Onkologiepflege Schweiz
Soins en Oncologie Suisse
Cure Oncologiche Svizzera

Hôpital neuchâtelois

10ème Journée Romande : «Oncologie et Gériatrie – s'ouvrir à une nouvelle alliance »

Consultation onco-gériatrique :
une collaboration bicéphale évidente & actuelle au bénéfice du patient à l'ère des thérapies nouvelles

Dre Leila ACHTARI JEANNERET, oncologue
Dre Laure POUDENS-GAUDOUT, gériatre

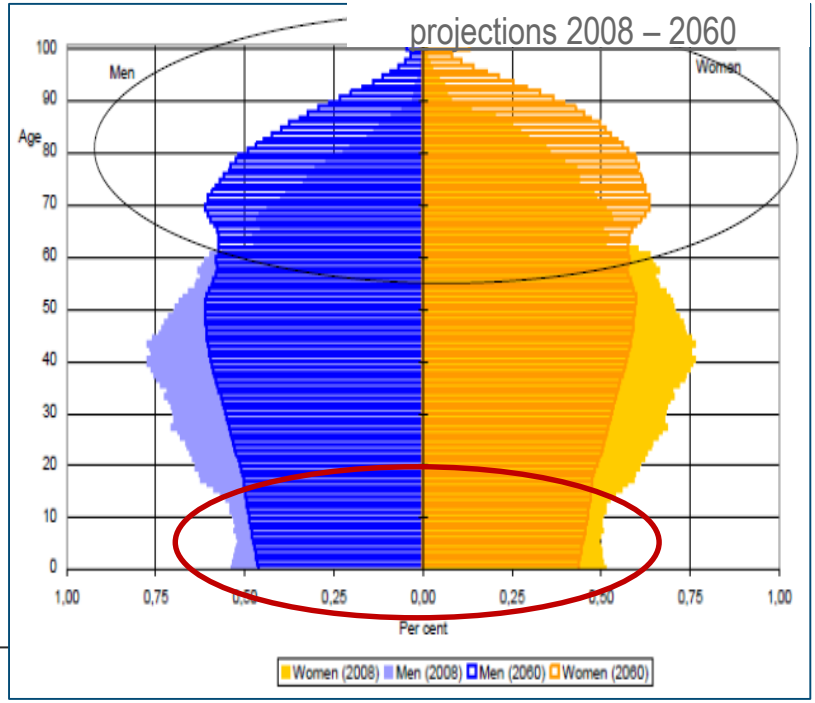
30.08.2019 Neuchâtel

La vision gériatrique

- Evidences démographiques & sanitaires
- Caractéristiques de la population âgée
- L'évaluation gériatrique dans le contexte oncologique
- La collaboration bicéphale
- Outil de screening G8

Une évidence démographique & sanitaire

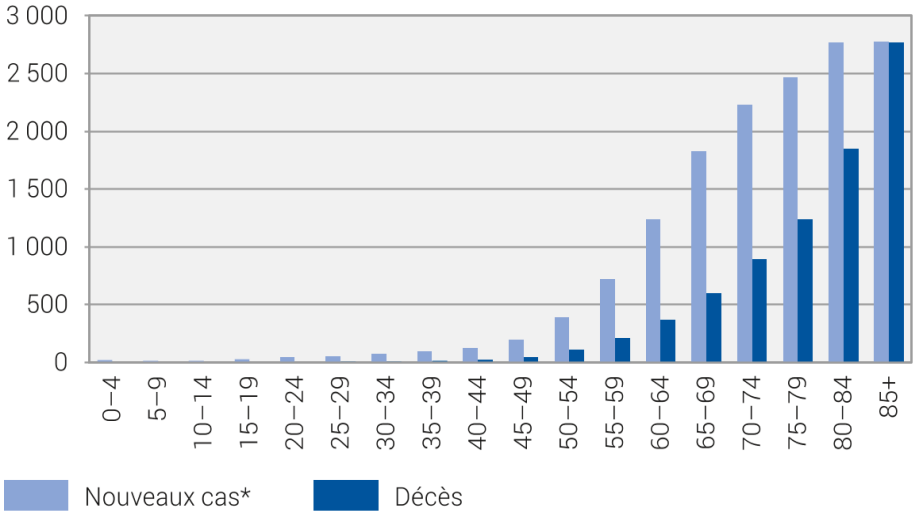
Office Fédéral de la Statistique



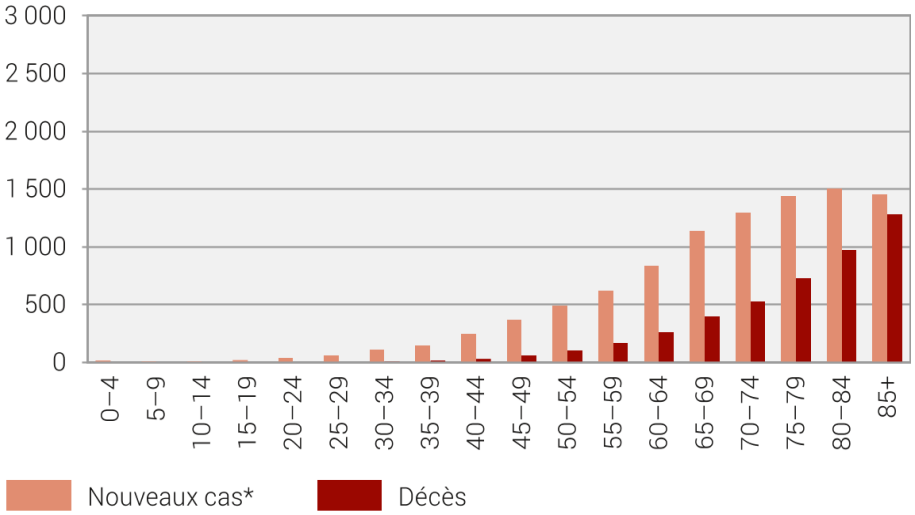
Ensemble des cancers selon l'âge, de 2011 à 2015

Taux spécifique par âge, pour 100 000 habitants

Hommes



Femmes



* nouveaux cas estimés sur la base des données des registres des tumeurs, sans les cancers non mélaniques de la peau

Sources: NICER – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS 2018

Hétérogénéité de la population âgée

Hôpital neuchâtelois

Typologie du vieillissement

Hôpital neuchâtelois

- **Le vieillissement réussi: *50% des > 65 ans***

Durée de vie > espérance de vie moyenne

Bonne adaptation aux modifications/âge

Bon niveau de qualité de vie

- **Le vieillissement usuel: *40% des > 65 ans***

Réduction+/-des capacités fonctionnelles liées à l'âge

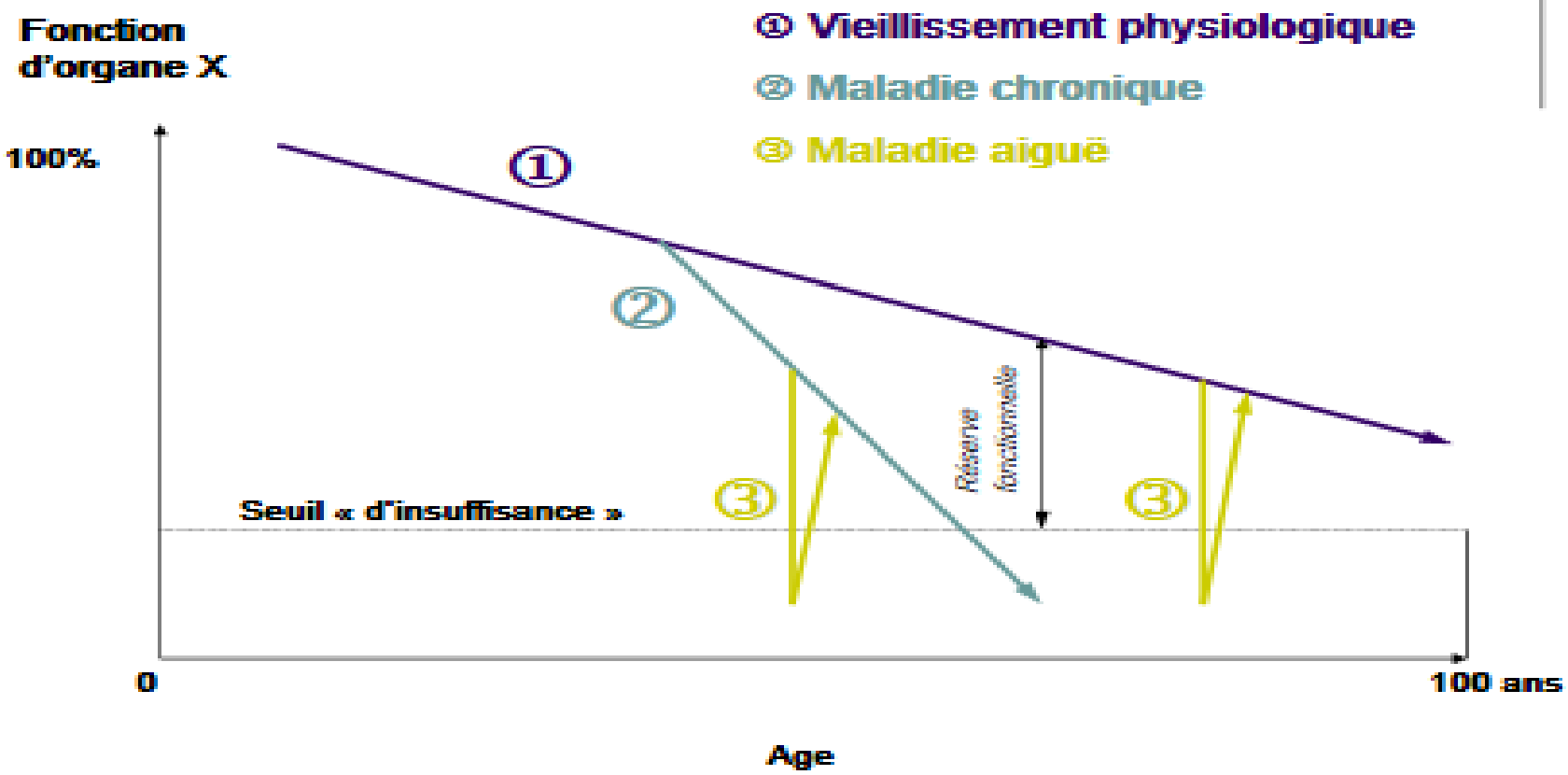
- **Le vieillissement pathologique: 10% des > 65ans**

Présence de maladies sévères,

évolutives avec état de dépendance

Le concept de J.P. Bouchon

Hôpital neuchâtelois



J.P. Bouchon, 1+2+3 ou comment tenter d'être efficace en gériatrie, Rev Prat 1984, 34:888

L'évaluation gériatrique dans le contexte oncologique

Hôpital neuchâtelois

L'enjeu principal: «primum non nocere» selon BALDUCCI

- Est-ce que ce patient va **mourir** de sa tumeur?
- Est-ce que ce patient va **souffrir** de sa tumeur ou de ses comorbidités?
- Est-ce que ce patient va **supporter un traitement spécifique** sans complications potentiellement létales?

L'évaluation gériatrique dans le contexte oncologique

Hôpital neuchâtelois

Définition: tout sauf une batterie de tests avec des scores…avoir un fil conducteur logique (standardisée ≠ automatisée), des diagnostics et propositions

Préambule: établir une relation de confiance avec le patient et expliquer le pourquoi du comment…

- *1er objectif* :

évaluer tout ce qui concerne le patient en parallèle de sa pathologie néoplasique et **savoir ce que le patient sait de son problème de santé actuel**

- *2ème objectif :*

avoir des **critères objectifs pour une prise de décision adaptée** et pour ne pas s'arrêter à l'âge (chronologique ≠ biologique)…et prendre en compte **l'avis du patient**

Les domaines de l'évaluation globale gériatrique & gérontologique

Hôpital neuchâtelois

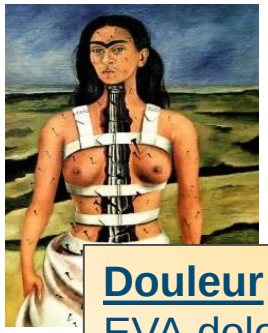
Projet de vie & de soins

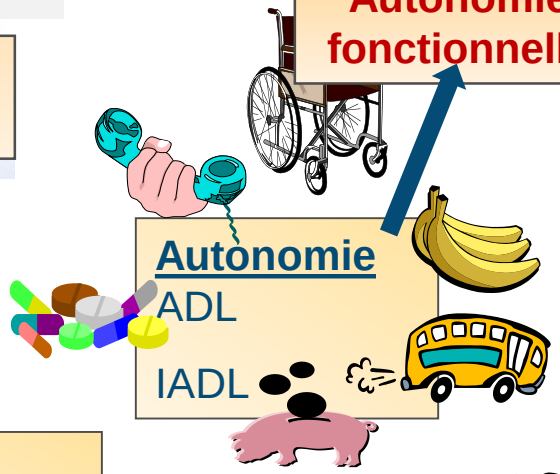
Autonomie fonctionnelle

Co morbidités +++

Iatrogénie Médicamenteuse

Nutrition
MNA





Autonomie
ADL

IADL

Troubles de la marche et de l'équilibre

Station unipodale

Get up&go test

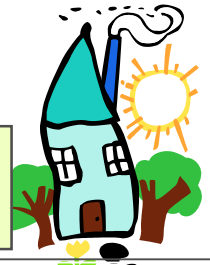
Douleur
EVA,doloplus
DN4

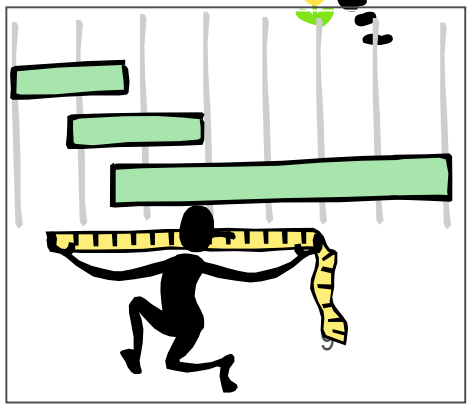
ECA

Troubles neuro cognitifs
MMS, 5MdD
Horloge…

Capacité de discernement

Habitudes de vie





Déficits neurosensoriels

Troubles de l'humeur
GDS,
Hamilton …

Autonomie décisionnelle

Représentant Ttt

L'évaluation onco gériatrique

Hôpital neuchâtelois

- Fragilités de **FRIED**: **force de préhension**, **vitesse de marche**, activité physique altérée, perte de poids, épuisement
- Estimation de **l'espérance de vie** sans cancer /**l'INSEE ou E-prognosis**
- Echelle de **sévérité des comorbidités:** index de **CHARLSON** /**risque opératoire**
- Score de **HURIA** : évaluation du risque de **toxicité grade 3 à 5 lors d'une chimiothérapie ou CRASH score**

… et bien d'autres encore : le principe étant de ne pas faire tous les scores mais d'en **faire une sélection selon thérapies envisagées**

L'évaluation onco gériatrique

Hôpital neuchâtelois

- **Les critères biologiques:** Hb VGM ferritine coefficient saturation transferrine, taux lymphocytes, clairance de la créatinine Cockroft, albuminémie couplée à la CRP
- Evaluation **Qualité de vie**

- **Classification BALDUCCI :** gold standard oui mais

B1 robuste	B2 vulnérable	B3 fragile	B4
Ttt idem patient jeune	Adaptation « poso »	Soins de support	Soins palliatifs

- **Avis du patient+++ +/- représentant thérapeutique**
- Directives anticipées
- Avis du gériatre et propositions

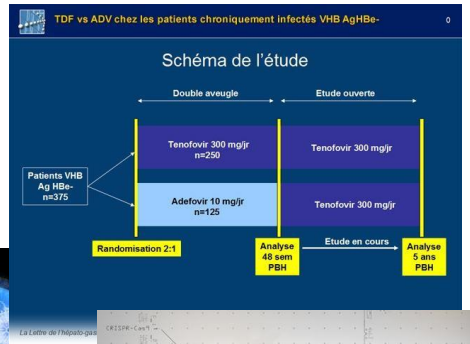
Problématiques en pratique quotidienne

Hôpital neuchâtelois

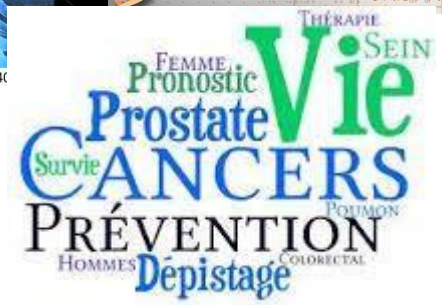
- L'EGS est très chronophage (en moyenne 1 heure 30 min)
- La population âgée qui présente un cancer est en augmentation exponentielle
- Il n'y a pas assez de gériatres et de gériatres formés
- Tous les patients âgés ne peuvent pas être vus par un gériatre
- L'oncogériatre n'existe pas, l'oncogériatrie «n'est pas l'affaire» d'une personne

Une collaboration bicéphale…

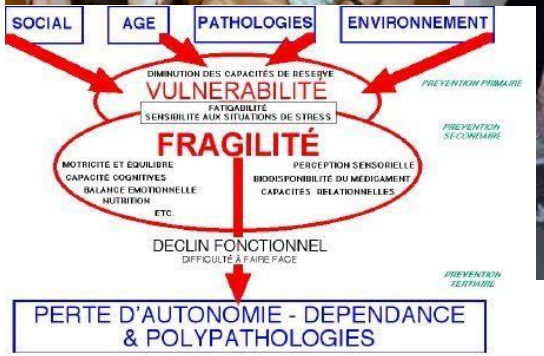
Hôpital neuchâtelois



© Can Stock Photo - csp1464



L' « evidence based medecine »



Manque d'essais cliniques chez les P.A.

Reconnaissance récente de la gériatrie en tant que spécialité médicale

… pour une complémentarité indispensable

Problématiques en pratique quotidienne

Hôpital neuchâtelois

- Comment sélectionner les patients âgés ayant un cancer et nécessitant une évaluation onco gériatrique?

- Score de screening G8 issu de l'étude oncodage, validé

- Seuil ≤ 14 /17 → avis gériatrique

P. Soubeyran et al., Validation of the G8 screening tool in geriatric oncology: The ONCODAGE project.
J Clin Oncol 29: 2011

Items	Score
Le patient présente-t-il une **perte d'appétit** ? A-t-il mangé moins ces 3 derniers mois par manque d'appétit, du fait de problèmes digestifs, de difficultés de mastication ou de déglutition ?	0 : anorexie sévère **1 : anorexie modérée** 2 : pas d'anorexie
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
Motricité	0 : Du lit au fauteuil 1 : Autonome à l'intérieur **2 : sort du domicile**
Problèmes neuro-psychologiques	0 : démence ou dépression sévère 1 : démence ou dépression modérée **2 : pas de problème psychologique**
Indice de masse corporelle (IMC)	0 : IMC < 18,5 1 : IMC = 18,5 à IMC < 21 2 : IMC = 21 à IMC < 23 **3 : IMC = 23 et > 23**
Prend plus de 3 **médicaments**	0 : oui **1 : non**
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
Age	0 : >85 1 : 80-85 **2 : <80**
SCORE TOTAL	0 – 17 si ≤ 14 → avis gériatrique

SCORE G8

Hôpital neuchâtelois

AVANTAGES

Outil de screening indispensable

LIMITES

Forte sensibilité > 80%
Mais
spécificité intermédiaire < 60%

Travaux en cours pour améliorer spécificité : vers un score G6 ou autre optimisation ?

En pratique :
le gériatre doit connaître quel est le questionnement posé par l'oncologue et/ou spécialiste d'organe

Hôpital neuchâtelois

Vignette clinique : Mr P. 82 ans

Il s'agit d'un homme de 82 ans qui consulte pour une toux persistante, pour laquelle le médecin traitant a prescrit à 2 reprises en 2 mois une antibiothérapie sans succès, la radiographie thoracique révèle une opacité suspecte du lobe supérieur gauche.

Monsieur P. 82 ans

Hôpital neuchâtelois

- **Environnement socio-familial:**
  - **veuf**
  - 2 enfants dont une fille habitant à 300 mètres

- Tabagisme actif : 70 UPA arrêt il y a 7ans

- Pas d'exposition professionnelle ancien horloger

- **Comorbidités:**
  - Hypertension artérielle bien contrôlée (120/80)
  - Diabète mélitus non Insulinodépendant

- **Traitements**
  - Irbésartan 150mg/j
  - Metformine 850 mg x 2/j

Monsieur P. 82 ans

Hôpital neuchâtelois

Une bronchoscopie est réalisée.
Les prélèvements montrent un **adénocarcinome bronchique, sans mutation, PDL1 1%**

Le CT thoracique met en évidence une tumeur du lobe supérieur gauche avec adénopathie pré-trachéale et inter-trachéo-bronchique

Au PET CT , il existe un nodule hépatique du segment VI et une lésion osseuse au niveau de la vertèbre L3, confirmée par une **IRM du rachis**

Au total : **adénocarcinome non muté de stade IV**
Score G8 = 14 → avis oncogériatrique

indication de chimiothérapie + immunothérapie ou chimiothérapie seule

Monsieur P. 82 ans

Hôpital neuchâtelois

Evaluation gériatrique standardisée

Dénutrition protéino énergétique modérée: perte de 3kgs, IMC= 24 , dégout de la viande

Score MNA= 23.5 , albuminémie= 33g/l préalbuminémie= 0,19

- pas de sarcopénie, (penser aux troubles du transit, mycose buccale+/- associés) **amaigrissement de 3 kg en 3 mois**, IMC = 24
- mise en place d'un programme nutritionnel avec apports hypercaloriques et hyperprotéinés (par enrichissements en calories et protéines alimentation habituelle; refus des CNO par patient)

Pas de trouble de la marche mais risque fracturaire

- pas d'ATCD de chute ni de fracture
- bonne vitesse de marche, pas de déficit neuro focalisé , pas de trouble d'équilibre

  Test de station unipodale normal; Get up and go test réussi parfaitement
- biologie: calcémie , phosphorémie normales et vitamine D effondrée
- Au total: risque fracturaire sur méta vertébrale , recharge en vitamine D , discussion indication biphophonates ou cimentoplastie?

Monsieur P. 82 ans

Hôpital neuchâtelois

Evaluation gériatrique standardisée

Pas de plainte algique mais douleur déclanchée à la percussion du rachis

Discuter ttt par biphosphonates ou radiothérapie localisée

Iatrogénie médicamenteuse:

Fonction rénale conservée avec clairance créat = 80ml/min selon Cockroft

Pas d'anémie: Hb= 140 g/l

Penser à arrêter la METFORMINE 48H avant et après tout examen avec injection +++

Fonctions cognitives préservées (MMS, test horloge, test des 5 mots de Dubois) chez ce patient ancien ingénieur, déficits neuro sensoriels compensés (verres correcteurs et sonotones)

- autonomie décisionnelle conservée

Pas de signe de dépression, ni de démotivation (score GDS= 7)

- humeur conservée

Monsieur P. 82 ans

Hôpital neuchâtelois

Evaluation des comorbidités:

- HTA suivi cardio annuel, dernier US cardiaque il y a 3 mois: pas d'ICS ni ICD , tensiomètre à domicile!
- DNID sans suivi par diabéto: cs° ophtalmo+ US MI et TSAo demandés + bilan lipidique

UN DIABETIQUE QUI A UN CANCER EST A SUIVRE COMME L'HUILE SUR LE FEU

Evaluation gérontologique

Patient autonome pour les activités de la vie courante (ADL), et pour les activités instrumentales (IADL), en effet il gère son budget, conduit encore sa voiture, et assure pleinement ses prises de médicaments et utilise bien son natel

- Autonomie fonctionnelle conservée

Au niveau situationnel, le patient habite une maison individuelle de plain pied, proche des commerces, une de ses filles habite à 300 mètres, une femme de ménage 2h par semaine

- pas d'isolement social, si asthénie pendant intercure possibilité d'aller chez sa fille

Monsieur P. 82 ans

Hôpital neuchâtelois

Scores oncogériatriques

- Fragilités de FRIED: perte de poids, force de préhension, vitesse de marche et activité physique conservées
- Espérance de vie sans cancer: 6 ans
- Score de Lee = 10 soit 42% de risque de décès à 4 ans (autoquestionnaire)
- Score de HURIA = 4 soit 32% de risque de toxicité grade 3-5
- BALDUCCI B2 vulnérable qui pourra après correction de la dénutrition « remonter » à B1 : dénutrition + en lien avec cancer

Monsieur P. 82 ans

Hôpital neuchâtelois

Tumorboard onco thoracique

Proposition d'un traitement combiné immunothérapie +chimiothérapie

Pour les cancers non-épidermoides

le choix carboplatin/ alimta+pembrolizumab semble plus judicieux car il semble offrir le profil le moins toxique

Le pembrolizumab nécessite un accord de la caisse maladie

Monsieur P. 82 ans

Hôpital neuchâtelois

Effets secondaires attendus & mesures préventives mises en place :

- Cutanés
- Digestifs
- Endocriniens
- Pulmonaires

PENSER A L'ETAT CONFUSIONNEL AIGU ++++

Monsieur P. 82 ans

Hôpital neuchâtelois

Avis du patient :

acceptation de la bithérapie

Monsieur P. 82 ans

Hôpital neuchâtelois

Un traitement par Carboplatine/alimta-Pemetrexed est instauré.

Après 3 cycles un bilan scannographique est réalisé mettant en évidence une réponse partielle très significative

Le patient bénéficie d'un 4ème cycle puis d'une maintenance par Alimta-pembrolizumab pendant 7 cycles

Après ces 7 cycles le traitement est stoppé du fait d'une toxicité digestive de l'immunothérapie stade 3 avec diarrhées.

- **Traitement par corticothérapie**
- **Le patient « confus» souhaite arrêter le traitement**

Monsieur P. 82 ans

Hôpital neuchâtelois

Après appel téléphonique entre oncologue et gériatre, proposition au patient d'un séjour en CTR

Après accord de la caisse maladie

Hospitalisation en CTR gériatrique car état confusionnel aigu et pour programme de renutrition

et séances de physio et ergo

pour rétablir l'autonomie antérieure

Monsieur P. 82 ans

Hôpital neuchâtelois

Après 15 jours de CTR le patient retourne à domicile

- Il a bénéficié d'une alimentation par voie entérale et a repris 5kgs, il a récupéré son appétit et sort avec un SNO par jour et suivi par la diététicienne en consultation ambulatoire
- Il marche seul sans moyen auxiliaire
- Il a récupéré son état cognitif antérieur

Monsieur P. 82 ans

Hôpital neuchâtelois

Rechute métastatique foie et os

8 mois plus tard le patient rechute avec apparition de métastases hépatiques et osseuses multiples.

Le patient présente une perte de 5 kg et un PS à 2

Les métastases osseuses sont douloureuses et nécessitent un traitement par OXYCONTIN 20mg matin et soir

Un nouvel avis gériatrique est demandé

Evaluation gériatrique de suivi

Hôpital neuchâtelois

Ciblée sur les points d'appel

1. Évaluation douleur devenue globale physique et psychique

- répercussion sur les activités de la vie quotidienne avec épisodes de somnolence et troubles du sommeil par pics douloureux nocturnes
Rotation opioïdes par morphine MST et morphine rapide en réserve

- douleur prédominante en L3, pas de recul du mur postérieur → discussion radiothérapie ciblée sur cette localisation

- Syndrome anxio-dépressif avec retentissement sur alimentation et sommeil : mise en place soutien par IDE psychologue du CNP+ ttt par antidépresseur

Evaluation gériatrique de suivi

Hôpital neuchâtelois

2. diabète insulinorequérant:

- introduction INSULINE et passage IDE avec carnet de suivi

3. Dénutrition protéino énergétique modérée :

- Livraisons à domicile des repas + CNO acceptés par patient
- prévention constipation par laxatif / morphinique

4. Risque de chute et risque fracturaire :

- Limitation de la marche par douleur
- risque de chute par somnolence / morphinique et troubles du sommeil / dépression

Monsieur P. 82 ans

Hôpital neuchâtelois

Le patient a bénéficié d'une
radiothérapie ciblée sur la localisation hyperalgique

Le patient soulagé et reprend de l'appétit et donc du poids

Il revoit l'oncologue pour envisager une reprise de traitement:

Reprise pemetrexed vu les résultats de la 1 ère ligne

2ème ligne par gemcitabine, navelbine, erlotinib

TAKE HOME MESSAGE

Hôpital neuchâtelois

- L'évaluation oncogériatrique n'est pas du soin de support
- Collaboration évidente entre oncologues et/ou spécialistes d'organes et gériatres et médecins de famille +++
- Nécessité d'une **réactivité par rapport aux «red flag»**
- Nécessité d'un suivi ciblé
- Prendre en compte l'avis du patient
- Garder à l'esprit la notion de qualité de vie du patient

Hôpital neuchâtelois

Merci !

laure.poudens@h-ne.ch
leila.achtari-jeanneret@h-ne.ch