



Evaluation Gériatrique

Pr Pascale Cornette, Gériatrie, Cliniques universitaires St-Luc

Table des matières

- I. Concept de fragilité
 - Application à l'oncologie
- II. Evaluation gériatrique standardisée : identifier la fragilité
 - Vignette clinique
 - Intérêts de l'EGS
- III. Oncogériatrie, en pratique quotidienne
 - Projet collaboratif

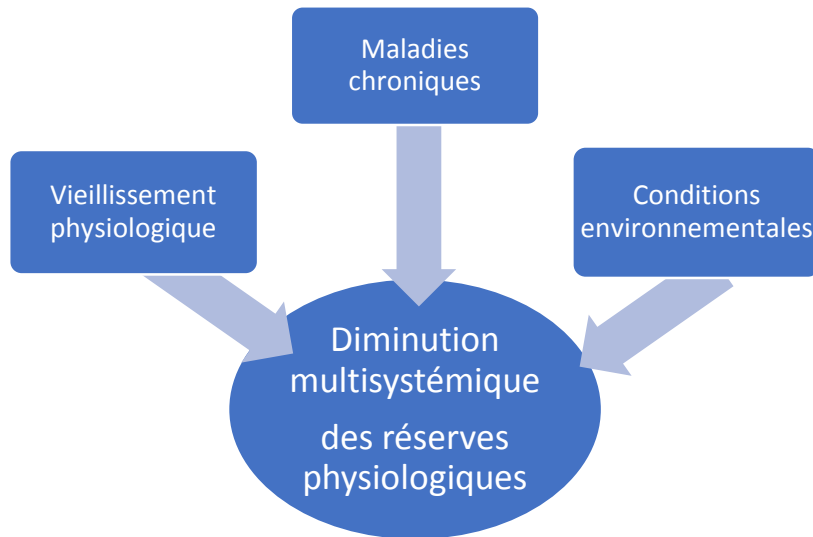
I. Patient âgé ?

Hétérogénéité de la population âgée

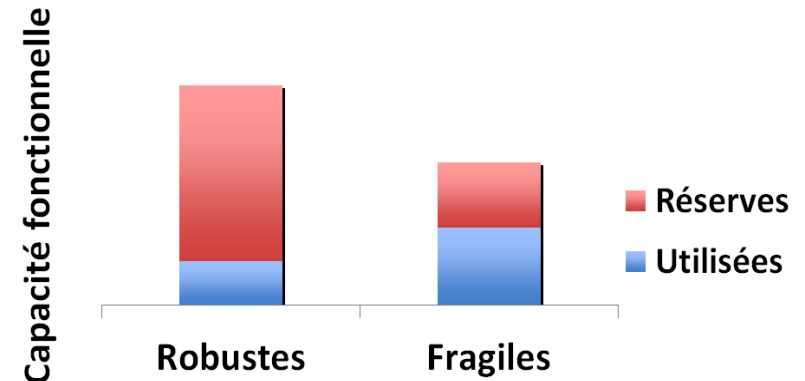
Robuste ↔ Pré-fragile/fragile → Dépendant



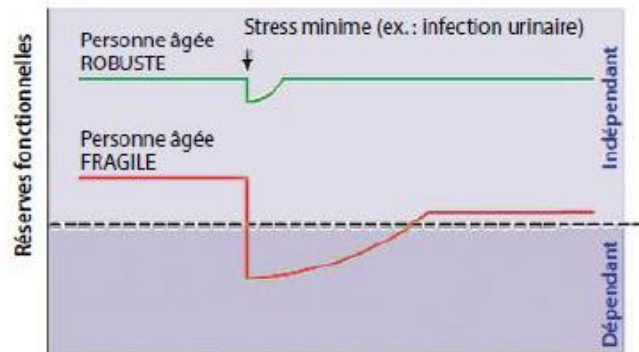
Fragilité



Fragilité et réserves



Impact d'un stress minime sur la vulnérabilité des personnes âgées



Définition de la fragilité:

Diminution des capacités à « faire face »
Diminution des capacités d'adaptation et d'anticipation au stress ou au changement d'environnement
Diminution des réserves fonctionnelles

Fragilité

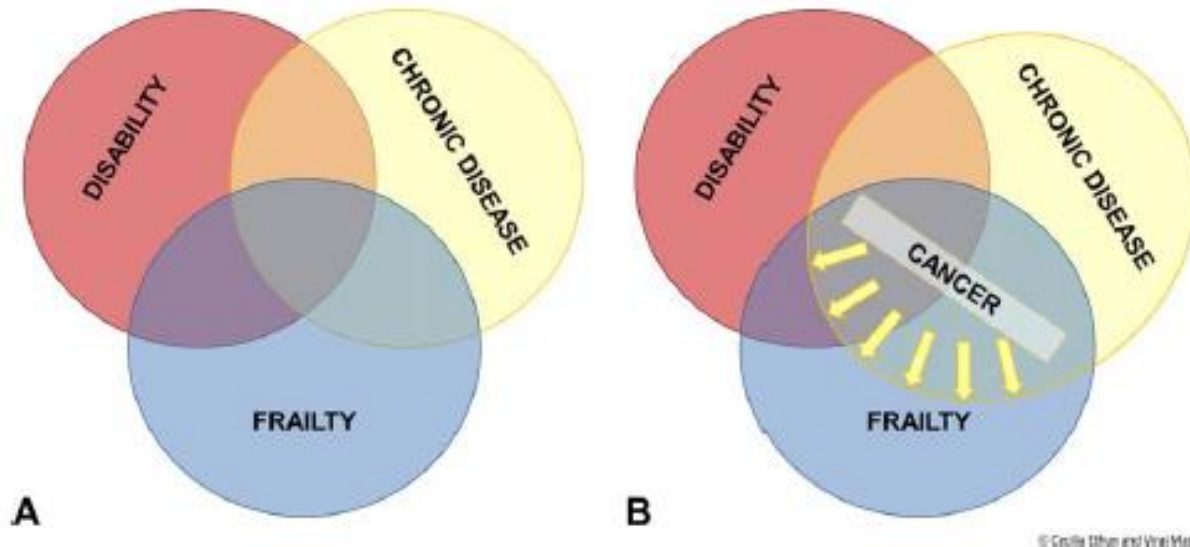
Fragilité décrit une population définie

qui nécessite une prise en charge bio-psycho-
sociale, interdisciplinaire

par des médecins et des équipes spécialisées

Fragilité et oncologie

CA CANCER J CLIN 2017;67:362–377



Prévalence de la fragilité chez les patients âgés cancéreux :
62% sont « frail » ou « pre-frail »

Handforth et al. Ann Oncol 2015;26:1091

Les conséquences de la fragilité

Fried LP, J Gerontol 2004; 59: 255-263

Table 5. Baseline Frailty Status Predicting Disability, Falls, Hospitalizations, and Death over 3 Years: Community-Dwelling Men and Women Aged 65 Years and Older. Cardiovascular Health Study

	Hazard Ratios ^a Estimated Over 3 Years Frail ^{***} (Versus Not Frail)
Worsening mobility disability	1.50 ^{**}
Worsening ADL disability	1.98 ^{**}
Incident fall	1.29 ^{**}
First hospitalization	1.29 ^{**}
Death	2.24 ^{**}

^aCox proportional hazards models, covariate adjusted (Ref. 17, reprinted with permission).

^{**} $p \leq .05$.

^{***}Frailty is defined as the presence of 3 or more characteristics among weight loss ≥ 10 lbs in past year, weak grip strength (lowest quintile), exhaustion (by self-report), slow gait speed (slowest quintile), and low physical activity (lowest quintile).

ADL = activity of daily living.

Mais aussi :

- À risque d'autres syndromes gériatriques
 - Delirium
 - Denutrition
 - ...
- Si cancer, à risque de ...
 - Effets indésirables accru de la chimiothérapie
 - Complications des traitements
 - Progression maladie

Handforth et al. Ann Oncol 2015;26:1091

II. L'évaluation gériatrique

Identifier la fragilité



Comment identifier la fragilité ?

En pratique : Two- step approach

1. Screening : Outil rapide, bonne sensibilité

[ISAR](#), *SHERPA*, *TRST patient âgé aux urgences*

[EFS](#) *patients âgés avant chirurgie*

[G8](#), *VES-13 patients âgés en oncologie*

En médecine générale : EFS, Groningen FI, repérage [Fragilité gerontopôle](#) Toulouse

2. Evaluation Gériatrique Standardisée (EGS) des personnes identifiées

« à risque de fragilité »

Par le médecin généraliste : dimension /dimension

Par les équipes de gériatrie

Mise en place d'interventions,

Suivi : nécessité d'outils sensibles aux changements

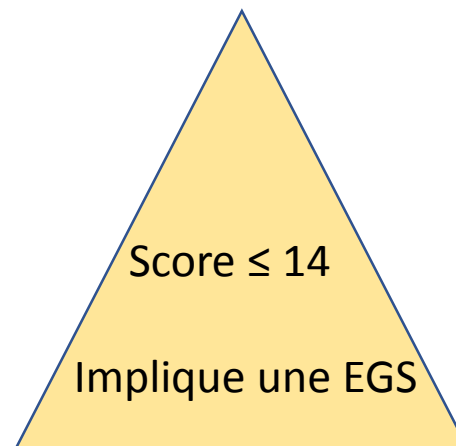
EGS = Gold standard

G8 oncogériatrie

Bellera CA et al.

Ann Oncol. 2012 Aug; 23(8):2166-72.

Items	Réponses possibles (score)
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
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 c 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
TOTAL SCORE =	0 - 17



Evaluation Gériatrique Standardisée

Processus d'**évaluation** de la santé, multidimensionnel et interdisciplinaire, *continu* donnant lieu à un **plan de soins** individualisé, *intégré et coordonné* pour améliorer les capacités fonctionnelles, la qualité de vie.

AVJ (Katz)

AVJi (Lawton)

Marche? Equilibre (Up&Go, Tinetti)

Dépression ?

Sarcopénie

MMS / Clock test/ MOCCA

MNA, poids, déglutition

Médicaments ? STOPP&START

Audition ? Vision ?



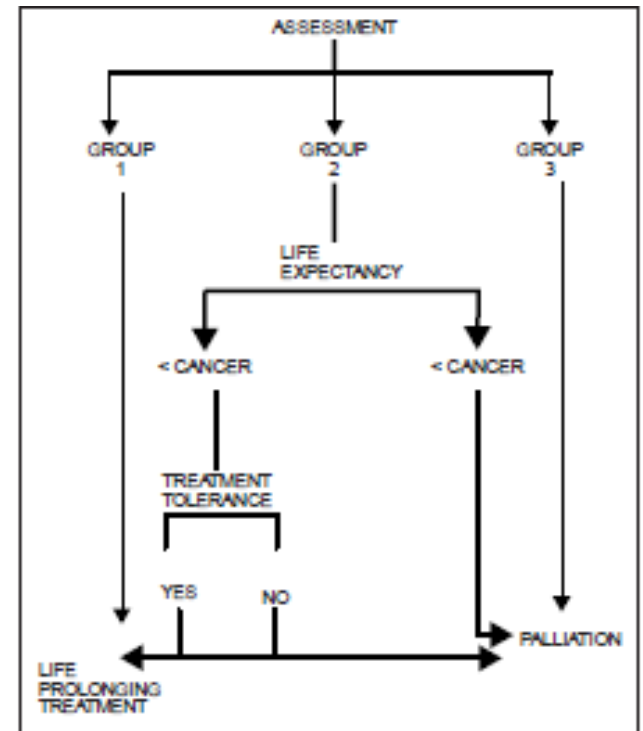
Fragilité et oncologie

EGS = gold standard pour identifier la fragilité dans la littérature oncologique

Management of Cancer in the Older Person: A Practical Approach

LODOVICO BALDUCCI, MARTINE EXTERMANN

The Oncologist 2000;5:224-237



VOLUME 32 · NUMBER 24 · AUGUST 20 2014

JOURNAL OF CLINICAL ONCOLOGY

REVIEW ARTICLE

International Society of Geriatric Oncology Consensus on Geriatric Assessment in Older Patients With Cancer

Hans Wildiers, Pieter Heeren, Martine Puts, Eva Topinkova, Maryska L.G. Janssen-Heijnen, Martine Extermann, Claire Falandry, Andrew Artz, Etienne Brain, Giuseppe Colloca, Johan Flamaing, Theodora Karnakis, Cindy Kenis, Riccardo A. Audisio, Supriya Mohile, Lazzaro Repetto, Barbara Van Leeuwen, Koen Milisen, and Arti Hurria

Hans Wildiers, Pieter Heeren, Johan Flamaing, Cindy Kenis, and Koen Milisen, University Hospitals Leuven, KU Leuven, Leuven, Leuven, Belgium;

EGS chez le malade âgé cancéreux

Cas clinique



Vignette clinique : Monsieur L., 88 ans

- Consultation en chirurgie colo-rectale : découverte d'une lésion du bas-rectum, symptômes en augmentation (constipation basse)
- 4 mois plus tôt, hospitalisé en MI (autre hôpital) : infection urinaire (avec rétention urinaire, T°), rectorragies.
- Bilan : recto-sigmoïdoscopie + Bx/echo-endoscopie/ PET scan/IRM abdomen et cerveau
- Conclusion : Adénocarcinome moyennement différencié, lésion en virole, fragile, envahissant le meso-rectum, à 5 cm de la marge anale, touche le cul de sac de douglas G.
Lésion rectale cT3-T4 Nx M0
- **CMO : Radiothérapie neo-adjuvante suivie de chirurgie radicale, évaluation oncogériatrique**

Evaluation gériatrique de Monsieur L.

Rencontré en chambre,

+hétéroanamnèse du petit fils (qui vit avec lui depuis 4 mois)

- G8 : 10/17 à risque (ISAR 4/6)
- ECOG à 2
- Antécédents médicaux :
 - Cardiovasculaires : HTA, artérite MI (stent fémoral G 2010), Pontages Ao-cor en 2013, hypotension orthostatique
 - Sonde urinaire à demeure (quelques mois)
 - Troubles cognitifs (confirmés depuis hospit en MI); IRM : leucoencéphalopathie peri-ventriculaire et atrophie cortico-sous –corticale modérée, aspect banal des corps mamillaires

Evaluation gériatrique de Monsieur L.

- Médicaments N = 5
 - Clopidogrel, Isoten[®], coversyl[®], omic[®], lormetazepam 1mg[®]
- **Lieu de vie** : domicile, avec le petit fils depuis sortie d'hospit.
- **Zarit Burden Scale** : 12/68
- **AVJ base (Katz)** : 8/24
- **AVJ instrumentales (Lawton)** : 1/7
- Marche et risque de chute : chaussures mal adaptées, se précipite, distrait, **Timed Up&Go** : 11 sec
- **Douleurs** : néant
- **Fatigue** : Neant
- Sommeil : perturbé (de longue date), dort 2h puis se lève, chipote, ...
- EORTC Qlq-30
 - Perception de la santé 7/7
 - Perception de la qualité de vie : 7/7

Evaluation gériatrique de Monsieur L.

- **Cognitif :**

- Anamnèse : monsieur est collaborant, comprend les consignes mais ses propos sont parfois « colorés ».
- Petit-fils confirme depuis quelques mois des difficultés avec gestion de plus en plus difficile du quotidien. Une recherche de MRS est en cours.
- **MMSE 22/30** : désorientation spatiale, rappel différé impossible, attention et calcul 4/5; persévération et désinhibition dans le discours.
- Plusieurs examens interrompus ou refusés par le patient.

- **Dépression :** Pas d'évidence de signe de dépression (GDS non pertinente)

- **Alimentation :**

- perte de poids : oui, 4 kg en 6 mois (67 kg, 1,6m)
- Mauvaise dentition
- MNA 11/24 Risque de dénutrition malgré BMI à 26,1Kg/m²

- **EORTC Qlq-30**

- Perception de la santé 7/7
- Perception de la qualité de vie : 7/7

Monsieur L, Conclusions et propositions

PLAN DE SOIN ONCOGERIATRIQUE

Avis de la CMOG concernant la proposition thérapeutique émise par la COM

☒ Confirmation

Il me semble qu'une radiothérapie short course soit la plus réaliste, Le délai avant chirurgie est à adapter à la tolérance/survenue de complications.

J'ai fait part des principales conclusions au Dr [REDACTED]

Interventions gériatriques recommandées :

Le patient présente des fragilités gériatriques sur le plan cognitif, fonctionnel, nutritionnel et une comorbidité vasculaire. L'évolution locale de la pathologie semble plus menaçante pour sa qualité de vie que les fragilités gériatriques et co-morbidités.

Il semble au courant de sa pathologie et dit qu'il n'a pas le choix, en parlant de la chirurgie. La radiothérapie ne semble pas avoir été comprise.

Il semble en EG correct compte tenu des fragilités évoquées.

Monsieur L,

Conclusions et propositions

- Interventions gériatriques proposées :
 - Sur le plan social :
Recherche de MRS déjà en cours par la famille (soutien) et accompagnement du patient.
 - Sur le plan cognitif :
 - Confirmation d'une démence (DFT ? Vasculaire), patient à risque de delirium
 - Prévention du delirium en cas d'hospitalisation, de chirurgie (aide équipe liaison interne)
 - Patient collaborant, répéter les explications, accompagner.
 - Sur le plan nutritionnel : prise en charge par la diététicienne, suivi rapproché.

EGS chez le malade âgé cancéreux



L'EGS en oncogériatrie

- Détection de fragilités méconnues
 - *Détection, prévention/résolution de syndromes gériatriques*
 - *Evaluer les réserves fonctionnelles du patient*
- Prédiction de la survie
 - *Hiérarchisation de l'importance pronostique des différentes pathologies*
- Influence le choix du traitement et son intensité
- Prédiction de la toxicité des traitements
- Domaines à évaluer: autonomie fonctionnelle, comorbidités, cognition, status neuropsychologique, fatigue, situation sociale et aides, nutrition, présence de syndromes gériatriques.

VOLUME 29 • NUMBER 27 • SEPTEMBER 20 2011

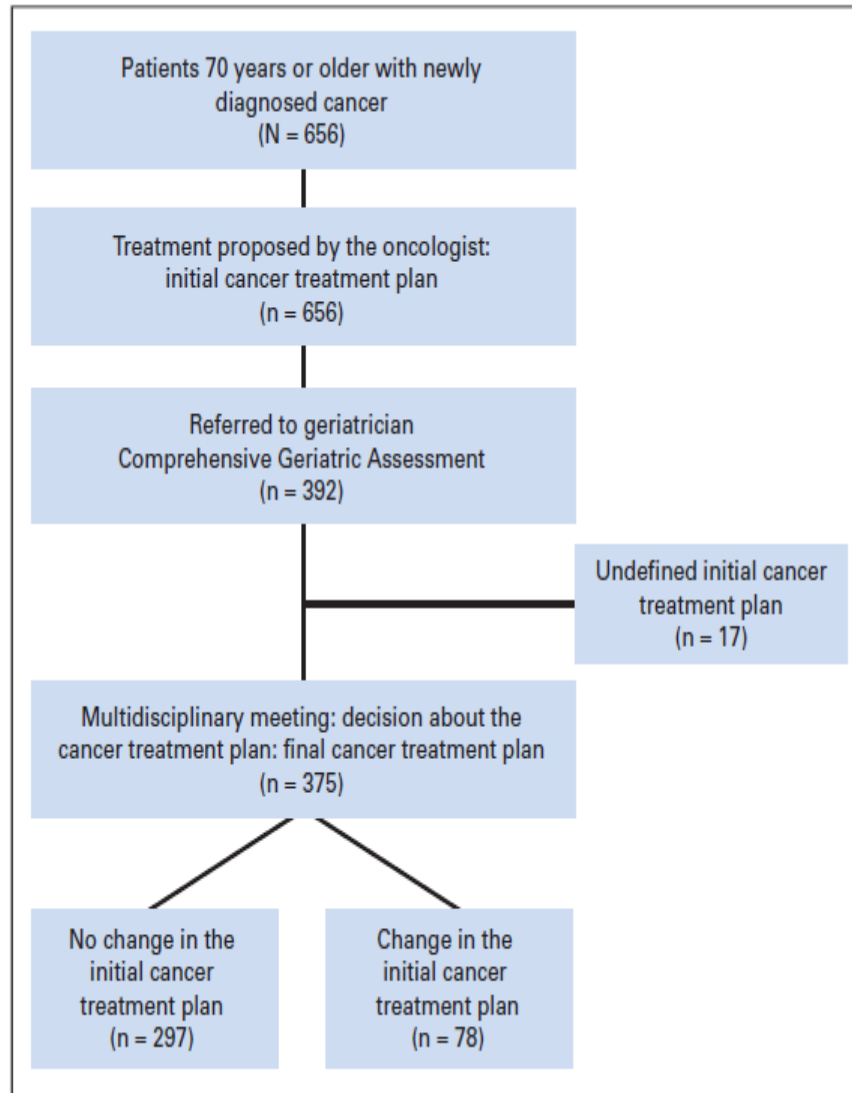
JOURNAL OF CLINICAL ONCOLOGY

ORIGINAL REPORT

Comprehensive Geriatric Assessment in the Decision-Making Process in Elderly Patients With Cancer: ELCAPA Study

Philippe Caillet, Florence Canoui-Poitrine, Johanna Vouriot, Muriel Berle, Nicoleta Reinald, Sebastien Krypciak, Sylvie Bastuji-Garin, Stephane Culine, and Elena Paillaud

Impact de l'EGS sur la décision oncologique



Modification du
traitement oncologique
dans **20%** des cas après
EGS

Impact de l'EGS sur la décision oncologique

- ADL
- Nutrition

Table 5. Multivariate Analysis to Identify Factors Independently Associated With Changing the Cancer Treatment

Factor	OR	95% CI	<i>P</i>
ECOG PS 1-point increase	1.07	0.72 to 1.59	.74
Inappropriate social environment	1.34	0.61 to 2.95	.46
ADL .5-point decrease	1.25	1.04 to 1.49	.016
Walking problems: risk of falls	1.27	0.53 to 3.03	.54
Malnutrition	2.99	1.36 to 6.58	.007
Cognitive impairment	0.93	0.44 to 2.00	.86
Depressive disorder	1.84	0.89 to 3.80	.10
Polypharmacy	1.72	0.72 to 4.14	.22
Urinary and/or fecal incontinence	1.09	0.45 to 2.64	.84
No. of comorbidities by 1-point increase	1.09	0.98 to 1.22	.11

NOTE. Multivariate analysis using a logistic regression model that included factors listed in the table: ECOG PS, inappropriate social environment, 1-point ADL score decrease, walking problems/risk of falls, malnutrition, cognitive impairment, depressive disorder, polypharmacy, incontinence, and 1 point per additional comorbidity.

Abbreviations: OR, odds ratio; ECOG PS, Eastern Cooperative Oncology Group performance status; ADL, Activities of Daily Living.

L'EGS en oncogériatrie

- Détection de fragilités méconnues
 - *Détection, prévention/résolution de syndromes gériatriques*
 - *Evaluer les réserves fonctionnelles du patient*
- Prédiction de la survie
 - *Hiérarchisation de l'importance pronostique des différentes pathologies*
- Influence le choix du traitement et son intensité
- Prédiction de la toxicité des traitements
- Domaines à évaluer: autonomie fonctionnelle, comorbidités, cognition, status neuropsychologique, fatigue, situation sociale et aides, nutrition, présence de syndromes gériatriques.

VOLUME 30 • NUMBER 15 • MAY 20 2012

JOURNAL OF CLINICAL ONCOLOGY

ORIGINAL REPORT

Predictors of Early Death Risk in Older Patients Treated With First-Line Chemotherapy for Cancer

Pierre Soubeyran, Marianne Fonck, Christèle Blanc-Bisson, Jean-Frédéric Blanc, Joël Ceccaldi, Cécile Mertens, Yves Imbert, Laurent Cany, Luc Vogt, Jérôme Dauba, Francis Andriamampionona, Nadine Houédé, Anne Floquet, François Chomy, Véronique Brouste, Alain Ravaud, Carine Bellera, and Muriel Rainfray

Table 2. Distribution of Advanced Tumors Across Tumor Sites (N = 348)

Cancer Type	Nonmetastatic/IPI 0-1		Metastatic/IPI 2-3	
	No. of Patients	%	No. of Patients	%
Non-Hodgkin's lymphoma*	61	57.0	44	41.1
Stomach/colon cancer	39	30.2	90	69.8
Other solid tumors	21	18.8	91	81.3
Lung	9		27	
Primary unknown	0		4	
Ovarian	1		19	
Bladder	3		15	
Prostate	0		18	
Pancreas	8		15	

Abbreviation: IPI, age-adjusted International Prognostic Index.

*Two patients had missing data for disease stage.

Table 4. Logistic Regression Model Analysis for Early Deaths (within 6 months) That Occurred for All Patients Who Received First-Line Chemotherapy (n = 339)

Risk Factor*	Odds Ratio	95% CI	P
Sex			
Female	1	Reference	
Male	2.40	1.20 to 4.82	.013
Tumor stage			
Localized	1	Reference	
Advanced	3.9	1.59 to 9.73	.003
Mini Nutritional Assessment			
Good nutrition, score > 23.5	1	Reference	
At risk/poor nutrition, score ≤ 23.5	2.77	1.24 to 6.18	.013
Timed Get Up and Go			
No impairments (≤ 20 seconds)	1	Reference	
Impaired	2.55	1.32 to 4.94	.006

NOTE: Model was adjusted for treatment site (regional and teaching hospitals v community hospitals).

*Age, tumor site, Activities of Daily Living, Mini-Mental State, platelet count, and performance status were also included in the model but not retained because they were not significant.

Conclusion

In patients greater than 70 years of age with cancer, advanced disease, a low MNA score, and poor mobility predicted early death. We recommend that the MNA and GUG, performed by a trained nurse, be maintained as part of routine pretreatment workup in these patients to identify at-risk patients and to inform the decision-making process for chemotherapy.

L'EGS en oncogériatrie

- Détection de fragilités méconnues
 - *Détection, prévention/résolution de syndromes gériatriques*
 - *Evaluer les réserves fonctionnelles du patient*
- Prédiction de la survie
 - *Hiérarchisation de l'importance pronostique des différentes pathologies*
- Influence le choix du traitement et son intensité
- Prédiction de la toxicité des traitements
- Domaines à évaluer: autonomie fonctionnelle, comorbidités, cognition, status neuropsychologique, fatigue, situation sociale et aides, nutrition, présence de syndromes gériatriques.

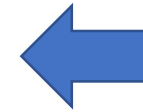
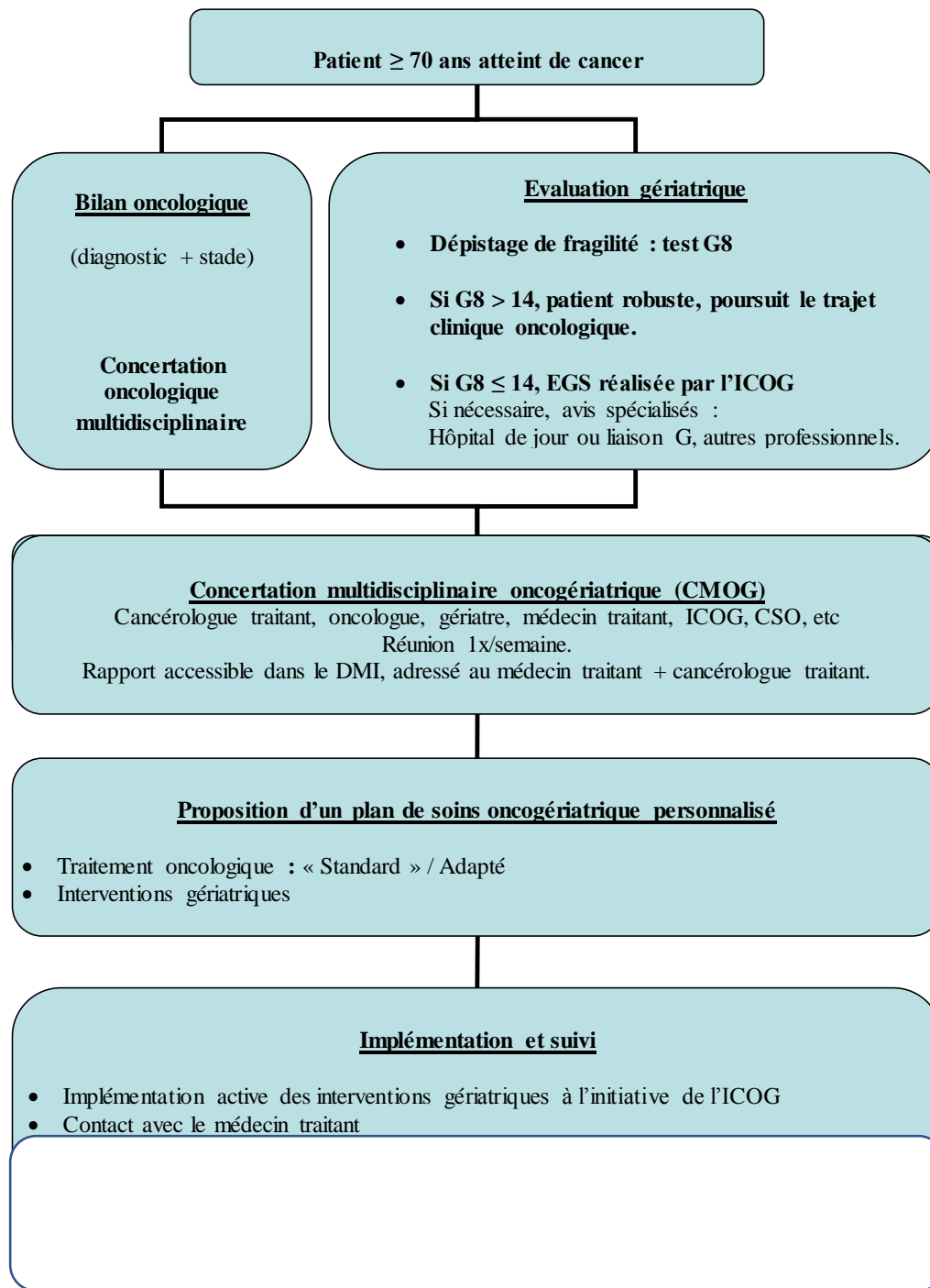
L'EGS en oncogériatrie, c'est aussi ...

- Identifier les pathologies à risque de décompensation en cascade pendant le traitement oncologique
- Evaluer les motivations et désirs du patient
- Dépister l'épuisement des aidants
- Maintenir une qualité de vie correcte
- Permettre le soutien à domicile
- Organiser le suivi
- Parler des soins palliatifs
- ...

En pratique...

Comment soutenir la collaboration autour du patient âgé fragile ?





Liaison interne
Hôpital de jour



Fondation
contre le Cancer



PSG

PROGRAMME DE SOINS POUR LE PATIENT GÉRIATRIQUE AR 29 JANVIER 2007 (MB 7 MARS 2007)

- Chap I : *« tout hôpital général disposant d'un service de G doit disposer d'un programme de soins agréé pour le patient G »*
- Chap II : Groupe cible
art 3. « population de patients gériatriques ayant une moyenne d'âge de plus de 75 ans et qui requiert une approche spécifique pour plusieurs raisons suivantes :

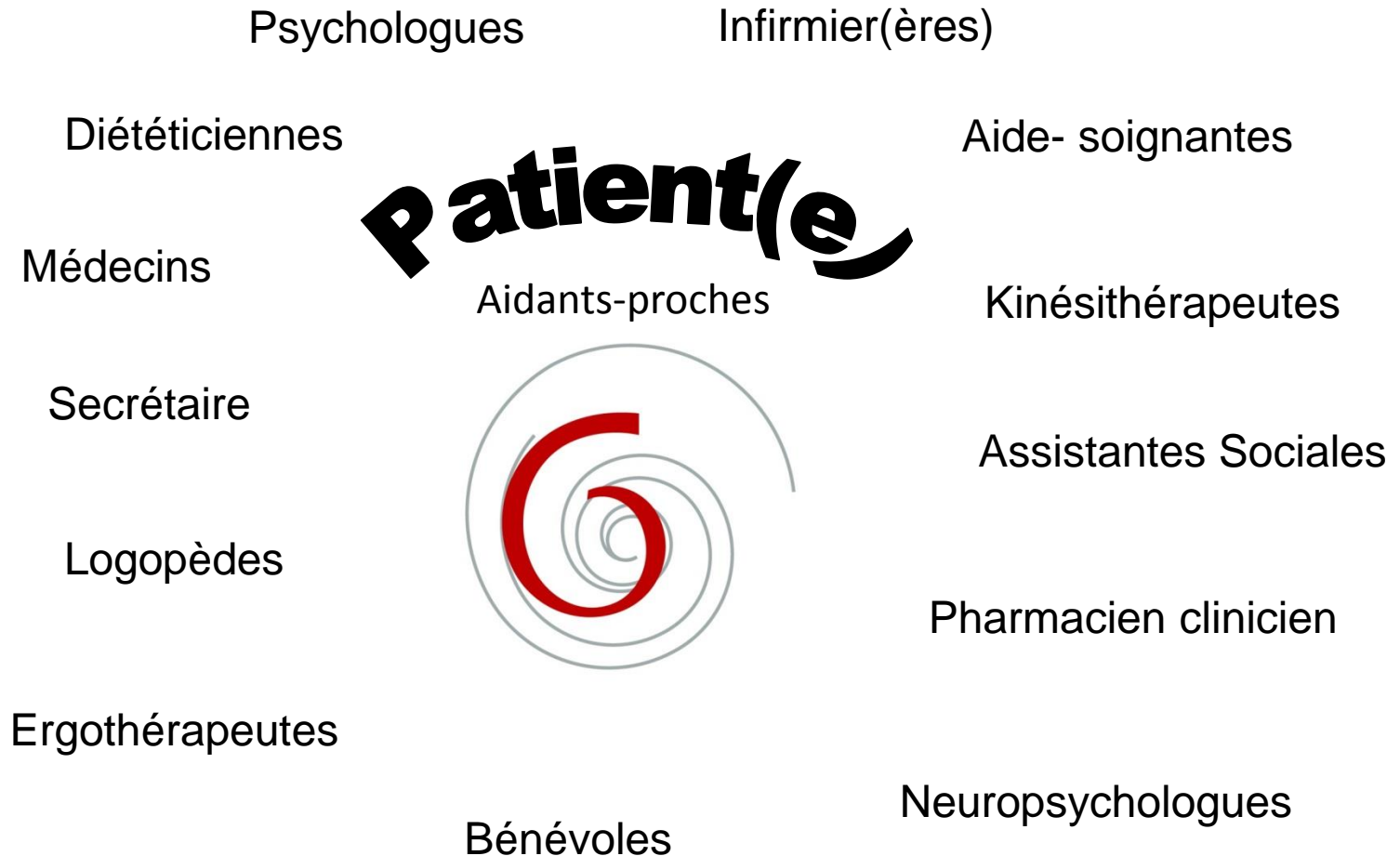
PROGRAMME DE SOINS POUR LE PATIENT GÉRIATRIQUE

AR 29 JANVIER 2007 (MB 7 MARS 2007)

- Art 6. Le programme de soins pour le patient G se compose :
 - d'un service de G agréé (= Unités de gériatrie aiguë)
 - d'une consultation de gériatrie (art 14)
 - d'un hôpital de jour pour le patient G (art 15)
 - d'une liaison interne (art 16)
 - d'une liaison externe (art 20)

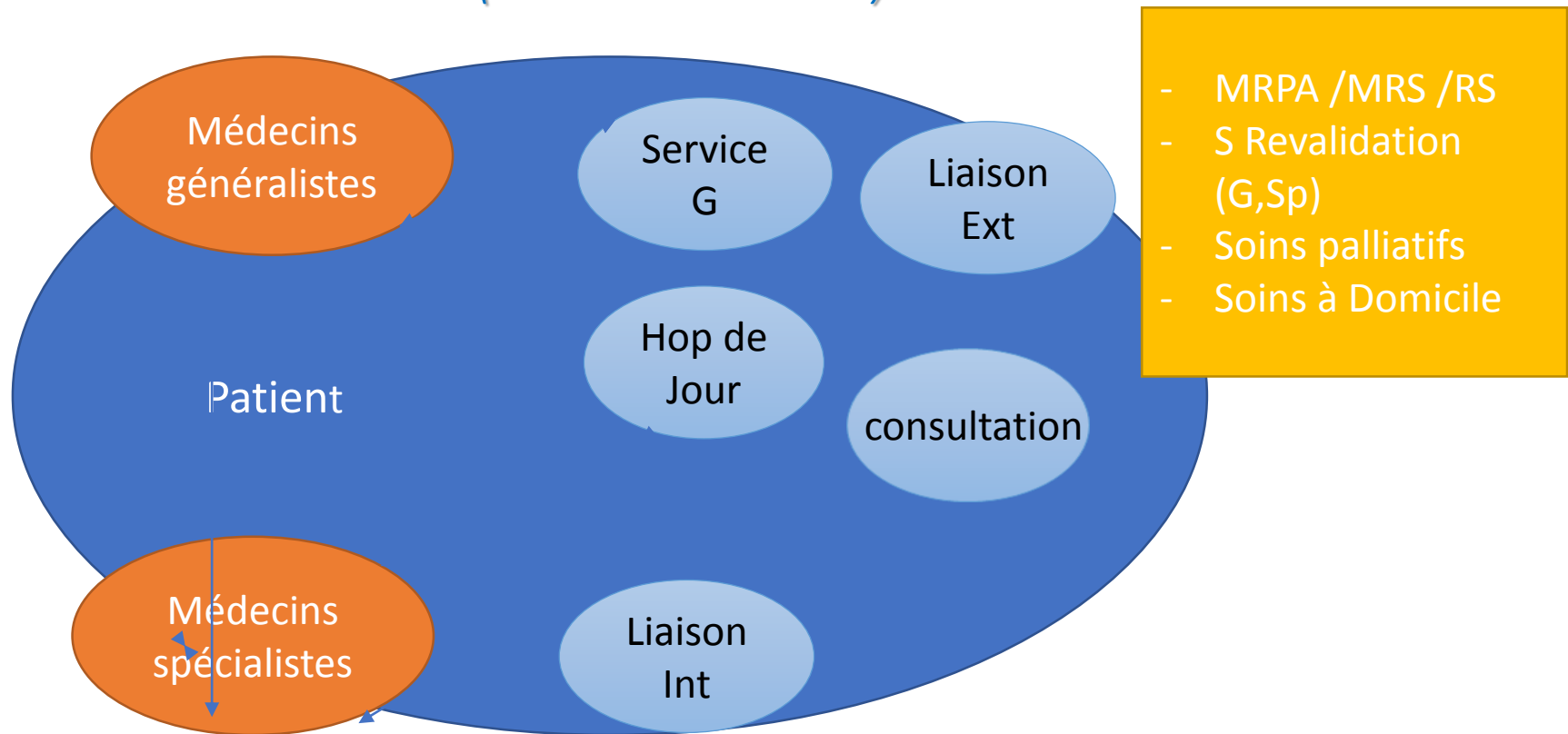
La littérature supporte une part importante des éléments de cette organisation

**L'équipe pluridisciplinaire dans le
« Programme de soins pour le patient gériatrique »
aux CUSL**



PROGRAMME DE SOINS POUR LE PATIENT GÉRIATRIQUE

AR 29 JANVIER 2007 (MB 7 MARS 2007)



Ce PSG permet, à de multiples endroits, des opportunités de collaborations avec le programme de soins oncologique et les structures ext-hospitalières quel que soit le point d'entrée du patient dans l'un ou l'autre programme

Conclusions

- L'Evaluation gériatrique permet de mieux connaître le patient âgé fragile qui présente un cancer.
 - L'EGS prédit la survie, la toxicité et influence les décisions de traitement (over et undertreatment) .
 - L'EGS dépiste la fragilité. Des possibilités d'interventions pour la limiter, en réduire les conséquences existent.
- Il faut aller au-delà des scores et les traduire en soins pour le patient.
- L'expertise des équipes gériatriques, à chaque "entrée" du programme de soins, est possible mais nécessite la collaboration avec les autres soignants (du domicile, de l'hôpital)

« La nécessité de collaboration est directement proportionnelle à la complexité des situations vécues »
...même si elle reste un challenge au quotidien !

