

PRISE EN CHARGE DE LA PERSONNE AGE'E ATTEINTE DU CANCER

« Comment concilier l'approche agressive du cancer et les fragilités des patients seniors ? »

Fabienne Bastin, MD





Plan de l'exposé



L'oncogériatrie en 2021

- Le cancer du sujet de >75 ans est une situation fréquente
- 40% des patients atteints d'un cancer > 75 ans en Belgique
- Ces valeurs vont atteindre 50% dans 10 ans
- Prise en charge est parfois « sub-optimale » avec morbidité et mortalité accrue
- Sous représentation dans les essais cliniques
- Hétérogénéité de la population en terme de statut fonctionnel
- Enjeu pharmaco économique et dimension éthique



**Importance d'une évaluation afin
d'optimiser la prise en charge**

Qu'est-ce qu'un patient âgé?

- L'âge chronologique pas un critère majeur dans la prise de décision.
- Le vieillissement: mélange de pertes progressives ou brutales d'acquisitions lentes.
- Pas un processus univoque mais différentiel.

➡ Chaque individu parcourt le temps différemment selon son programme génétique et ses interactions avec l'environnement.

Pourquoi cet excès de moralité?

- RETARD DE PRISE EN CHARGE (DÉPISTAGE, DIAGNOSTIC, TRAITEMENT)
- BANALISATION DES SYMPTÔMES
- SOUS TRAITEMENT (ON VA LE LAISSER TRANQUILLE...)
- SUR TRAITEMENT PAR MÉCONNAISSANCE DES FRAGILITÉS
- DIFFICULTÉS D'ACCÈS AUX SOINS
- ALTÉRATION DES FONCTIONS INTELLECTUELLES
- MAUVAISE COMPRÉHENSION DU PROJET THÉRAPEUTIQUE
- BLOCAGE DES MÉDECINS
- BLOCAGE DES FAMILLES, INFANTILISATION DU SUJET ÂGÉ

OR...

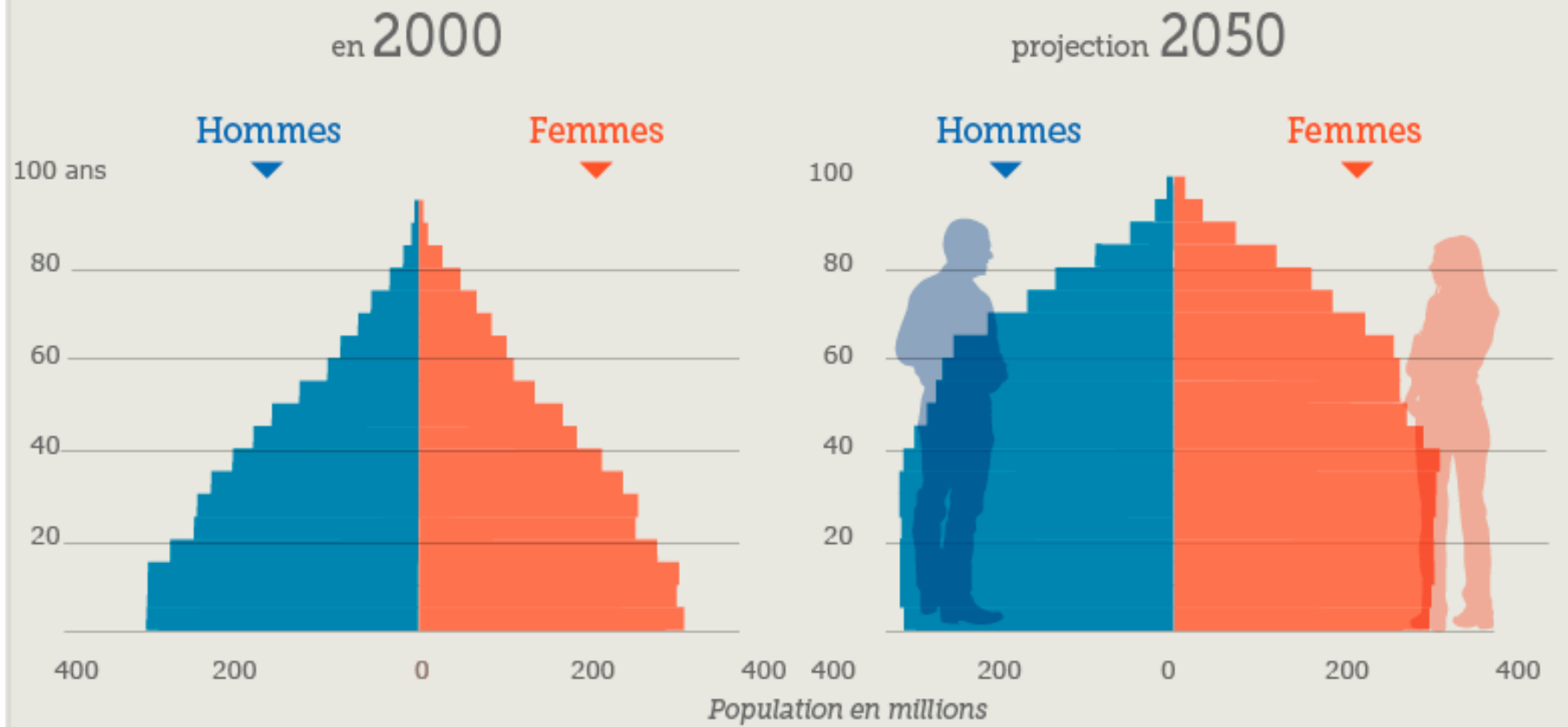
Il est prouvé que les sujets âgés tirent un réel bénéfice des traitements pour autant qu'ils aient bien été sélectionnés...

- CANCER DU SEIN
- CANCER DE LA PROSTATE
- CANCERS COLORECTAUX
- CANCERS GYNÉCOLOGIQUES
- LYMPHOMES, MYELOMES...
- CANCERS PULMONAIRES



Vieillissement de la population à l'horizon 2050

PYRAMIDE MONDIALE DES ÂGES

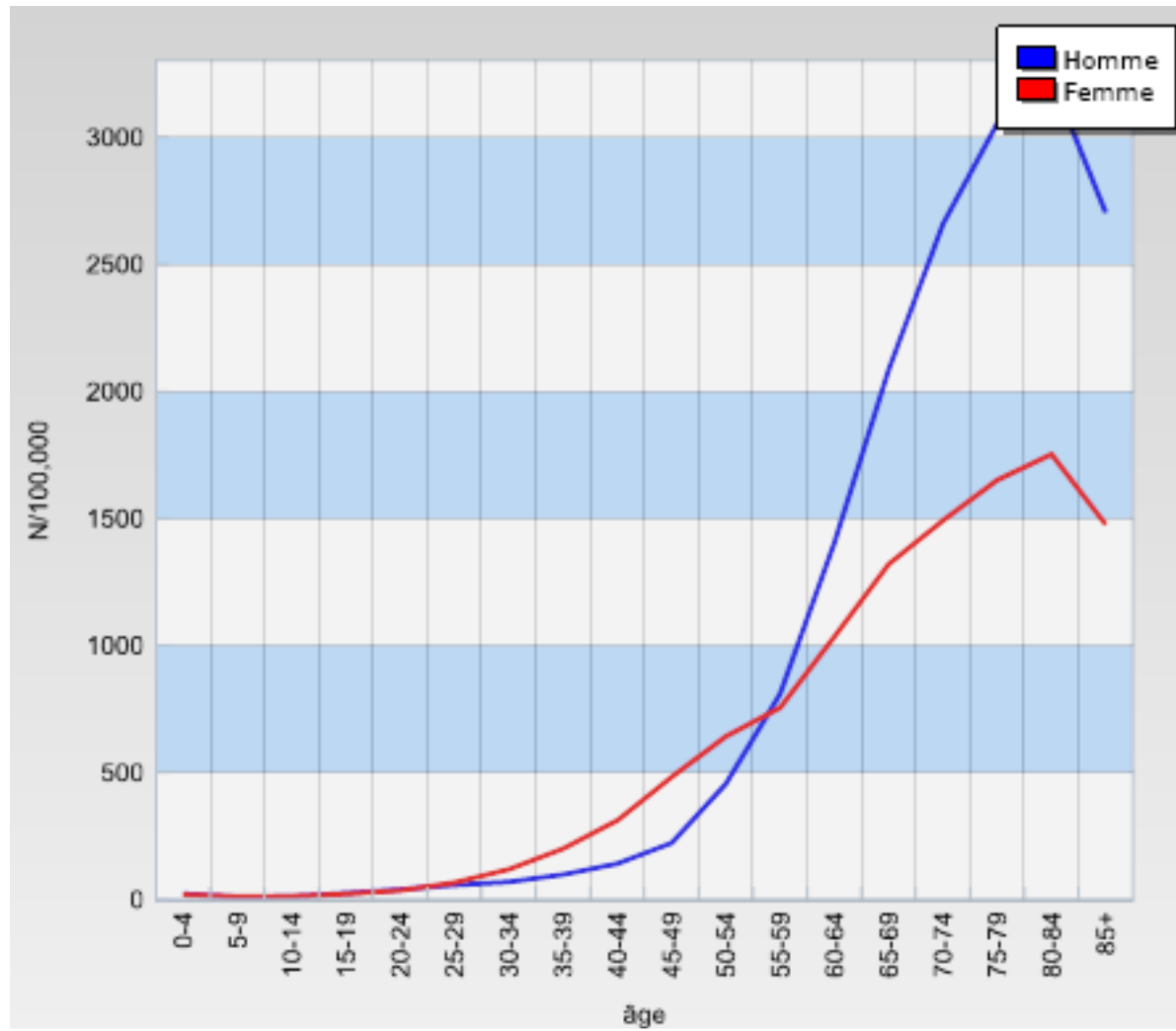


Source : Nations Unis

07/08/2014

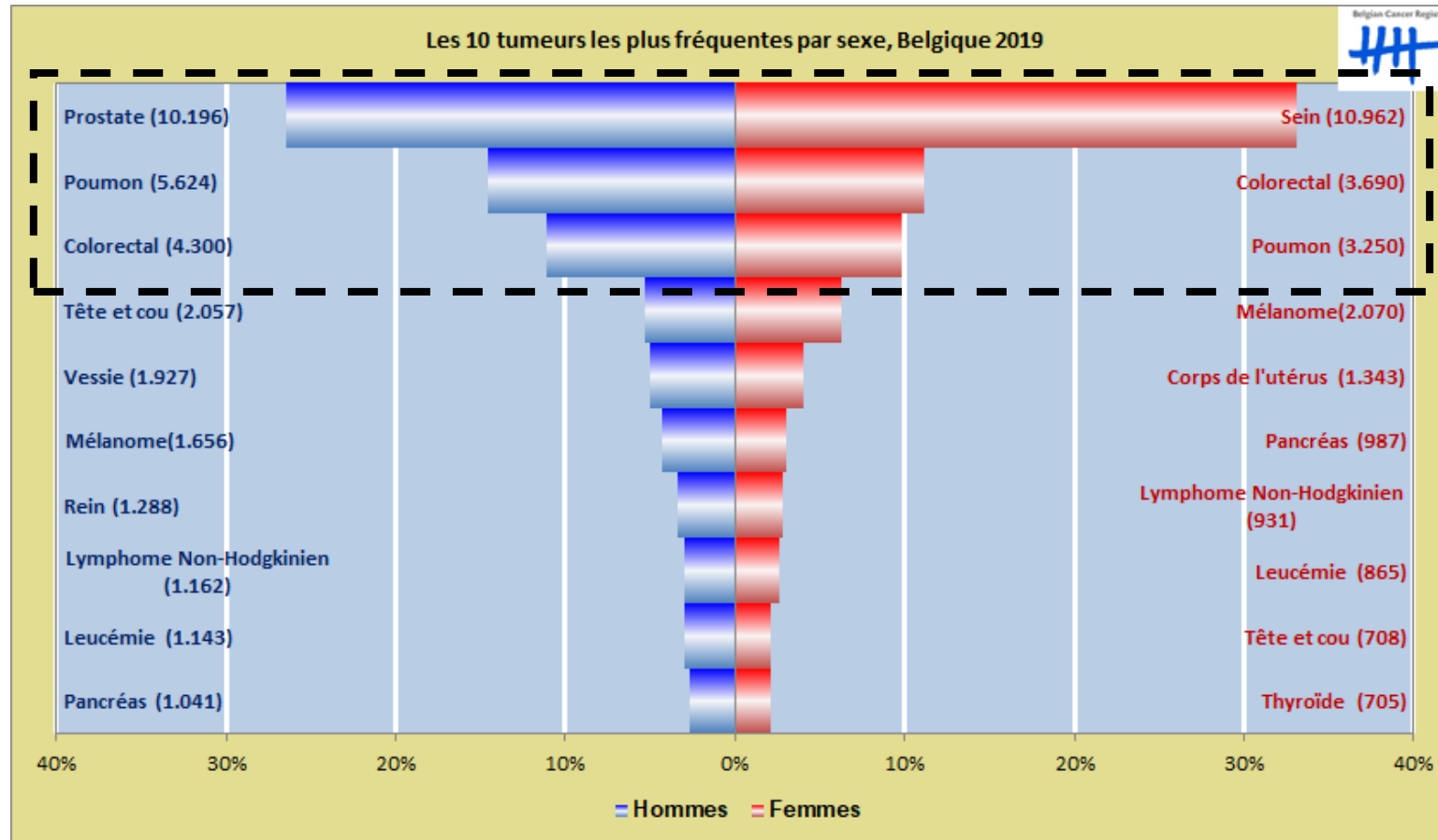
Infographie **LE FIGARO**

Chiffres du cancer 2019



Taux d'incidence / âge
Registre Belge du Cancer

Chiffres du cancer 2019



Source: Registre Belge du cancer

Chiffres de cancer 2019

- **Pourcentage de patients > 70 ans**
 - **53% prostate**
 - **58% colorectal**
 - **35% sein**
 - **47% poumon**



Source: Registre Belge du cancer

Docteur Fabienne Bastin

// 10 //

Intro

Epidémiologie

Challenge

Evaluation

Traitement

COVID

Situation actuelle

- Actuellement évaluation clinique
- Mais ...le jugement seul du clinicien ne suffit pas

Jugement clinique	64% des patients « fit »
Evaluation gériatrique	26% des patients « fit »



Le challenge de l'oncogériatrie...

- **IDENTIFIER** L'ENSEMBLE DES PROBLÈMES MÉDICAUX, FONCTIONNELS, PSYCHO-SOCIAUX DES SUJETS ÂGÉS.
- ETABLIR UNE PROCÉDURE **DIAGNOSTIQUE ET UNE STRATÉGIE D'INTERVENTION GÉRIATRIQUE** MULTIDIMENSIONNELLE ET PLURIDISCIPLINAIRE DU SUJET ÂGÉ.
- INTÉGRER CES DONNÉES DANS LE **PROJET DE PRISE EN CHARGE** DE LA PATHOLOGIE CANCÉREUSE.

Bénéfices attendus

- DIAGNOSTICS GÉRIATRIQUES PERTINENTS ET DÉVELOPPER DES PROPOSITIONS THÉRAPEUTIQUES
- EVALUER LES INTERACTIONS:
DIAGNOSTIQUES ↔ THÉRAPEUTIQUES ONCOLOGIQUES
- ESTIMER LA DÉPENDANCE
- DÉMARCHES ADMINISTRATIVES.
- APPORT COÛT/ BÉNÉFICE OU PHARMACO-ÉCONOMIQUE

Objectifs

- 1) **ÉVALUER L'ESPÉRANCE DE VIE** INDIVIDUELLE (SCORE DE LEE)
- 2) LE PATIENT RISQUE-T-IL DE MOURIR DE SON CANCER OU AVEC SON CANCER?
- 3) **HIÉRARCHISER** L'IMPORTANCE PRONOSTIQUE DES DIFFÉRENTES PATHOLOGIES DONT SOUFFRE LE PATIENT, Y COMPRIS LE CANCER.
- 4) **ÉVALUER LES RÉSERVES FONCTIONNELLES** DU PATIENT.
- 5) RECONNAÎTRE ET **RÉSoudre DES SITUATIONS PROBLÉMATIQUES:** DIÉTÉTIQUE, THYMIQUES, SOCIALES, CHUTES, POLYMEDICATION ...

Pour déterminer un score de Balducci:



- **SCORE 1:**

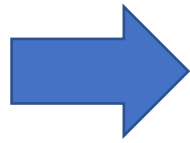
TRAITEMENT ONCOLOGIQUE MAXIMAL.

- **SCORE 2:**

LE TRAITEMENT NECESSITE UNE ADAPTATION DES THÉRAPEUTIQUES ONCOLOGIQUES SPÉCIFIQUES ET/ OU UNE INTERVENTION GERIATRIQUE

- **SCORE 3:**

PRISE EN CHARGE SYMPTOMATIQUE ET/OU PALLIATIVE.



Pré-test:

• G8



Réalisé par:

✓ L'oncologue

✓ l'infirmier

	Items	Réponses possibles	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 dénutrition ?	0= anorexie sévère 1= anorexie modérée 2= pas d'anorexie	■
B	Perte récente de poids (<3mois)	0= perte de >3kg 1= ne sait pas 2= perte de poids l'el 1 et 3kg 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= 19≤ IMC<21 2= 21≤ IMC<23 3= IMC≥23	■ ■
H	Prenez vous plus de trois médicaments ?	0= oui 1= non	
P	En comparaison aux personnes, de votre entourage et de votre âge, vous vous sentez en meilleure ou moins bonne santé ?	0= Pas mieux 0.5= je ne sais pas 1= Aussi bien 2= meilleure	
	Age	0= >85 1= 80-85 2= <80	
Score total			/17
OUTILS		SCORE	INTERPRETATION
G8 (0-17)		Score >14 =====>	Pas de risque gériatrique
		Score ≤14 =====>	Risque gériatrique

Poids	
Taille ²	
BMI	

Si SCORE \leq 14

→ PROCÉDURE D'ÉVALUATION GÉRIATRIQUE

- A L'AIDE DE GRILLES, L'ÉVALUATION GÉRIATRIQUE SE FERA DE MANIÈRE **SYSTÉMATIQUE** AVEC LE PATIENT ÂGÉ ATTEINT D'UN CANCER > **75 ANS** SOUS FORME D'ENTRETIEN SEMI-DIRIGÉ.
- BÉNÉFICE DE L'ÉVALUATION PROUVÉE BÉNÉFIQUE ET VALIDÉE

Quelles sont les grilles utilisées?

- POLYMÉDICATION
- DÉTECTION DE LA FRAGILITÉ: ISAR
- NUTRITION: MNA
- EVALUATION DES ACTIVITÉS DE BASE: ADL ET IADL

Quelles sont les grilles utilisées?

- DÉTECTION DE LA COMPLEXITÉ SOCIALE: **SOCIOS**
- EVALUATION DES TROUBLES DE LA MARCHÉ: **UP AND GO**
- EVALUATION DE LA DOULEUR: **EVA** ET **THERMOMÈTRE DE LA DOULEUR**
- EVALUATION DE LA FATIGUE: **FSS** (FATIGUE SEVERITY SCORE)
- EVALUATION DES TROUBLES DÉPRESSIFS: **MINI GDS**
- EVALUATION COGNITIVE: **MMSE** ET **TEST DE L'HORLOGE**

- ECHELLE DE COMORBIDITÉS: CHARLSON
- ECHELLE DE PERFORMANCE: KARFNOSKY
- ALGORYTHME DE BALDUCCI

- **ETABLIR UNE STRATÉGIE D'INTERVENTION GÉRIATRIQUE**
- **DÉCIDER EN CONSULTATION ONCOLOGIQUE MULTIDISCIPLINAIRE DU PLAN DE TRAITEMENT ONCOLOGIQUE**

L'INDICE DE KARNOFSKY

DATE :

NOM :

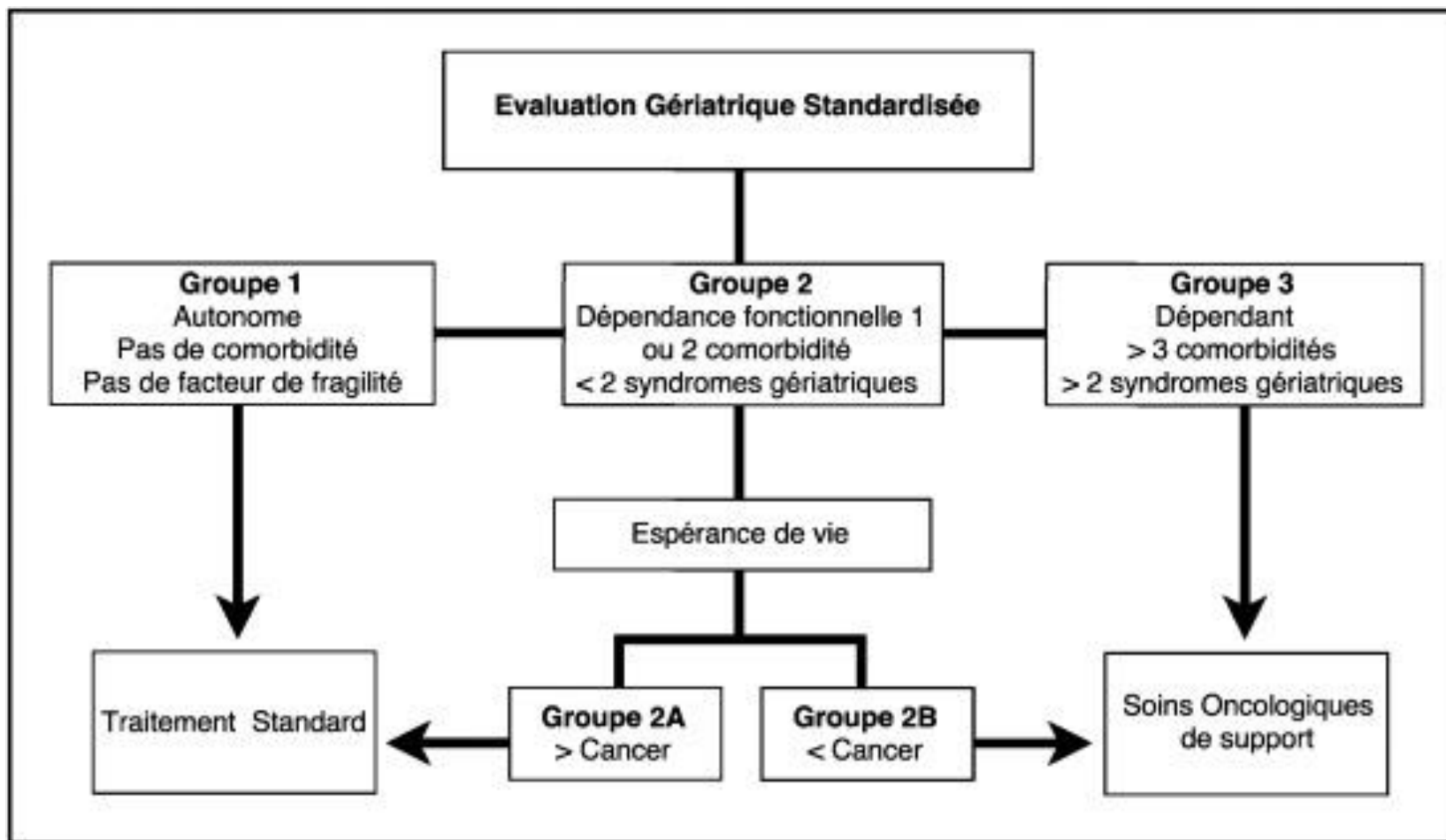
PRÉNOM :

SCORE (OU INDICE) DE KARNOFSKY

Description simplifiée	Score	État global	Critères
Peut mener une activité normale sans prise en charge particulière	100%	Asymptomatique	État général normal, sans symptômes ou signes de la maladie
	90%	Symptômes mineurs	Activités normales, mais signes ou symptômes mineurs de la maladie
	80%	Légerement limité	Activités normales, mais avec des efforts
Incapable de travailler, mais reste autonome et le séjour au domicile est possible	70%	Assure ses besoins personnels	Peut s'occuper de lui-même, mais incapable de mener une activité normale ou de travailler
	60%	Besoin d'assistance ponctuelle	Nécessite une aide occasionnelle, mais peut assurer la plupart de ses soins personnels
	50%	Besoin d'assistance constante	Nécessite une aide importante, avec des soins médicaux fréquents
	40%	Handicapé	Semi-autonome, nécessite une assistance médicale constante. Confiné au lit plus de 50% du temps de veille
Incapable de s'occuper de lui-même	30%	Sévèrement handicapé	Hospitalisation indiquée, bien que le décès ne soit pas imminent
	20%	Très handicapé	Hospitalisation permanente nécessaire, avec besoin d'un traitement de soutien intensif
État terminal	10%	Moribond	Processus fatal progressant rapidement
	0%	Décès	

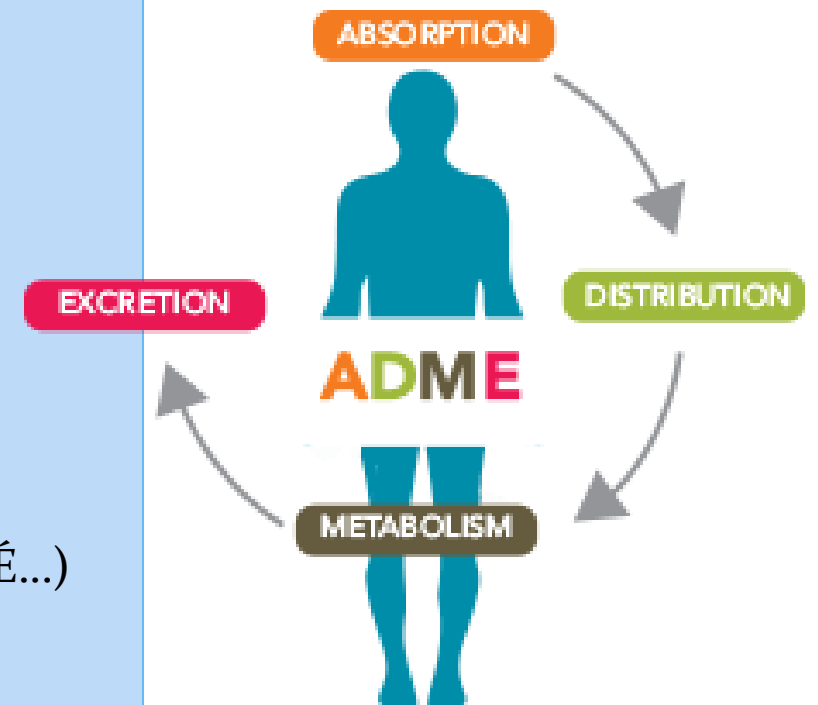
www.antalvite.fr





Chimiothérapie ... oui, avec prudence

- ABSORPTION, DISTRIBUTION, METABOLISME, EXCRETION RÉDUITES.
- FONCTION RÉNALE ALTÉRÉE
- HYPOALBUMINEMIE
- MÉTABOLISATION HÉPATIQUE (P₄₅₀)
- DYSFONCTION MYOCARDIQUE
- INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES...
- CHOIX DU RÉGIME DE CHIMIOTHÉRAPIE...(CARDIOTOXICITÉ...)
- COMPLIANCE À SURVEILLER THÉRAPEUTIQUES ORALES



Toxicité hématologique

- ACCRUE PAR MANQUE DE RÉSERVE MÉDULLAIRE ET DÉFICIT INTRINSÈQUE EN FACTEURS DE CROISSANCE MÉDULLAIRE
- RISQUE > DE NEUTROPÉNIE FÉBRILE
- RISQUE > D'ANÉMIE
- RECOMMANDATIONS: USAGE DE GCSF EN PRÉVENTION PRIAIRE > 65 ANS
- CORRECTION CARENCE MARTIALE – EPO



Toxicités non hématologiques

- NÉPHROTOXICITÉ (CISPLATINE)
- NEUROTOXICITÉ RISQUE DE CHUTES(OXALIPLATINE VINCRISTINE)
- CONFUSION
- CARDIOTOXICITÉ (ISCHÉMIE, HTA...) ANTHRACYCLINES AVASTIN HERCEPTINE
- MUCITE
- TROUBLES DIGESTIFS (VOMISSEMENTS, DIARRHÉE) ET RISQUES DE DÉSHYDRATATION
- TROUBLES IONIQUES (NA MG CA)
- DÉSÉQUILIBRE DE PATHOLOGIES PRÉ EXISTANTES (DIABÈTE...)
- TOXICITÉ CUTANÉE (TKI...) HÉMATOLOGIQUES (ANTI CDK4 6)...

Nouvelles thérapies et sujet âgés

- **Immunothérapie**

Efficacité similaire

Toxicité identique chez les sujets « fits »

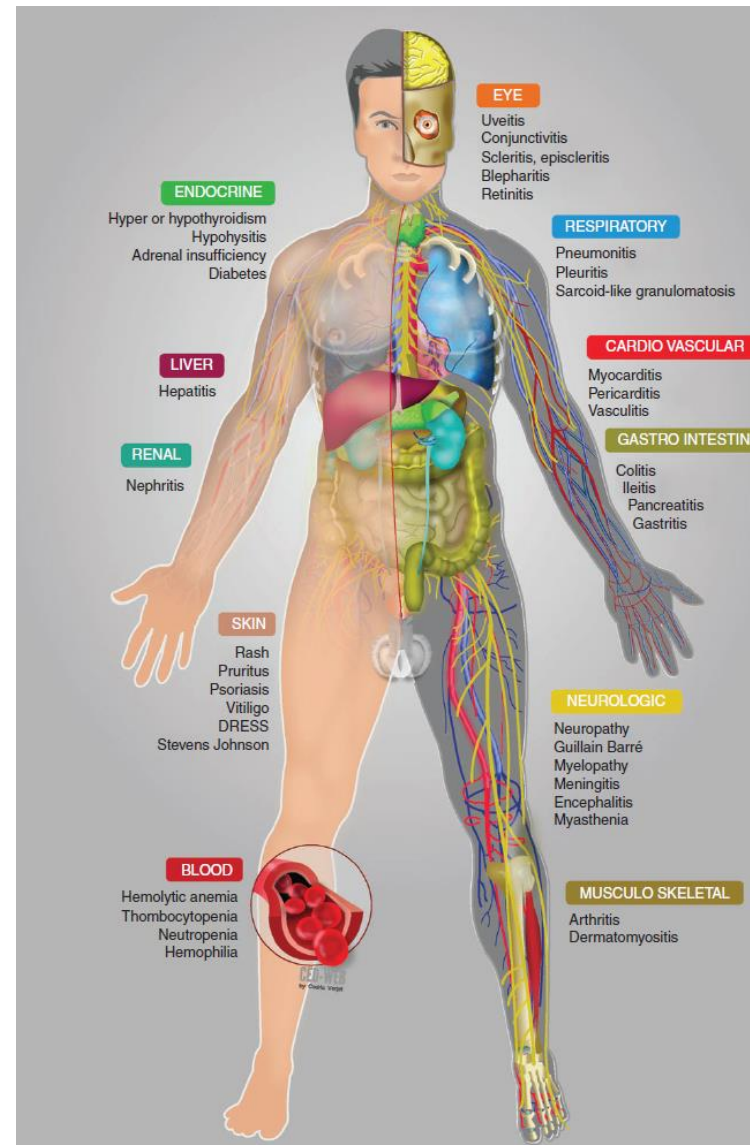
Légèrement majorée chez les patients « vulnérables »

Pas de risque majoré d'hospitalisation

Effets secondaires de l'immunothérapie oncologique (IRAES)

- Où peuvent apparaître les IRAEs?

PARTOUT



Champiat. Ann Oncol 2016; 27: 559

// 27 //

Docteur Fabienne Bastin

Intro

Epidémiologie

Challenge

Evaluation

Traitement

COVID

• Inhibiteurs du cycle cellulaire (cancer du sein)

Traitements oraux combinés à une hormonothérapie

Excellente tolérance

Toxicité hématologique

Toxicité non hématologique (diarrhée, allongement QT,..)

Surveillance attentive et réduction de dose si intolérance

IMPORTANCE MAJEURE DE L'OBSERVANCE PAR L'INFIRMIERE COORDINATRICE EN ONCOLOGIE

Pandémie de COVID 19



- Soins oncologiques impactés en Belgique
- 44% de réduction des diagnostics de cancers invasifs lors 1^o vague
- Sous diagnostic encore supérieur chez les patients âgés persistant lors 2^o vague (-18%)
- Risque de formes graves et mortalité très élevé si infection par COVID 19

COVID19



Recommandations de la SoFOG en termes de vaccination contre le SARS-CoV-2 chez les patients âgés traités pour un cancer

Traitements oncologiques	Chimiothérapie/thérapie ciblée	Immunothérapie	Médicaments agissant sur les cellules B (anti-CD19, anti-CD20, CAR-T cells)
Recommandations	<p>Si initiation : vacciner au moins 10 jours avant la première cure de chimiothérapie, si possible</p> <p>Si chimiothérapie en cours : éviter de réaliser le vaccin le jour de l'administration de la chimiothérapie (risque de réduire l'effet du vaccin) mais plutôt de le réaliser entre 2 cures, en évitant la période d'aplasie</p>	Les recommandations sont similaires à celles sous chimiothérapie sauf en cas d'effet secondaire auto-immun sévère qui fera différer la vaccination en attendant l'avis d'un expert	Le vaccin devra être fait avant de débuter ce traitement ou 6 mois après la fin du traitement (risque de moindre efficacité du vaccin)

Pour protéger d'autant plus la population âgée atteinte de cancer de l'infection à SARS-CoV-2, il est recommandé de vacciner également l'entourage proche de ces patients.

L'ONCOGERIATRIE: UN TRAVAIL D'EQUIPE !

BINOME ONCOLOGUE / GERIATRE
INFIRMIERE COORDINATRICE ASSISTANT SOCIAL KINE ERGO PHARMACIEN CLINICIEN
PSYCHOLOGUE

TOUS POUR UN PATIENT UNIQUE!



Claudine P.

Née en 02-1943

Diagnostic en 10-2020 Néoplasie mammaire

Stade cT2N1M0

Carcinome canalaire infiltrant de grade2

R Hormonaux ++

Ki67 20% HER2 neu-

Chirurgie par Tumorectomie centrale + curage axillaire

Tumeur de 5cm

1 volumineux ganglion +/-10

G8 15

« Fit »

Chimiothérapie 4 cures Taxotère Endoxan

Radiothérapie glande mammaire et aires ganglionnaires

Hormonothérapie par Fémara depuis 04-2021



Merci pour votre attention.

Question?

WWW.CHRVERVIERS.BE