

# Oncogériatrie

Elisabeth CASTEL-KREMER

Gériatre

Hôpital E.Herriot CHU Lyon

UE 2.9 « processus tumoraux »

08/09/2014



# PLAN

- 1. Oncogériatrie : historique et définitions
- 2. Age, facteur de risque de cancer
- 3. Rappels d'épidémiologie  
Population âgée, prévalences chez les personnes âgées
- 4. Spécificités de la prise en charge oncogériatrique,
- 5. Objectifs des traitements
- 6. Evaluation gériatrique multidimensionnelle et G8
- 7. Démarche thérapeutique
- 8. Synthèse : IDE en Oncogériatrie
- 9. Références, bibliographie, ressources, liens internet

E.Castel-Kremer- Gériatre - 08/09/2014



# 1- L' ONCOGERIATRIE

## Définition selon l'INCa

C'est une prise en charge adaptée à la personne âgée atteinte de cancer, éventuellement atteinte de déficits fonctionnels ou de pathologies importantes. Ces situations nécessitent une adaptation des traitements et la mise en œuvre de soins particuliers aux personnes âgées.

## Dans la pratique

C'est une collaboration entre oncologues et gériatres qui associent leurs expertises pour soigner au mieux les personnes âgées atteintes de cancer

E.Castel-Kremer- Gériatre - 08/09/2014



# L' ONCOGERIATRIE : Organisation Nationale

## 1° plan Cancer 2003-2008

En 2005 l'institut national du cancer (l'INCA) finance 15 unités pilotes d'Oncogériatrie (UPCOG)

Collaboration d'oncologues et de gériatres

## 2° plan Cancer 2009-2013

En 2011 financement de 11 unités de coordination d'Oncogériatrie (UCOG)

## 3° plan Cancer 2014-2019

- Objectif de continuité et de globalité de parcours de prise en charge,
- Intégration des professionnels de ville, actions de coordination ( 3C, IDE de coordination) dans le cadre des réseaux territoriaux mis en place dans les plans précédents

En Rhone- Alpes : 3 UCOG Lyon, Grenoble et St Etienne

E.Castel-Kremer- Gériatre- 08/09/2014



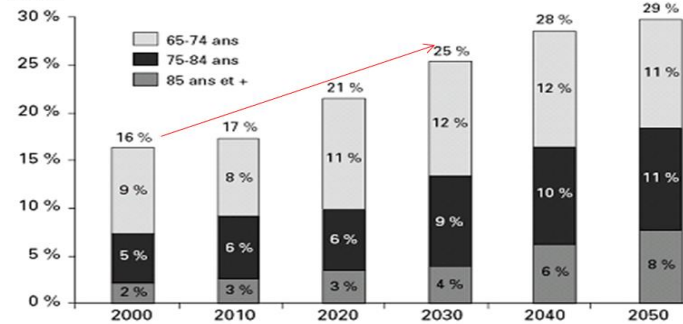
## 2- RAPPELS EPIDEMIOLOGIQUES

### Augmentation du nombre de PA + 65 ans

16% en 2006

25% en 2030

Projection de la part des personnes de plus de 65 ans dans la population totale



**Des personnes âgées de plus en plus nombreuses**

Entre 2000 et 2050

Nombre de + 75 ans multiplié par 3

Nombre de +85 ans multiplié par 4

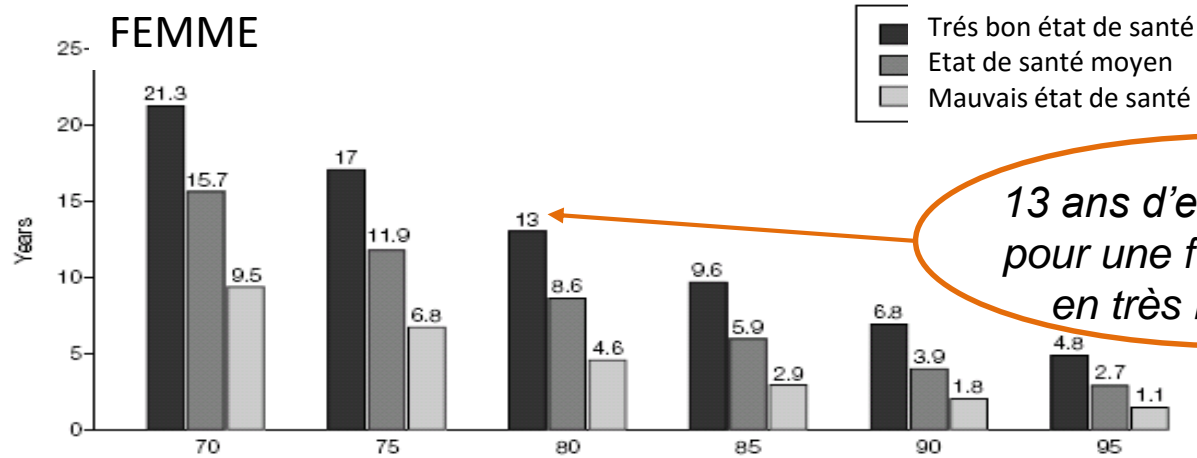
9000 centenaires en 2050!

E.Castel-Kremer - Gériatre - 08/09/2014

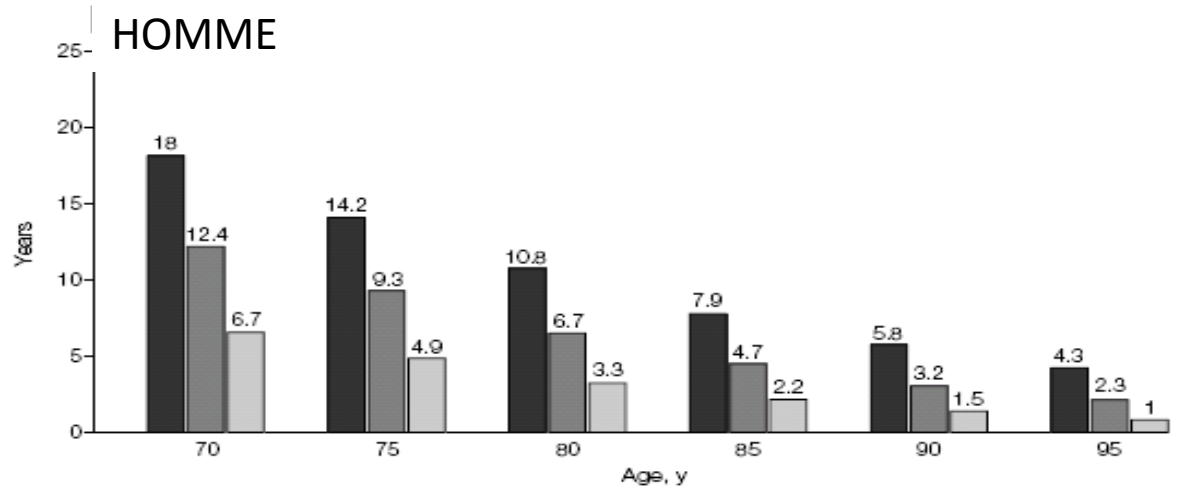


# Espérance de vie en fonction de l'âge et de l'état de santé

LC WALTER JAMA 2001



*13 ans d'espérance de vie pour une femme de 80 ans en très bonne santé!*



E.Castel-Kremer- Gériatre 08/09/2014



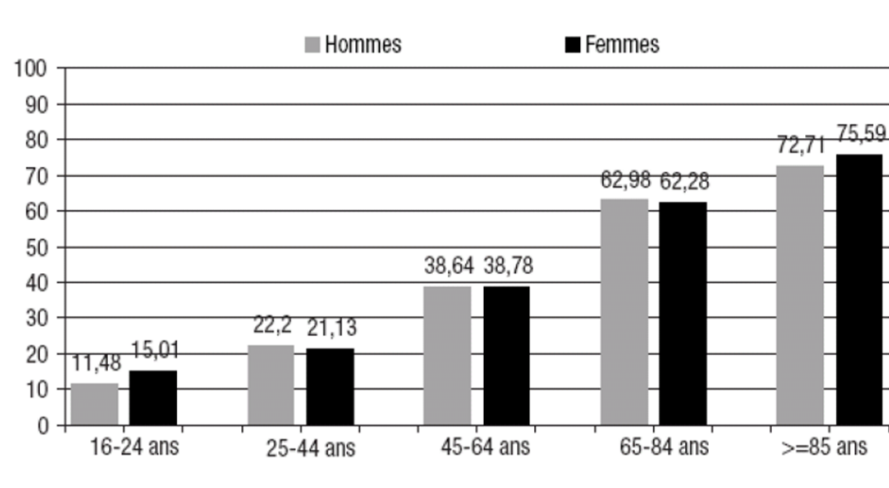
# Impact des comorbidités sur la survie

## Comorbidités nombreuses

Entre 65 et 84 ans : 63% ont au moins une maladie chronique

Déclaration de maladie chronique selon l'âge

*INSEE 2005 : France métropolitaine population adulte*



46 % des patient atteints de cancer ont une HTA, 15% un diabète...



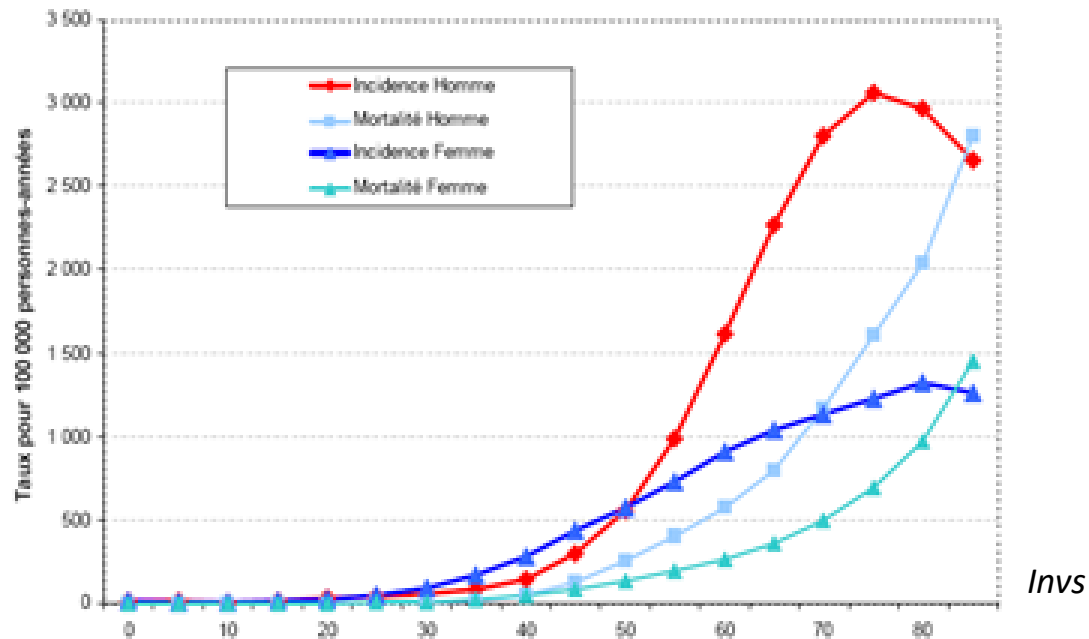
# 3- AGE, FACTEUR DE RISQUE DE CANCER

Le cancer est une **maladie du sujet âgé**

Plus d'1/3 des cancers surviennent chez des patients de plus de 75 ans

1° cause de mortalité entre 65 et 80 ans

Incidence et mortalité estimées en fonction de l'âge



*Invs*

E.Castel-Kremer- Gériatre - 08/09/2014





## 4- SPECIFICITES de la maladie cancéreuse dans une population âgée

### RETARD du DIAGNOSTIC

- Limite d'âge du dépistage de masse  
exemple cancer du sein jusqu' à 74 ans
- Négligence de signes cliniques : anémie, amaigrissement, douleurs...
- Moindre accès aux spécialistes, aux examens complémentaires
- Idées fausses : le cancer est moins grave avec un âge avancé
- Entourage fataliste « Ne pas l'embêter »



**PRONOSTIC DEFAVORABLE**

E.Castel-Kremer- Gériatre- 08/09/2014



## 5. OBJECTIFS des TRAITEMENTS

Objectifs : Survie ?

Maintien de la Qualité de vie?

Risques de **SUR-TRAITEMENT**  $\Leftrightarrow$  toxicité , perte d'autonomie

**SOUS-TRAITEMENT**  $\Leftrightarrow$  perte de chance



E.Castel-Kremer- gériatre - 08/09/2014



# Réflexions préalables au traitement en Oncogériatrie

## Analyse BENEFACTE / RISQUE

D' une population hétérogène ++



Repérer les personnes fragiles  
qui nécessiteront une Evaluation de leurs réserves  
pour faire face à cette maladie

E.Castel-Kremer- Gériatre - 08/09/2014



## 6- EVALUATION GERIATRIQUE MULTIDIMENSIONNELLE (EGM)

### Score G8

Pour repérer les personnes âgées atteintes de cancer qui nécessitent une EGM

Si  $\leq 14$

=> Evaluation Gériatrique

Si  $> 14$

=> Traitement standard

	Items	Réponses possibles (score)
<b>A</b>	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>B</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 kgs
		3 : pas de perte de poids
<b>C</b>	Motricité.	0 : Du lit au fauteuil
		1 : Autonome à l'intérieur
		2 : sort du domicile
<b>E</b>	Problèmes neuro-psychologiques	0 : démence ou dépression sévère
		1 : démence ou dépression modérée
		2 : pas de problème psychologique
<b>F</b>	Indice de masse corporelle	0 : IMC < 19
		1 : IMC = 19 à IMC < 21
		2 : IMC = 21 à IMC < 23
		3 : IMC = 23 et > 23
<b>H</b>	Prend plus de 3 médicaments	0 : oui
		1 : non
<b>P</b>	Le patient se sent-il en meilleur 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
<b>SCORE TOTAL</b>		<b>0 - 17</b>



# L'EVALUATION GERIATRIQUE multidimensionnelle

C'est au minimum

- Evaluation sociale: - Lieu de vie domicile, foyer, EHPAD,  
- entourage, aides professionnelles ou autres
- Dépendance pour les activités de la vie quotidienne (*ADL-IADL*)
- Nombre de médicaments
- Co-morbidités selon leur gravité (*Cumulative illness rating score*)
- Nutrition (*mini Nutritionnal assesment*)
- Fonction cognitives (*mini Mental status de Folstein*)
- Locomotion (*test get up and go*)
- Etat thymique (*Geriatric depression scale*)
- Etat sensoriel

Nom de l'intervenant - Fonction - 08/09/2014



# L'EVALUATION GERIATRIQUE (suite)

- **La Dépendance**

C'est avoir besoin d'aide pour les actes de la vie courante : se laver, s'habiller, prendre ses repas, se déplacer, aller aux toilettes.

En 2005 (*selon l'insee*) avant 75 ans : 2,2 % sont dépendants

de 75 à 84 ans : 7,1%

après 85 ans : 26,3 %

Elle augmente les complications, aggrave le pronostic.

- **Troubles locomoteurs**

> 65 ans 1 personne sur 3 chute dans l'année

> 85 ans 1 personne sur 2 chute dans l'année

Le ralentissement de la marche (<1m/sec) augmente la morbi-mortalité

E.Castel-Kremer- Gériatre - 08/09/2014



# L'EVALUATION GERIATRIQUE (suite)

- **Déficit cognitif**

Incidence de **10% chez les plus de 75 ans.**

⇒ hospitalisations prolongées, impacte la survie (risque de décès x2)

- **Dénutrition**

Fréquente 5% à domicile, 20 à 70% en institution.

Critères définis pas l'HAS

Causes multiples : isolement, dépression, patho.bucco-dentaires, médicaments....

Conséquences graves : Fonte musculaire et chutes, infections, perte d'autonomie...

**facteurs indépendant de morbidité et de mortalité au cours du cancer.**

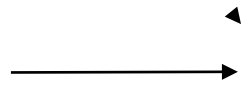


# 7-DEMARCHE THERAPEUTIQUE

## Classification de Balducci et Extermann

### **Groupe 1**

pas de dépendance ni de  
comorbidité



Traitement **standard**

### **Groupe 2**

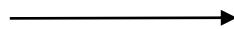
Comorbidité modérée  
Risque de dépendance



Traitement **adapté**

### **Groupe 3**

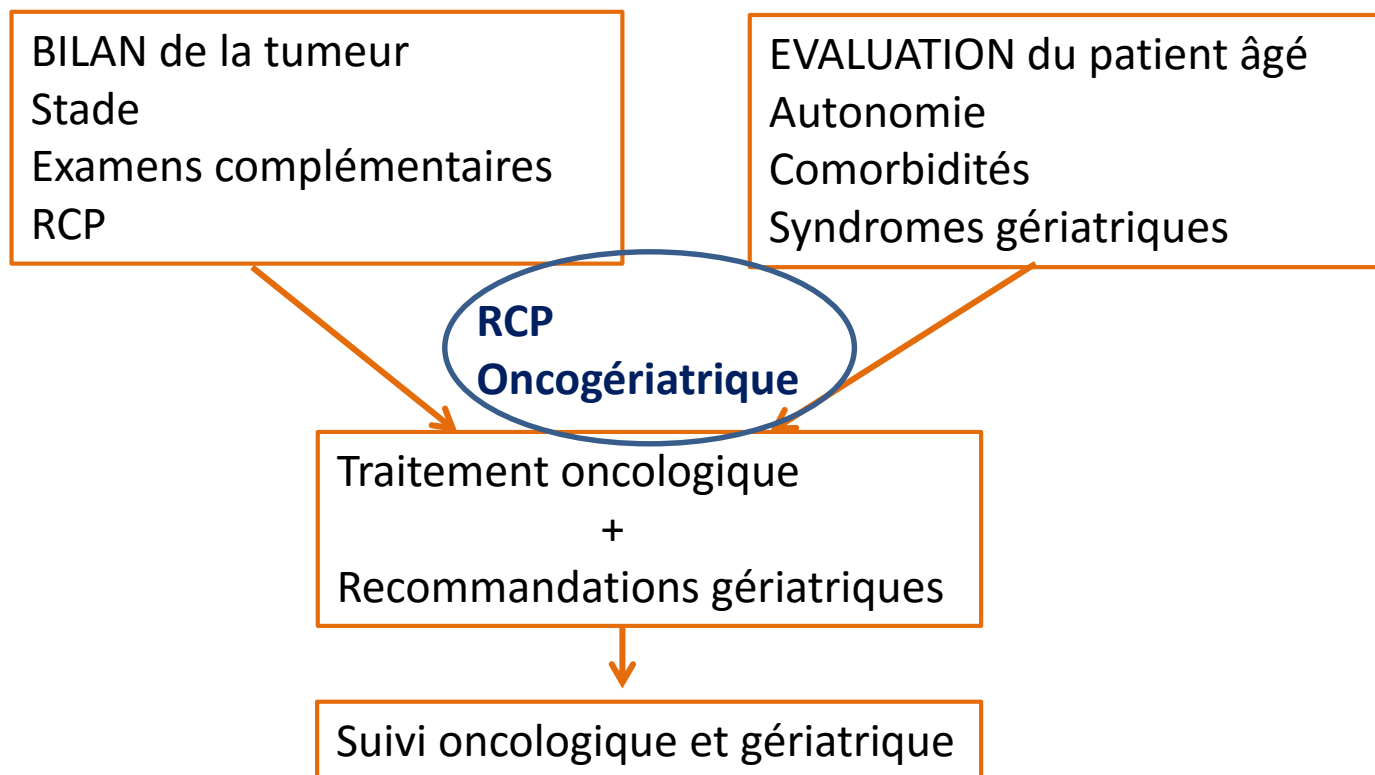
Dépendance installée  
Comorbidité importante



Soins **palliatifs**



# PLAN PERSONNALISE DE SOINS



-E.Castel-Kremer- Gériatre 08/09/2014



## 8- IDE en Oncogériatrie = un nouveau métier

**Rôle d'évaluation :** utilisation des outils validés  
auprès du patient  
auprès de son entourage familial

**Rôle de coordination** entre les différents acteurs  
Hospitaliers = travail interdisciplinaire  
Extrahospitaliers : réseaux médicaux et sociaux

**Rôle de suivi** Du patient dans son parcours de soin  
Des recommandations gériatriques  
Des soins de support

**Rôles de formation et de recherche**

E.Castel-Kremer- Gériatre - 08/09/2014

# REFERENCES, BIBLIOGRAPHIE, LIENS INTERNET

---

- Etats des lieux et perspectives en Oncogériatrie

2009 Inca [www.e-cancer.fr](http://www.e-cancer.fr)

-Traitement des tumeurs du sujet âgé

Michel Héry éd, Masson 2003

- *Geriatric Oncology*

L. Balducci *Critical Reviews in Oncology/hematology* 2003

- Société internationale d'Oncogériatrie (SIOG) [www.siog.org](http://www.siog.org)

- Société Francophone d'OncoGériatrie (SoFOG) [www.sofog.org](http://www.sofog.org)

Nom de l'intervenant - Fonction - 08/09/2014