autonome
À risque de perte
d'autonomie
ADL 5/6 et IADL 5/8**

Evaluation du risque de chutes : Etude de l'appui unipodal

ATCD de chutes ?

Troubles de la marche ?

Le test de l'appui unipodal est couramment utilisé chez la personne âgée.

La faculté de tenir en équilibre sur un pied décline rapidement avec l'âge et il faut considérer comme seuil pathologique un appui inférieur à cinq secondes.

Trois essais sont acceptés.

Les patients qui ne parviennent pas à se maintenir durant 5 secondes sur un pied ont un risque de chute élevé.



**Mme R.
Est à risque de chutes
trottine, a peur de tomber,
appui unipodal non
réalisable**

Evaluation mnésique

✓ Le MMSE est composé de 7 subtests :

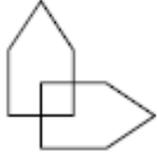
- Orientation dans le temps : 5 points
- Orientation dans l'espace : 5 points
- Rappel immédiat de 3 mots : 3 points
- Attention & Mémoire de travail : 5 points
- Rappel différé des 3 mots : 3 points
- Langage : 8 points
- Praxies constructives : 1 point
- total 30 points

Résultat à pondérer selon le niveau socio culturel



Mme R.
MMS 24/30
rappel des 3 mots 2/3

MINI-MENTAL TEST DE FOLSTEIN

Score maximal	Score	
5	ORIENTATION (1 point par réponse juste) - En quelle année sommes-nous ? - Quelle saison ? - Quel mois ? - Quelle est la date ? - Quel est le jour ?
5	- Dans quelle pays sommes-nous ? - Quelle ville ? - Quel département ? - Quel est le nom de l'hôpital ? (ou adresse du médecin) - Quelle salle ? (ou endroit, cabinet, etc....)
3	APPRENTISSAGE Donner 3 noms d'objets au rythme de un par seconde (ex : cigare, fleur, porte) ; à la répétition immédiate compter 1 par réponses correctes. Répéter jusqu'à ce que les 3 mots soient appris. Compter le nombre d'essais (ne pas coter).
5	ATTENTION ET CALCUL Compter à partir de 100 en retirant 7 à chaque fois. Arrêter après 5 soustractions. Noter le nombre de réponses correctes.
3	RAPPEL Demander les 3 noms d'objets présentés auparavant (1 point par mot correct)
9	LANGAGE - Dénommer un stylo, une montre (2 points) - Répéter : "Il n'y a pas de mais, ni de si, ni de et" (1 point) - Exécuter un ordre triple : "Prenez un papier dans la main droite, pliez le en deux et jetez le sur le plancher" (1 point par item correct) - Copier le dessin suivant (1 point) : Tous les angles doivent être présents  - Ecrire une phrase spontanée (au moins 1 sujet et 1 verbe, sémantiquement correcte, mais la grammaire et l'orthographe son indifférentes (1 point)
TOTAL (30)	
Apprécier le niveau de vigilance sur un continuum : Vigile Obnubile Stupeur Coma		

Détérioration intellectuelle légère entre 21 et 15 points ; modérée entre 5 et 15 ; sévère au-dessous de 5

Mini-GDS (mini Geriatric Depression Scale)

- Vous sentez vous découragé et triste ? oui = 1
- Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ? oui = 1
- Êtes-vous heureux la plupart du temps ? non = 1
- Avez-vous l'impression que votre situation est désespérée ? oui = 1

**Mme R.
profil
dépressif**

Si score ≥ 1



dépression possible



•POIDS

On parle de dénutrition modérée lorsque la perte de poids est $\geq 5\%$ en 1 mois ou $\geq 10\%$ en 6 mois.

On parle de dénutrition sévère lorsque la perte de poids est $\geq 10\%$ en 1 mois ou $\geq 15\%$ en 6 mois.

•IMC ou BMI (indice de Quetelet)

➤Poids sur taille²

•Marqueurs biologiques : ALBUMINEMIE

- dénutrition si < 35 g/l
- dénutrition sévère si < 30 g/l
- dénutrition très sévère si < 25 g/l

DENUTRITION SI :

Perte de poids récente (5 à10%)

IMC < 18 à 20

Albumine < 30 à 35 g/l

MNA < 17

Mme R. amaigrissement 10kg en 6 mois

IMC à 22,7 (55.4kg pour 1m56)

Albuminémie sérique: 41.2 g/l

MNA 17 /30

Dépistage		
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	<input type="checkbox"/>
B	Perte récente de poids (<3 mois) 0 = perte de poids > 3 kg 1 = ne sait pas 2 = perte de poids entre 1 et 3 kg 3 = pas de perte de poids	<input type="checkbox"/>
C	Motricité 0 = du lit au fauteuil 1 = autonome à l'intérieur 2 = sort du domicile	<input type="checkbox"/>
D	Maladie aiguë ou stress psychologique lors des 3 derniers mois? 0 = oui 2 = non	<input type="checkbox"/>
E	Problèmes neuropsychologiques 0 = démence ou dépression sévère 1 = démence ou dépression modérée 2 = pas de problème psychologique	<input type="checkbox"/>
F	Indice de masse corporelle (IMC = poids / (taille) ² en kg/m ²) 0 = IMC < 19 1 = 19 ≤ IMC < 21 2 = 21 ≤ IMC < 23 3 = IMC ≥ 23	<input type="checkbox"/>
Score de dépistage (sous-total max. 14 points)		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12 points ou plus	normal pas besoin de continuer l'évaluation	
11 points ou moins	possibilité de malnutrition – continuez l'évaluation	

Evaluation nutritionnelle

MNA : Mini Nutritional Assessment

I – Dépistage : /14 points

≥ 12/14 Bon état nutritionnel
< 12 Poursuivre



NESTLÉ NUTRITION SERVICES



Evaluation de l'état nutritionnel
Mini Nutritional Assessment MNA™

Nom: _____		Prénom: _____		Sexe: _____		Date: _____	
Age: _____		Poids, kg: _____		Taille en cm: _____		Hauteur du genou, cm: _____	

Répondre à la première partie du questionnaire en indiquant le score approprié pour chaque question. Additionner les points de la partie Dépistage, si le résultat est égal à 11 ou inférieur, compléter le questionnaire pour obtenir l'appréciation précise de l'état nutritionnel.

Dépistage

A Le patient présente-t-il une perte d'appétit?
A-t-il mangé moins ces 3 derniers mois par manque d'appétit, problèmes de goût, 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 kg
1 = ne sait pas
2 = perte de poids entre 1 et 3 kg
3 = pas de perte de poids

C Mobilité
0 = du lit au fauteuil
1 = auto-norme à l'intérieur
2 = sort du domicile

D Malaise aiguë ou stress psychologique lors des 3 derniers mois?
0 = oui 2 = non

E Problèmes neuropsychologiques
0 = dépression ou dépression sévère
1 = dépression ou dépression modérée
2 = pas de problème psychologique

F Indice de masse corporelle (IMC = poids / (taille)² en kg/m²)
0 = IMC < 19
1 = 19 ≤ IMC < 21
2 = 21 ≤ IMC < 23
3 = IMC ≥ 23

Score de dépistage (sous-total max. 14 points)

12 points ou plus : normal pas besoin de continuer l'évaluation
11 points ou moins : possibilité de malnutrition – continuer l'évaluation

Evaluation globale

G Le patient vit-il de façon indépendante à domicile?
0 = non 1 = oui

H Prend plus de 3 médicaments
0 = oui 1 = non

I Escarres ou plaies cutanées?
0 = oui 1 = non

Ref: Guigoz Y, Vellas E, Gillet Y, et al. Mini Nutritional Assessment: A practical assessment tool for grading the severity of the malnutrition state. *Journal of Clinical Gerontology*, Supplement 12, 1996.
B. Guigoz, Y. Vellas, J. Gillet, Y. Andrieux, D. Cosse, *Prevalence of Geriatric Assessment (GPA) and the MNA: An Overview of GPA, Mini Nutritional Assessment, and Development of a Shortened Version of the MNA in "Tools of Geriatric Assessment (GPA) for the Assessment of the Elderly"*. *Journal of Clinical Gerontology*, 1996, 11(1), 1-10.
© 1980 Société des Produits Nestlé S.A., Vevey, Switzerland. Trademark: Coway.

J Combien de véritables repas le patient prend-il par jour?
0 = 1 repas
1 = 2 repas
2 = 3 repas

K Consomme-t-il?
- Une fois par jour au moins des produits laitiers? oui non
- Une ou deux fois par semaine des œufs ou des légumes secs? oui non
- Chaque jour de la viande, du poisson ou de la volaille? oui non
0,0 = si 0 ou 1 oui
0,5 = si 2 oui
1,0 = si 3 oui

L Consomme-t-il deux fois par jour au moins des fruits ou des légumes?
0 = non 1 = oui

M Combien de verres de boissons consomme-t-il par jour? (eau, jus, café, thé, lait, vin, bière...)
0,0 = moins de 3 verres
0,5 = de 3 à 5 verres
1,0 = plus de 5 verres

N Manière de se nourrir
0 = nécessite une assistance
1 = se nourrit seul avec difficulté
2 = se nourrit seul sans difficulté

D Le patient se considère-t-il bien nourri? (problèmes nutritionnels)
0 = malnutrition sévère
1 = ne sait pas ou malnutrition modérée
2 = pas de problème de nutrition

P Le patient se sent-il en meilleure ou en moins bonne santé que la plupart des personnes de son âge?
0,0 = moins bonne
0,5 = ne sait pas
1,0 = aussi bonne
2,0 = meilleure

Q Circonférence brachiale (CB en cm)
0,0 = CB < 21
0,5 = CB ≥ 21 CB ≤ 22
1,0 = CB > 22

R Circonférence du mollet (CM en cm)
0 = CM < 31 1 = CM ≥ 31

Evaluation globale (max. 16 points)

Score de dépistage

Score total (max. 30 points)

Appréciation de l'état nutritionnel

de 17 à 23,5 points : risque de malnutrition

moins de 17 points : mauvais état nutritionnel

Validée à domicile, en institution, à l'hôpital

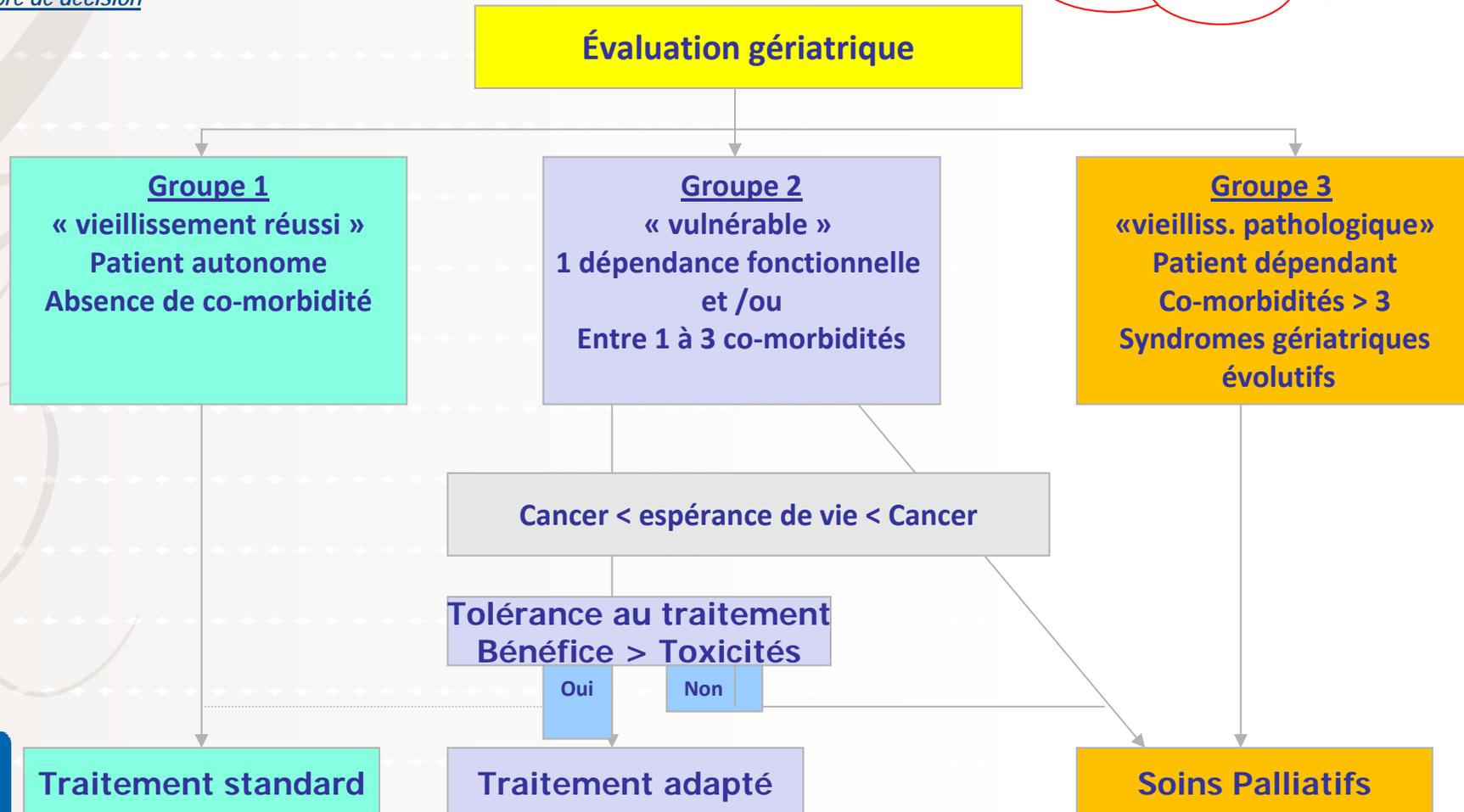
MNA :
Mini Nutritional Assessment
30 ITEMS
I – Dépistage : /14
II – Évaluation globale : /16
III – Score total : /30
➤ 24 Bon état nutritionnel
➤ 17 à 23,5 Risque de malnutrition
➤ < 17 Mauvais état nutritionnel

Guigoz, Vellas. *Facts and Research in Gerontology* 1994, suppl 2 : 15-59

Stratégie thérapeutique

arbre de décision

Mme R.
Groupe 2

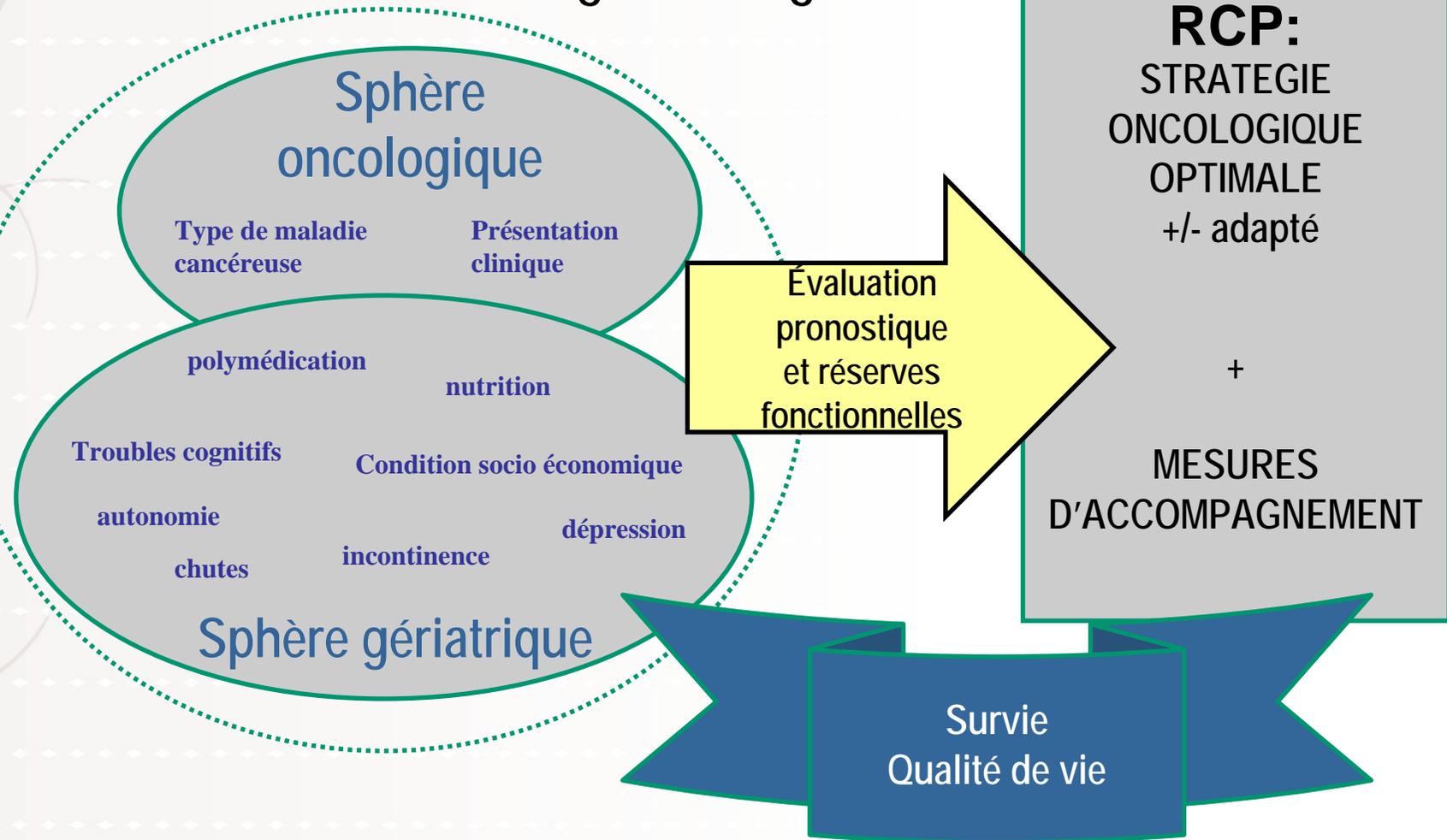


Balducci, Extermann *The Oncologist* 2000;5:224-237

L. Balducci / *Critical Reviews in Oncology/Hematology* 46 (2003) 211/220

L'onco-gériatrie : une aide à la prise en charge

= COMPETENCES de l'oncologue et du gériatre



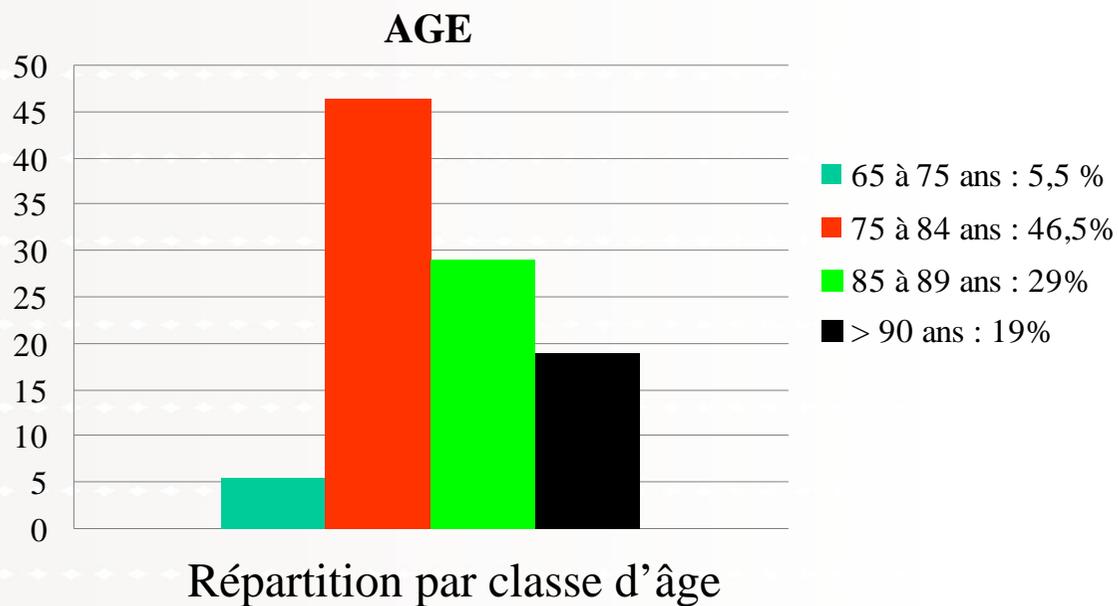


Madame R. groupe2 vulnérable-fragile

- Proposition de la RCP: Hormonothérapie par FEMARA et réévaluation dans 4 mois
- Proposition du gériatre :
 - une courte hospitalisation en HDJ pour une évaluation et une prise en charge multidisciplinaire :
 - ☐ De la dénutrition :
 - ➔ consultation diététique (gruyère+mixé+complément alimentaire)
 - ➔ Avis orthophonique sur les troubles de la déglutition (manger lentement)
 - ☐ De la perte d'autonomie :
 - ➔ Avis du neurologue sur le traitement antiparkinsonien
 - ➔ Bilan du kinésithérapeute (aide technique avec apprentissage + Kiné +++)
 - ➔ Avis de l'ergothérapeute pour améliorer la maîtrise et la qualité des activités quotidiennes
 - ☐ De l'ostéoporose dans le cadre d'une hormonothérapie par FEMARA avec consultation du stomatologue en prévision d'un traitement par biphosphonates et ostéodensitométrie (5 tassements vertébraux)
- ☐ Point social sur les aides à mettre en place à domicile avec l'assistante sociale.

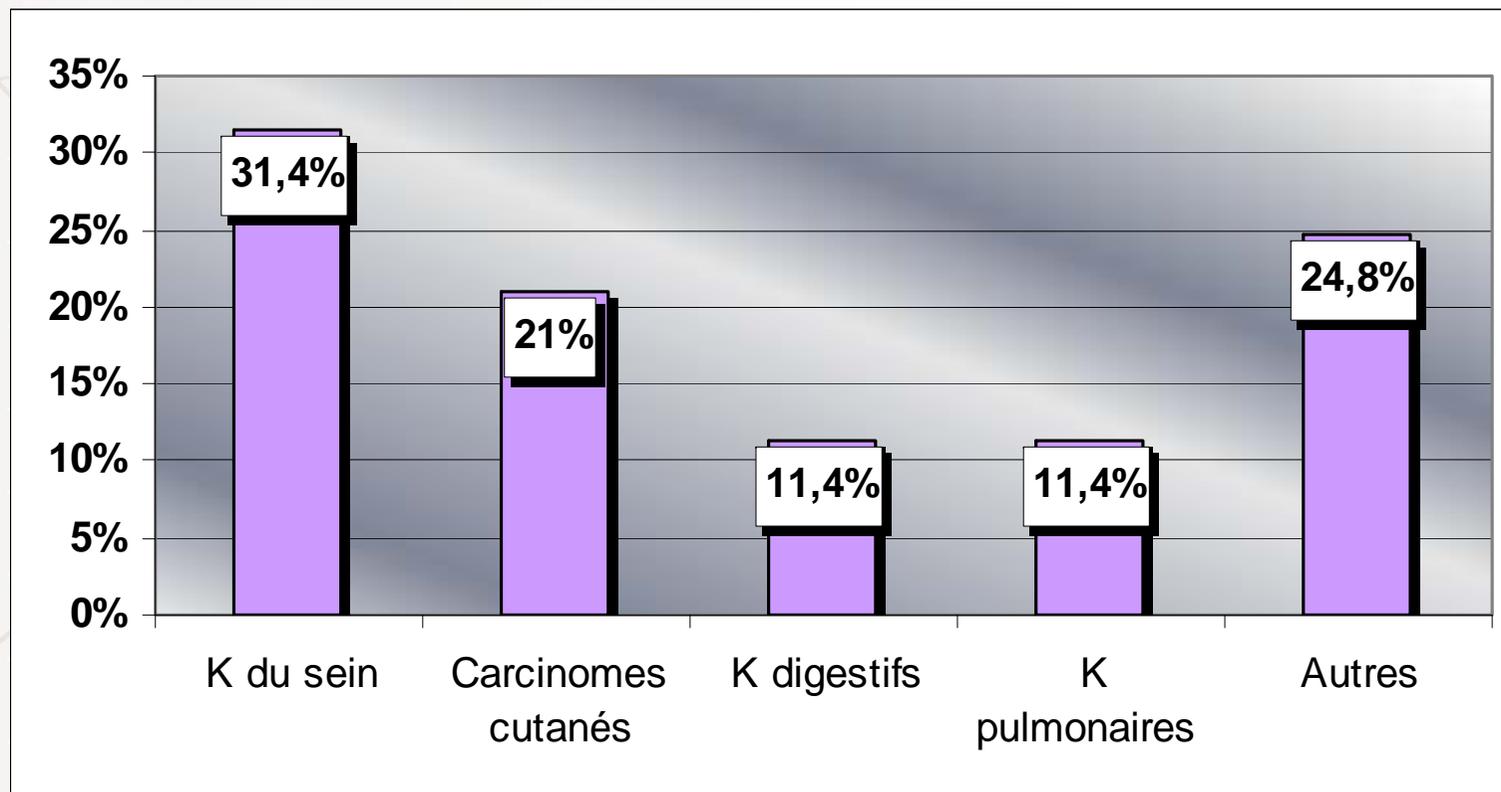
Résultats (Déc 2008 à Nov 2010)

- Nombre de patients : 105 patients (73 F et 32 H)
- Age moyen : 83,8 ans +/- 6,11 (68 à 97 ans)
- Tranche d'âge 75-84 ans : 46,5%



Résultats (Déc 2008 à Nov 2010)

Type de tumeur :



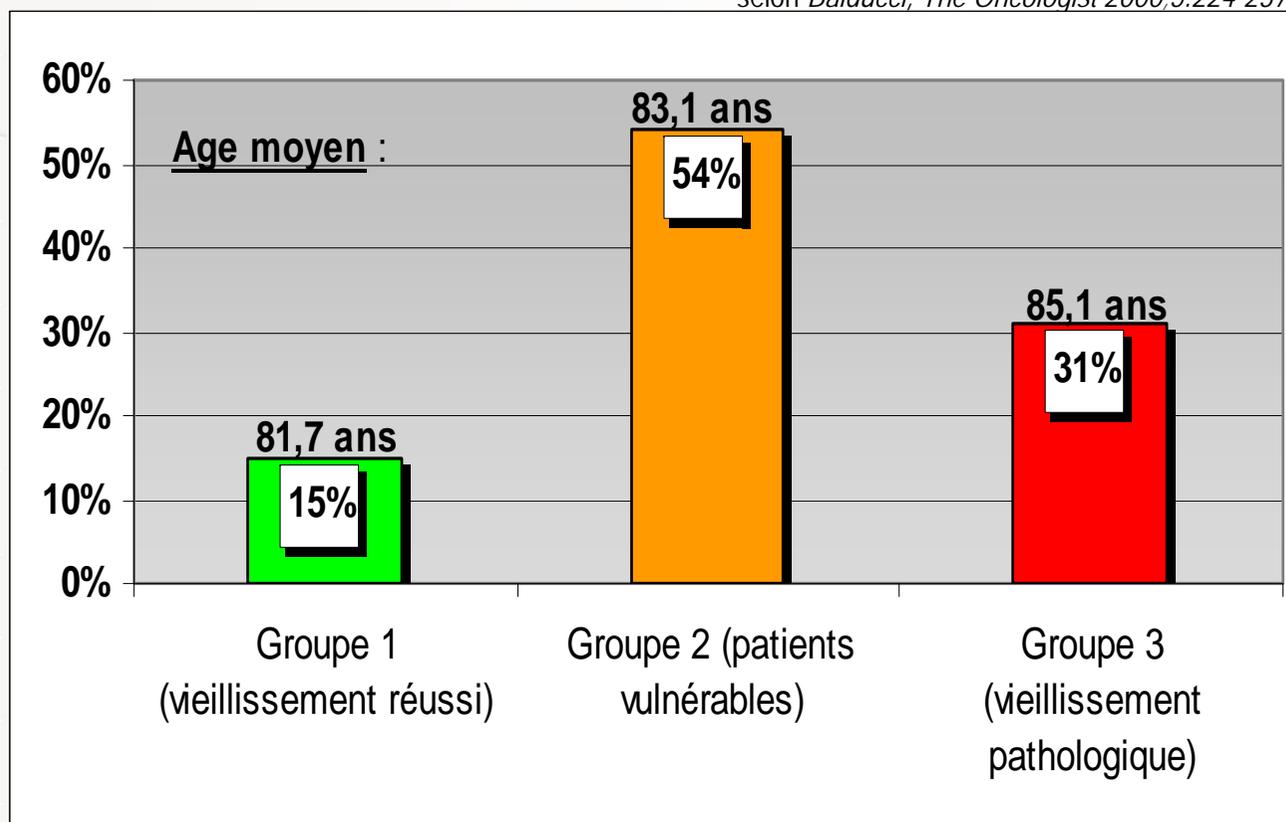
Résultats (Déc 2008 à Nov 2010)

- Autonomie :
 - Grilles ADL et IADL normales : 33% (patients autonomes)
- Comorbidités :
 - Patients sans comorbidité grave : 35,2%
 - Patients avec au moins 3 comorbidités graves : 27,6%
- Insuffisance rénale (Clairance < 30 ml/min) : 14%
- Nombre de médicaments : 6,5 (0 à 17)
- Dénutrition : 70,5%
- Etat psycho-cognitif :
 - Maladie cognitive ou suspicion : 49%
 - Syndrome dépressif : 29,5%
- Risque de chutes : 55,8%

Résultats (Déc 2008 à Nov 2010)

Classement par groupe de vieillissement

selon *Balducci, The Oncologist 2000;5:224-237*



Résultats (Déc 2008 à Nov 2010)

		Effectif total	groupe1	groupe2	groupe3	
Sexe	Homme	30,5	12,5	33,3	34,4	NS
	Femme	69,5	87,5	66,7	65,6	
Mode de vie	Domicile sans aide	31,4	50,0	38,6	9,4	NS
	Domicile avec aide	41,9	50,0	42,1	37,5	
	Institution	26,7	0,0	19,3	53,1	
Comorbidités CIRS de niveaux 3 ou 4	Absente	35,2	93,7	35,1	6,2	p<0,0001
	Présente	64,8	6,3	64,9	93,8	
ADL	>5	46,7	100,0	54,4	6,2	p<0,0001
	<5	53,3	0,0	45,6	93,8	
MMS	>24	53,5	100,0	61,8	10,7	p<0,0001
	<24	46,5	0,0	38,2	89,3	
Risque de chute	Absent	46,2	68,8	45,6	29,0	p=0,033
	Présent	55,8	31,2	54,4	71,0	
Dénutrition	Absente	29,5	62,5	24,6	21,9	NA
	Présente	70,5	37,5	75,4	78,1	

NS : Non significatif - NA : non applicable

COMMENTAIRE 1

- L'EGS est un élément de réponse parmi d'autres :
 - Pronostic lié au cancer lui-même
 - Efficacité des thérapeutiques existantes
 - Tolérance des thérapies anticancéreuses proposées
 - Résultats de l'EGS (état de santé global du patient « en dehors du cancer »)
 - Choix du patient

Balducci, The Oncologist 2000;5:224-237

COMMENTAIRE 2

- L'Oncologue prend en charge le « cancer »
- Le Gériatre fait une évaluation global de l'état de santé
 - Repérage de nombreux syndromes gériatriques ou comorbidités parfois méconnus :
 - Problèmes d'autonomie → observance? applicabilité des thérapeutiques?
 - Troubles cognitifs et/ou thymiques → observance? thérapeutiques spécifiques?
 - Dénutrition → prise en charge? interactions médicamenteuses?
 - Troubles de la marche et risque de chute → interactions médicamenteuses? ostéoporose?
 - Insuffisance rénale → adaptation des posologies? contre-indications?
 - Autres comorbidités →
 - Difficultés sociales