

Evaluation onco-gériatrique



Stéphane PÉRIN – Gériatre
Damien PARENT – Pharmacien

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 2010 : 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)
- Plans Cancer (2003/2009/2014-2018)
- INCa (2005 mission oncogériatrie / UPCOG)
- Unicancer (Copil Gerico)
- Congrès (EPOG, MAO...)
- Revue (JOG, début 2010)

Oncogériatrie

L'oncogériatrie devient un domaine visible au niveau aussi bien national qu'international.

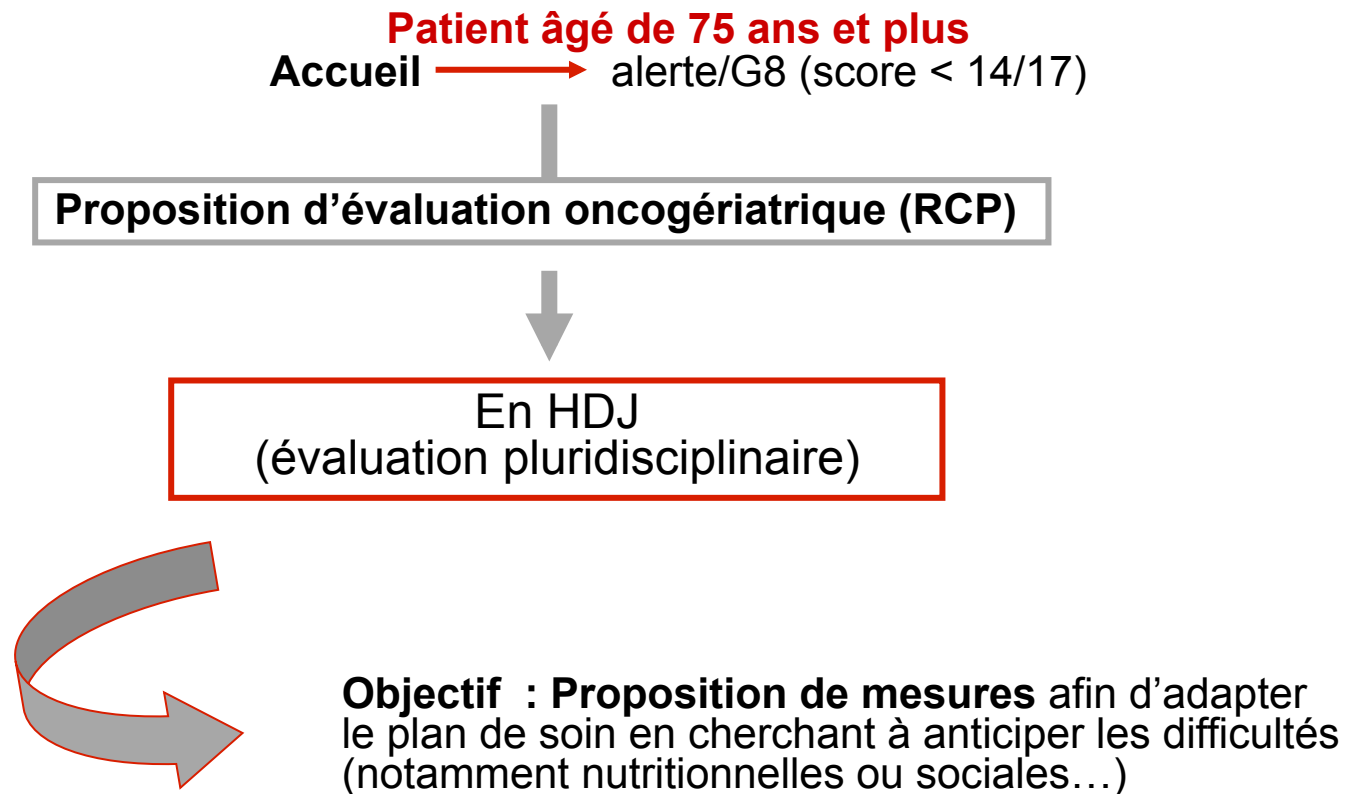
L'originalité du modèle français tient à :

1 - l'interdisciplinarité entre oncérologues 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



Principe de l'évaluation gériatrique

En consultation multidisciplinaire, réalisation d'une évaluation standardisée :

- IDE : accueil, mode de vie, traitement en cours, paramètres, tests gériatriques (ADL, IADL, MMS, GDS...)
- Diététicienne : évaluation calorique, MNA, conseils
- Assistante sociale : premier contact, conseils, demande SSR
- Pharmacien : analyse de l'ordonnance et diagnostic éducatif
- Gériatre : antécédents, examen clinique, synthèse
- Oncologue

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

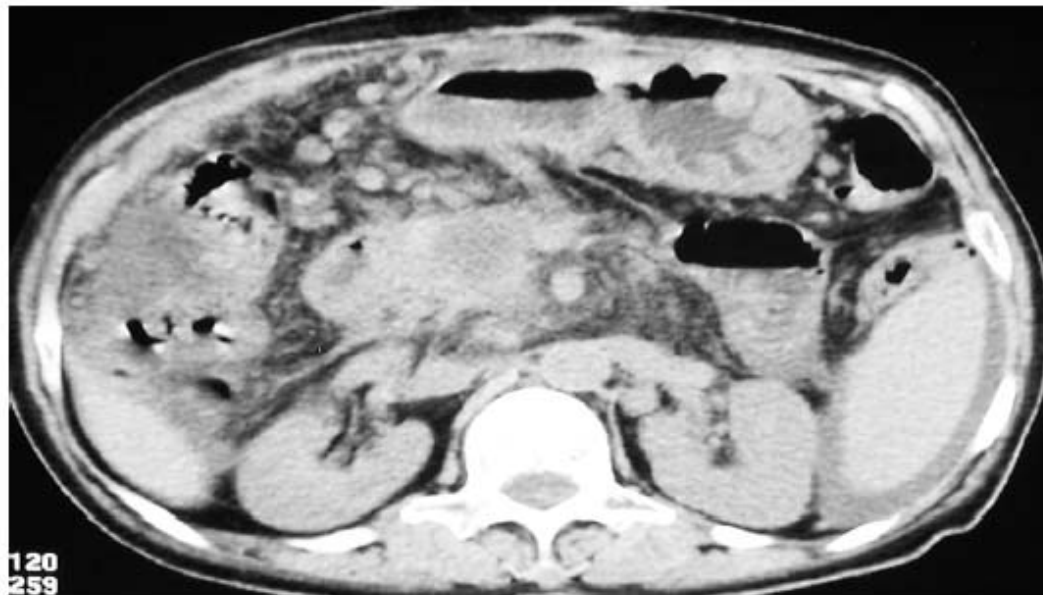
Classification de Balducci

- Patient au vieillissement harmonieux (autonome et comorbidité négligeable) – (taux de mortalité à 2 ans 8-12%)
 - Patient fragile (dépendant et avec des comorbidités sérieuses) – (> 40%)
 - Patient intermédiaire – (16-25%)
- ✓ *L'ensemble guidera le cancérologue dans sa décision*

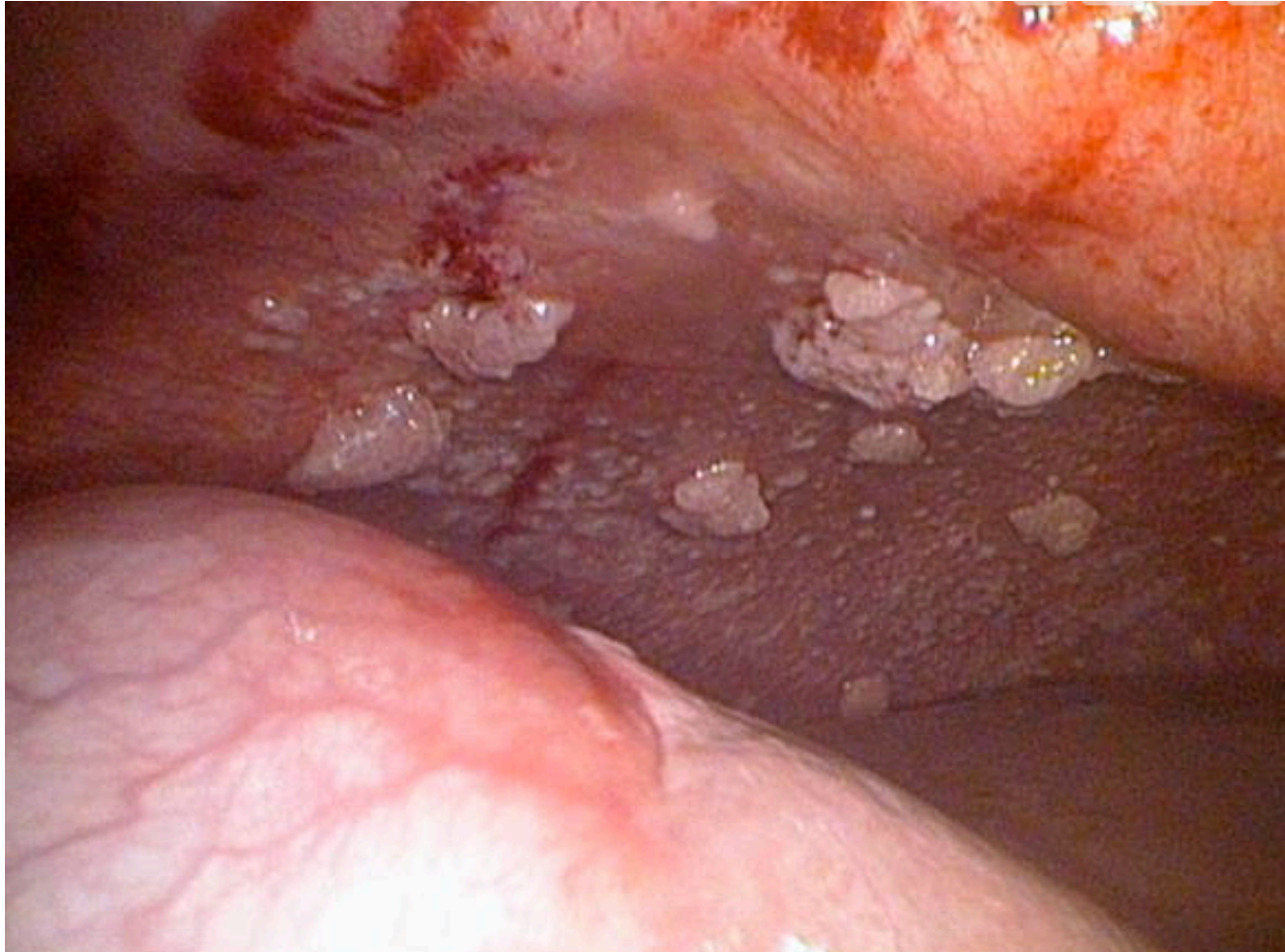
Cas clinique – Madame M.

Motif de consultation : Femme de 78 ans. Douleurs abdominales avec augmentation du périmètre abdominal et parallèlement altération de l'état général. Amaigrissement important récent (perte de plus de 10kg sur 3 mois).

- ✓ Scanner : carcinose péritonéale, masse ovarienne, méta hépatiques
- ✓ Cytologie sur l'ascite : adénocarcinome d'origine ovarienne
- ✓ Ca 125 nettement augmenté



Carcinose péritonéale



Evaluation oncogériatrique

Synthèse :

- ✓ Autonomie : en chute mais totalement autonome avant l'hospitalisation (ADL à 2/6 – IADL à 3/8).
- ✓ Cognition : correcte (MMS à 27/30)
- ✓ Nutrition : perte de poids d'environ 10Kg en quelques semaines. Anorexie quasi totale sur sub-occlusion. Dénutrition sévère.
- ✓ 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. En revanche beaucoup d'anxiété.
- ✓ Comorbidités : hypertension artérielle stabilisée avec le traitement. Clairance rénale normale à 80 ml/mn selon Cockcroft.

Conclusion : vieillissement plutôt harmonieux chez cette patiente de 78 ans qui était parfaitement autonome avant l'apparition brutale des signes de carcinose. Il est urgent de traiter la douleur et d'apporter des calories, puis une chimiothérapie peut être envisagée.

Traitement actuel et avis du pharmacien :

- Médicaments : SPIRONOLACTONE/ALTIZIDE 25/15 1/j,
BISOPROLOL 10 1/j.
- Diagnostic éducatif : gère seule ses médicaments, connaît les principales indications, les posologies ainsi que les moments des prises
- Tolérance : ne signale pas d' effet indésirable
- Surveillance : en cas de chimiothérapie par carboplatine, il n'y aura pas d'interaction médicamenteuse à prendre en compte avec le traitement actuel

Traitement des douleurs

Intervention de l'Equipe Mobile de Soins Palliatifs

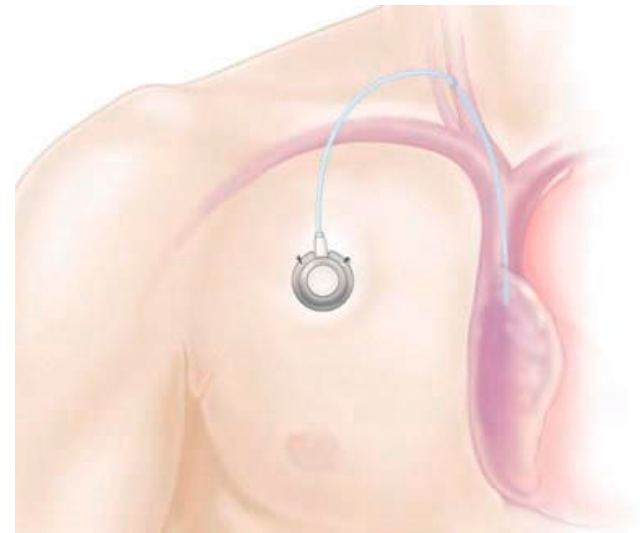
- Douleurs nociceptives
- Douleurs neurogènes
- Douleurs morales et anxiété (intervention de la psychologue)
- Sommeil
- ...

Améliorer l'autonomie

Apporter des calories - Intervention des diététiciennes

- ✓ Parentérale ?
- ✓ Entérale ?
- ✓ Que proposer ?

Alimentation parentérale



Sonde nasogastrique



Sonde nasogastrique



Mono-chimiothérapie palliative

Intervention de l'oncologue



Projet social

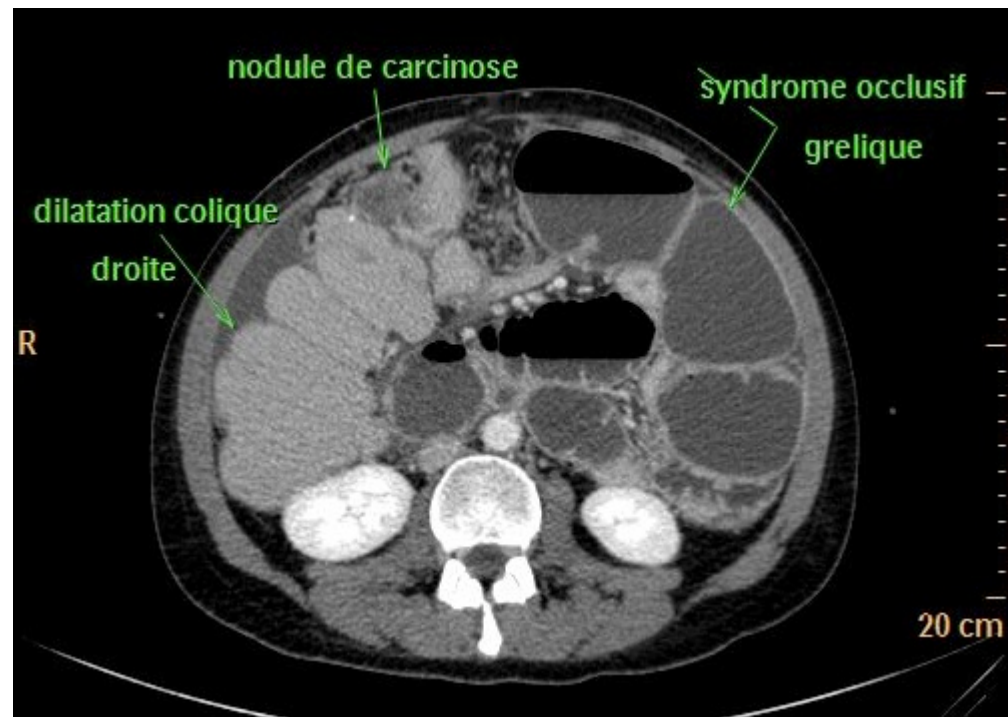
Intervention des assistantes sociales

- Prises de contact avec le domicile (HAD, infirmières, SSIAD, Pharmacien...)
- Identification et soutien de l'entourage





Progression tumorale

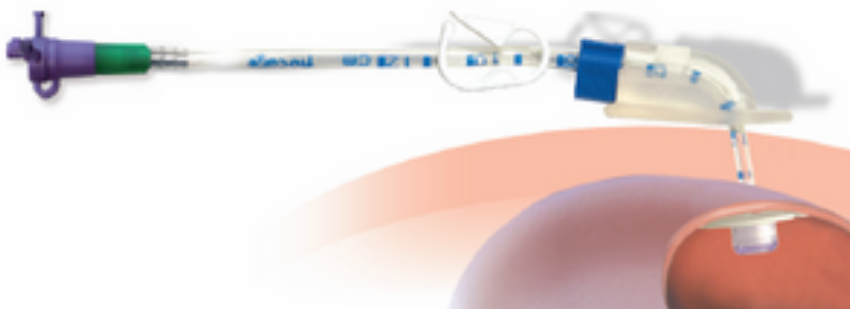




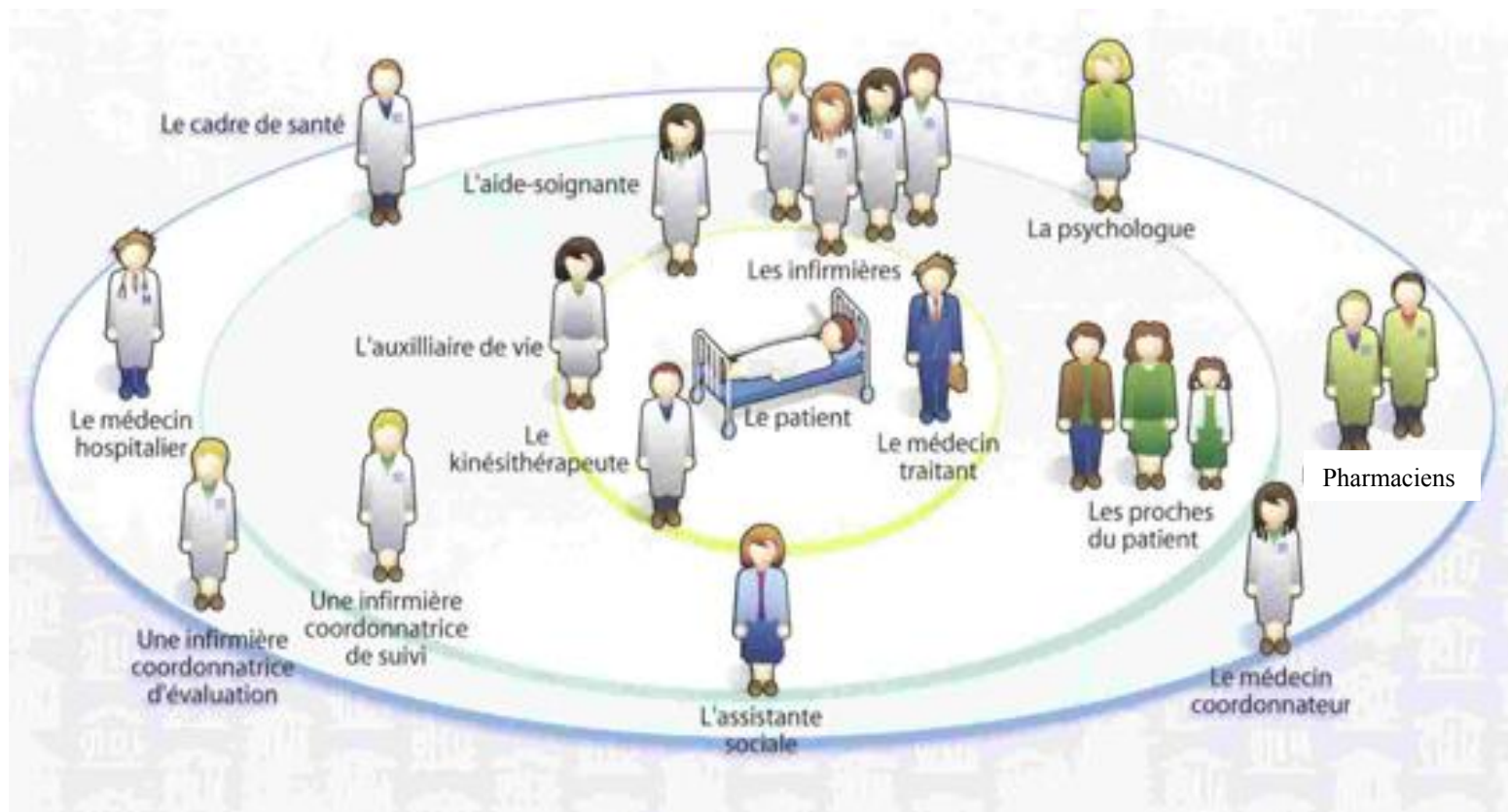
Unité de soins palliatifs



Soins de confort et d'accompagnement



Prise en charge multidisciplinaire



Exemple d'une visite en HDJ oncogériatrie

J'ai vu ce jour dans le cadre de sa prise en charge en Hôpital de Jour d'oncogériatrie, Madame B S, accompagnée de sa fille, afin de faire le point sur ses médicaments.

Médicaments

XANAX 0,25 mg : ½ matin ½ midi et ½ soir

DOLIPRANE 1000 mg : 1 matin midi et soir

MOPRAL 20 mg : 1 le soir

ZANIDIP 10 mg : 1 le matin

TAHOR 10 mg : 1 le soir

SOTALEX 80 mg ½ matin et ½ soir

DIFFU K : 1 matin et soir

IMOVANE : 1 au coucher

NORSET 15 mg : 2 le soir

EBIXA 10 mg : 1 matin et 1 soir

RENITEC 20 mg ½ matin

KARDEGIC 160 mg : 1 midi

EXELON 9,5 mg /24h : 1 matin

Exemple d'une visite en HDJ oncogériatrie

Diagnostic éducatif

Madame B qui est en EHPAD ne gère pas ses médicaments qui lui sont préparés par des IDE.

Elle ne connaît pas les indications des traitements qu'elle prend.

Prendre des comprimés ne semble pas lui poser de problème.

Exemple d'une visite en HDJ oncogériatrie

Tolérance

La tolérance du traitement actuel est bonne, Madame B ne semble pas présenter d'effets indésirables imputables à la prise de ces médicaments.

Absence de somnolence, de signe d'hypotension ou de myalgie.

Le risque de rhabdomyolyse sous statine étant plus élevé chez le sujet âgé.

Exemple d'une visite en HDJ oncogériatrie

Surveillance

Dans le cadre de sa pathologie mammaire un traitement par CAPECITABINE pourrait être débuté.

Si cela se confirme il s'agit d'un nouveau traitement *per os* qui viendrait s'ajouter au traitement actuel comportant la prise matin et soir pendant 14 jours de plusieurs comprimés supplémentaires.

Il faudra surveiller la survenue possible de diarrhées et le risque d'insuffisance rénale sur déshydratation chez cette patiente polymédiquée (IEC, potassium...).

Nous donnons également des conseils pour prévenir le syndrome main-pied avec notamment l'utilisation de crèmes émollientes

Patiente pour laquelle une chimiothérapie est envisagée.
S'hydrate correctement au cours de la journée

Médicaments

ATORVASTATINE 40 mg : 1 cp le soir

KARDEGIC 75 mg : 1 sachet par jour

ISOPTINE 120 mg : 1 cp matin et soir

METFORMINE 1000 mg : 1 cp matin et soir

REPAGLINIDE 2 mg : 1 cp 3 fois par jour

PREVISCAN 20 mg : selon INR

MICARDIS 80 mg : 1 cp par jour

FUROSEMIDE 60 mg : 1 cp le matin

IXPRIM : 1 cp 4 fois par jour

Quels conseils à donner pour le médecin traitant ?

Surveillance la survenue de rhabdomyolyse, le risque étant plus important chez les patients sous statines après 70 ans.

Madame M semble s'hydrater au cours de la journée ce qui est important pour sa fonction rénale dans le cadre d'une prise de sartan, furosémide et metformine.

Concernant la suite de sa prise en charge carcinologique, si une chimiothérapie est débutée, prendre en compte la prise de Previscan avec un risque de déséquilibre de l'INR.

En cas de mauvaise tolérance entraînant une insuffisance rénale sur déshydratation (vomissements, diarrhées...), tenir compte de la prise de Metformine et du risque augmenté de toxicité par acidose métabolique.

Découverte d'un cancer du sein hormono-dépendant.
Hormonothérapie envisagée.

Médicaments

PREVISCAN : selon INR

CARDENSIEL 3,75 mg : 1 cp le matin

COVERSYL 5 mg : 1 cp le matin

SIMVASTATINE 40 mg : 1 cp le soir

LANSOPRAZOLE 30 mg : 1 gél le matin

LERCAN 10 mg : 1 cp le matin

ZOPICLONE 7,5 mg : 1 cp au coucher

Quels conseils à donner pour le médecin traitant ?

Prendre en compte les antécédents de phlébites de la patiente si une hormonothérapie doit être débutée (inhibiteurs de l'aromatase moins thrombogènes que le tamoxifène).

Il n'y aurait pas d'interactions médicamenteuses à prendre en compte avec le traitement actuel.

On peut conseiller de surveiller la survenue de myalgies, le risque de rhabdomyolyse étant plus important après 70 ans

Madame B C prise en charge pour un carcinome ovarien.
Possibilité d'une chimiothérapie

Médicaments

XARELTO 20 mg : 1 cp / jour
AMIODARONE 200 mg : 1 cp par jour
HEMIGOXINE 1 cp / Jour
ORACILLINE 1MUI : 1 cp/ jour
LACTULOSE : 1 sachet le soir
FUROSEMIDE 20 mg : 1 cp le matin
DIFFU-K : 1 gél le matin

Quels conseils à donner pour le médecin traitant ?

En septembre 2013, l'ANSM a ajouté comme contre-indication aux nouveaux anticoagulants oraux dont le Xarelto, les tumeurs malignes à haut risque de saignement : A prendre en compte dans le contexte actuel.

Si une chimiothérapie doit être reprise dans le cadre du carcinosarcome ovarien de Madame B, en cas de mauvaise tolérance à type de vomissements et/ou diarrhées, insuffisance rénale... on peut conseiller de surveiller la kaliémie.

→ hypokaliémie au cours d'un traitement par Amiodarone, Hemigoxine peut entraîner des troubles du rythme cardiaque.

→ Le risque de perturbation de la kaliémie pouvant être majoré par la prise de Furosémide et de Diffu-K.

Madame L O prise en charge pour un adénocarcinome pancréatique.
Chimiothérapie par Gemcitabine envisagée.

Médicaments

TEMERIT 50 mg : 1 cp par jour

LASILIX 40 mg : 1,5 cp par jour

CYMBALTA 60 mg : 1 par jour

CRESTOR 10 mg : 1 cp par jour

TEMESTA 2,5 mg : 1 cp par jour

ALLOPURINOL 300 mg : 1 cp par jour

DICLOFENAC gel

PROFENID 200 mg : 2 cp par jour

MOPRAL 20 mg : 1 cp par jour

ABSTRAL 100 µg : 6 prises par jour

Patiente prend environ 6 comprimés d'Abstral par jour avec absence d'un traitement de fond.

✓ On pourrait alors conseiller l'instauration d'un traitement antalgique de fond associé à des interdoses en cas de pics douloureux afin de diminuer la prise quotidienne d'Abstral.

Si dans le cas de sa pathologie pancréatique un traitement par Gemcitabine est instauré, il n'y aura pas d'interaction à attendre avec le traitement actuel de Mme L.

Des corticoïdes seront prescrits en tant qu'antiémétique en 1^{ère} intention.

Il faudra surveiller la survenue d'une toxicité hématologique et/ou l'apparition d'une mucite à prévenir par des bains de bouche au bicarbonate.

Mme F L : cancer du sein hormono-dépendant.
Au cours de la discussion signale avoir perdu 2 dents.

Médicaments

ARIMIDEX : 1 cp par jour

LYTOS : 2 cp le soir

BISOPROLOL 2,5 mg : 1 cp le soir

ESOMEPRAZOLE 40 mg : 1 cp le soir

SIMVASTATINE : 10 mg le soir

RUBOZINC : 2 cp le matin

CYMBALTA 60 mg : 1 cp le soir

ALLOPURINOL 100 mg : 1 cp par jour

On peut conseiller de surveiller la fonction rénale chez cette patiente sous Allopurinol.

A noter qu'elle semble penser à s'hydrater au cours de la journée.

Elle doit prendre rendez-vous auprès de son dentiste. A prendre en compte chez cette patiente sous biphosphonate au long cours.

Mme A hormonothérapie pour cancer du sein envisagée

RISPERDAL 2 mg : 1 cp le soir

TERCIAN 25 mg : 1 cp matin et soir

PARKINANE LP 5 mg : 1 cp matin et soir

DEPAKOTE 250 mg : 1 cp matin et soir

SULFARLEM S25 : 2 cp matin, midi et soir

ZOPICLONE 7,5 mg : 1 cp au coucher

- Nous conseillons à Madame A de bien s'hydrater au cours de la journée, notamment dans le cadre d'une prise de Tercian.
- Dans le cadre de sa prise en charge mammaire, si une hormonothérapie par inhibiteur de l'aromatase est débutée il n'y a pas d'interaction à attendre.
- En revanche le Risperdal pourrait inhiber une partie du métabolisme du Tamoxifene via le CYP2D6.

Madame D prise en charge pour cancer du sein hormonodépendant en progression

DIFFU K : 2 gélules 2 fois par jour

TILDIEM 60 mg 1 cp matin, midi et soir

HEMIGOXINE 0.125mg : 1 cp 1 fois par jour

COUMADINE 2 mg : 1 cp le soir jour impaire et 1,5 cp jour pair

EPINITRIL 10mg/24h : 1 par jour

LASILIX 40 mg 2 cp par jour

En fonction du choix du prochain traitement en remplacement du Tamoxifene, tenir compte de la prise d'anticoagulant si un traitement par voie IM est envisagé.

Si une chimiothérapie est envisagée, tenir compte de la prise d'hémigoxine et du risque d'apparition d'hypokaliémie à surveiller en cas de mauvaise tolérance au traitement.

Merci de votre attention