

« Tous les oncologues pour adultes sont maintenant des oncologues gériatriques »

L'apport du gériatre dans l'évaluation oncogériatrique

Toutes les projections démographiques concordent sur le tsunami gris qui va toucher les pays développés dans les prochaines décennies. Le cancer étant une maladie de la personne âgée, on peut donc prévoir une augmentation importante du nombre de personnes âgées atteintes d'un cancer dans les années à venir. La prise en charge de ces patients est complexe au vu de l'hétérogénéité de ce groupe ainsi que de leurs besoins spécifiques, et nécessite une collaboration multidisciplinaire avec oncologue, gériatre, médecins de famille, infirmières, diététiciennes, physiothérapeutes, ergothérapeutes, assistantes sociales et psychiatres. Cet article va aborder le rôle spécifique du gériatre dans l'oncologie gériatrique.

En Suisse, chaque année 37 000 nouveaux cas de cancer sont diagnostiqués dont 46% ont plus de 70 ans. Sur les 16 000 décès par année dus au cancer, 60% ont plus de 70 ans (1) (fig. 1). Le Plan Cancer Suisse 2014–2017 (1) rappelle les objectifs fixés par le Programme National contre le Cancer Suisse 2011–2014 dans une vision intégrative :

« Chaque habitant en Suisse a le même droit :

- à un faible risque de cancer grâce à la prévention et à la détection
- à un diagnostic intelligent et à un traitement basé sur les connaissances les plus récentes
- à un accompagnement psychosocial et à des soins palliatifs. »



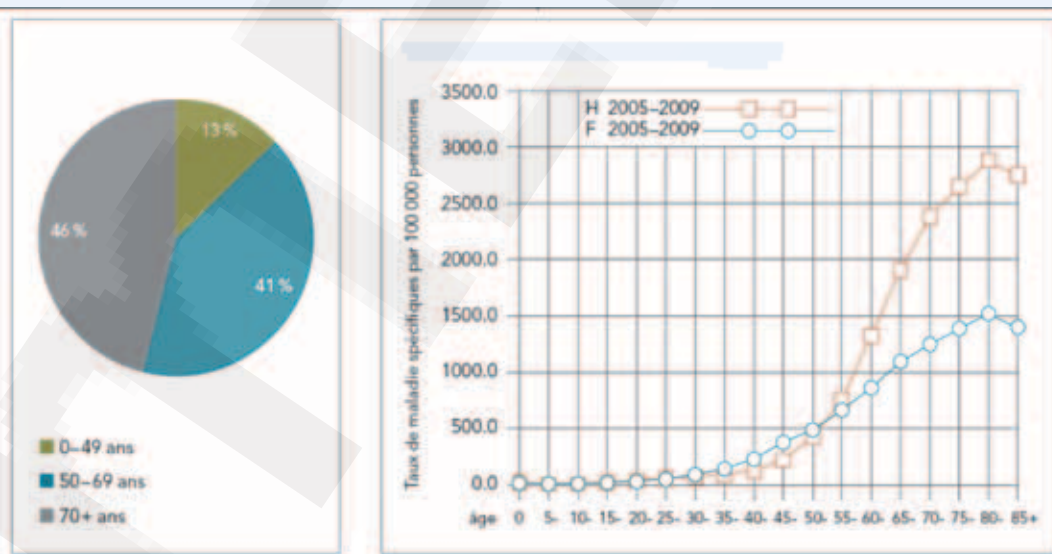
Dr Nicole Doser
Morges

La personne âgée atteinte de cancer devrait donc pouvoir accéder aux mêmes traitements et aux mêmes suivis qu'une personne plus jeune. Ce d'autant plus avec l'arrivée des nouvelles thérapies ciblées qui induisent moins d'effets secondaires.

Mais plusieurs difficultés se posent, car les outils d'évaluation de performance effectués par les oncologues (Karnofsky ou ECOG) ne sont pas adaptés à la personne âgée et sous évaluent souvent les problèmes (2). De plus, cette population est très hétérogène et l'âge chronologique est souvent un mauvais reflet de l'âge biologique.

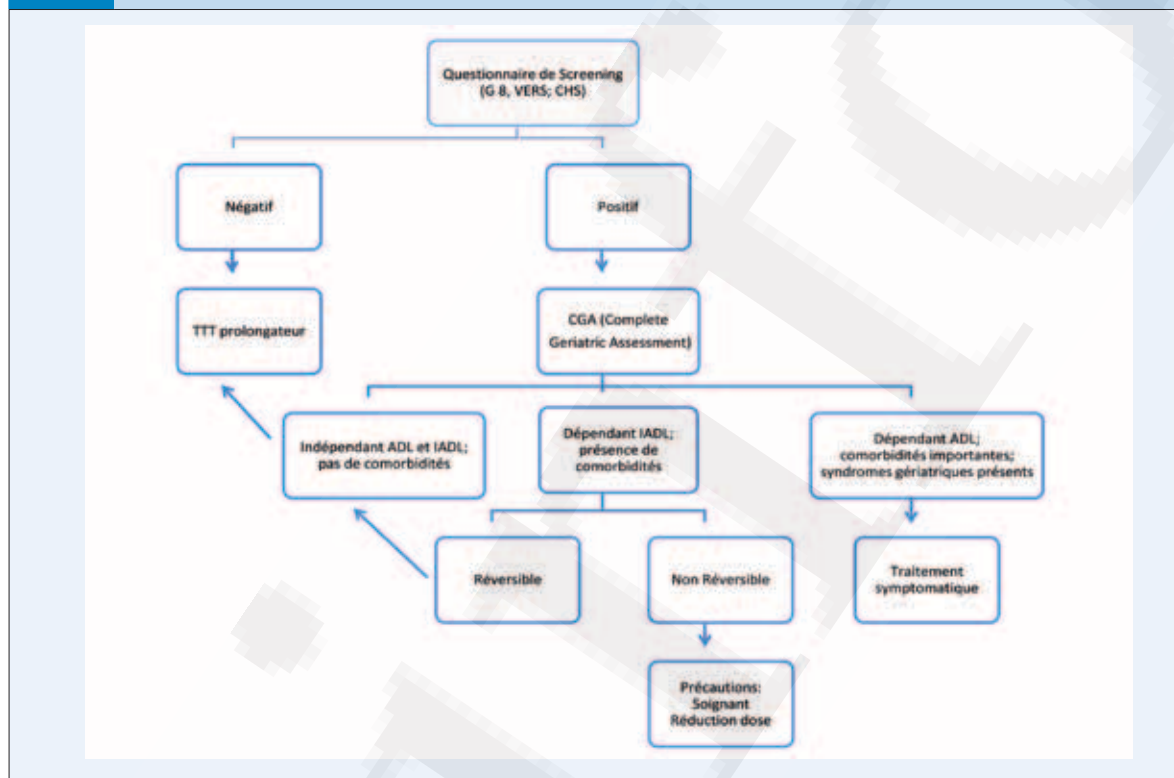
Un des modèles proposé par Lodovico Balducci (3) afin de préciser les besoins et spécificités de chacun est de classer les patients selon leur état fonctionnel : robuste, vulnérable ou fragile (fig. 2) en adaptant ensuite la prise en charge selon les évaluations gériatriques.

FIG. 1 Statistiques des cas de cancer en Suisse



a. Nouveaux cas par groupe d'âge

b. Taux de maladie en fonction de l'âge par 100 000 personnes (H: Hommes, F: Femmes) pour la période 2005 à 2009.

FIG. 2 Algorithme utilisé pour la prise de décision du Moffit Cancer Center : évaluation selon Balducci et al. (3)

Dépistage

Une évaluation gériatrique complète serait certes idéale pour tous les patients âgés avec un cancer, mais cette approche n'est guère raisonnable au vu du temps et des ressources nécessaires. La première étape proposée est donc un dépistage par les oncologues ou infirmières en oncologie (4) en utilisant des outils comme le G8 (ou ONCODAGE, utilisé à notre consultation de l'hôpital de Morges), SAOP-2 (cf. article dans cette revue par Martine Extermann et Verene Dougoud) ou VES-13 et ce afin de définir qui a besoin d'une évaluation gériatrique globale (ou Comprehensive Geriatric Assessment: CGA).

Les recommandations publiées par la SIOG (International society of Geriatric Oncology) en 2015 (4) comportent une revue récente des études publiées sur les différents outils de dépistage avec leurs sensibilités et spécificités. Un consensus semble se dessiner sur la nécessité d'utiliser un outil de dépistage afin d'identifier les patients ayant besoin d'une évaluation plus complète. Actuellement, les résultats concernant le G8 (8 questions, durée d'administration 5 minutes, sensibilité 65–92%, spécificité environ 75%), semblent les plus parlants, mais les performances dépendent des situations cliniques et des habitudes locales.

Aucun outil spécifique n'est donc recommandé ou découragé dans cette publication. Suite à un dépistage positif, l'oncologue peut alors demander une évaluation gériatrique globale.

Évaluation gériatrique

Une évaluation gériatrique globale (EGG) est une évaluation multidimensionnelle approfondie qui apporte au clinicien des informations sur l'espérance de vie, le risque de complications, les comorbidités, l'âge physiologique et une vision globale de son état

de santé. Elle permet à l'oncologue de prévoir comment la prise en charge du cancer peut être compliquée par des facteurs liés à l'âge (5). Une étude récente révèle même que lors d'une évaluation par KPS ou ECOG ne montrant pas de limitation, une EGG dépiste des déficits (2). Les principaux domaines évalués lors d'une EGG ressemblent à ceux effectués par un gériatre lors d'une consultation spécialisée, tout en ayant quelques spécificités. Ceux-ci ont été décrits dans le consensus sur l'évaluation gériatrique chez les patients âgés publié en 2014 par la SIOG (5). L'évaluation se fera toujours en pensant aussi aux répercussions des différents traitements oncologiques pouvant être proposés.

Ainsi le gériatre effectue une évaluation du **status fonctionnel**, en plus de l'ECOG ou du Karnofsky utilisé par les oncologues, en cotant les AVQ de base de Katz (6 points : toilette, habillage, transferts, WC, continence et alimentation) et les AVQ instrumentales de Lawton (8 points : téléphone, ménage, lessive, repas, commissions, transport, gestion des médicaments et gestion des finances). D'autres utilisent aussi le Timed Up and Go (TUG : temps mis pour se lever d'une chaise, parcourir 3 mètres et retourner s'asseoir. Le cut off utilisé est 20 secondes). Chez un patient oncologique, il sera toujours important de penser à comment un traitement oncologique va affecter le status fonctionnel afin de mettre en place des mesures prévenant le déclin (par exemple physiothérapie, aide à domicile, repas livrés, méthode d'appel si complications...).

Une évaluation de la **polymédication** est aussi faite et peut comporter les critères de Beers ou STOPP. Ce domaine sera particulièrement important à analyser en fonction du traitement prévu et des interactions possibles ou des toxicités pouvant apparaître lors de troubles rénaux ou hépatiques (6).

La **nutrition** est aussi un sujet important à aborder soit en s'aidant du MNA (Mini Nutritional Assessment), de l'IMC (Index de masse corporelle), de la perte de poids, des troubles de la déglutition et du niveau d'albumine sérique. Dans ce groupe de patients, la perte pondérale peut être liée soit à la néoplasie, soit à d'autres problèmes qu'il sera important d'identifier (par ex. problèmes dentaires, accès à la nourriture, troubles thymiques ...) afin de prévenir une aggravation de cet aspect lors des traitements.

Les **fonctions cognitives** seront aussi bilantées, en premier grâce à des tests de dépistages (MiniCog, MMSE, MOCA) éventuellement complétés par un bilan neuropsychologique et une imagerie cérébrale.

Parallèlement, une évaluation de la **capacité de discernement** par rapport au traitement futur peut aussi être effectuée.

Les **syndromes gériatriques** sont passés en revue en insistant sur les troubles thymiques (GDS: geriatric depression scale, ou HAD: hospital anxiety and depression scale). Les risques d'état confusionnels aigus sont signalés, l'ostéoporose évaluée ainsi que le risque de chutes, la fragilité, l'incontinence et l'entourage social ou les problèmes de logement.

Les **comorbidités** pouvant affecter le patient, autres que le cancer, sont évalués ainsi que leurs répercussions sur l'état général et les interactions de celles-ci avec le cancer ou les traitements possibles seront discutés. Les outils pouvant être utilisés sont le Charlson Comorbidity Index (CCI) ou le Cumulative Index Rating scale (CIRS-G).

De plus, il est intéressant d'évaluer l'espérance de vie avec ou sans cancer en utilisant par exemple le programme e- « prognosis » (www.e prognosis.org) afin d'évaluer si les comorbidités affectent plus l'espérance de vie que le cancer. Dans ce cas-là la nécessité d'un traitement oncologique pourrait être discutée plutôt en fonction de la qualité de vie.

En 2013, une revue systématique sur l'utilité de l'EGG chez les patients >65 ans avec un cancer non-métastatique (5) a décrit les domaines les plus significatifs et les outils utilisés habituellement en définissant comme outcome la mortalité, la toxicité relative au traitement et les complications postopératoires.

Par rapport à la mortalité, il en ressort que la nutrition (HR 1.84-2.54), le status fonctionnel (HR 1.04-1.22) et les syndromes gériatriques tels que dépression (HR 1.51-1.81) semblent être les éléments prédictifs les plus forts.

Si on regarde plutôt la toxicité relative au traitement chimiothérapeutique, le status fonctionnel et la présence de syndromes gériatriques sont les facteurs de risque les plus importants.

Les complications postopératoires semblent pour leurs parts plus fréquentes et plus sévères en présence de comorbidités graves et si une dépendance dans les activités de la vie instrumentales est décrite.

Après une évaluation aussi approfondie, une image plus précise de l'état général et de la qualité de vie du patient fait surface mais pas sans présenter des limitations. La question se pose de comment classer l'importance des différents domaines évalués et comment intégrer cette évaluation dans le choix des traitements.

Plusieurs études (7) ont montrées que lorsqu'une EGG est effectuée et incorporée dans le processus de décision de traitement, des changements importants (21% des patients) dans la prise en charge sont faits. Ceux-ci comportent des intensifications de traitements (10%), une réduction d'intensité de traitement (86%) et

un délai dans le traitement afin de permettre une prise en charge gériatrique (10%).

De plus, dans cette étude, les gériatres ont aussi fait des propositions pour les autres patients tels que: adaptation des médicaments, introduction de physiothérapie, suivi nutritionnel et introduction d'aide et de soutien à domicile dans une approche transdisciplinaire.

Différents modèles de collaboration entre oncologues et gériatres existent: dans certains pays ils sont incorporés dans tumorboards (UPCOG-France). La collaboration optimale dépend probablement des ressources et des besoins locaux.

Une chose est sûre, au vu de l'évolution démographique, l'oncologie gériatrique n'est plus un domaine ultra spécialisé dédié à une minorité de patients. Comme l'écrit Lichtmann dans son éditorial dans le Journal of Clinical Oncology en mars 2015 (7) « All adult oncologists are now geriatric oncologists » (tous les oncologues pour adultes sont maintenant des oncologues gériatriques). L'évaluation gériatrique devra être incorporée dans la pratique quotidienne de tous les oncologues et ce pour tous les champs de l'oncologie.

Dr Nicole Doser

Hôpital de Morges- EHC
Chemin du Crêt, 1110 Morges
nicole.doser@ehc.vd.ch

Conflit d'intérêts: L'auteur n'a déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

Références:

1. Stratégie nationale contre le cancer 2014-2017 <http://www.oncosuisse.ch/89/96/?oid=1837&lang=fr>
2. Jolly et al. Geriatric assessment-identified deficits in older cancer patients with normal performance status. *Oncologist* 2015; 20(4):379-85
3. Balducci L. Aging, frailty and chemotherapy. *Cancer Control* 2007; 14(1): 7-12
4. Decoster L et al. Screening tools for multidimensionnal health problem warranting a geriatric assessment in older cancer patients: an update on SIOG recommendations. *Ann Oncol* 2015; 26:288-300
5. Ramjaun A et al. Improved targeting of cancer for older patients: A systemic review of the utility of comprehensive geriatric assessment. *J Geriatr Oncol* 2013;4(3):271-81
6. Nightingale G et al. Evaluation of a pharmacist-led medication assessment used to identify prevalence of ans associations with polypharmacy and potentially inappropriate medication use among ambulatory senior adults with cancer. *J Clin Oncol* 2015 Mar 23. pii: JCO.2014.58.7550. [Epub ahead of print]
7. Cailliet P et al Comprehensive geriatric assessment in the decision-making process in elderly patients with cancer: ELCAPA study. *J Clin Oncol* 2011;29(27):3636-42
8. Lichtman SM. Polypharmacy: geriatric oncology evaluation should become mainstream. *J Clin Oncol* 2015 Mar 23. pii: JCO.2014.60.3548. [Epub ahead of print]
9. Hurria A et al. Senior Adult Oncology Clinical Practice Guidelines in Oncology, Version 2.2014 *J Natl Compr Canc Netw* 2014;12:82-126

Messages à retenir

- ◆ L'évolution démographique conduit à un vieillissement des patients atteints et traités pour un cancer.
- ◆ Afin de proposer des traitements oncologiques sur mesure (9) il est important d'avoir une évaluation de l'état général et multidimensionnel du patient
- ◆ Les outils de dépistage permettent d'évaluer quels patients ont besoin d'une évaluation gériatrique plus complète
- ◆ L'évaluation gériatrique et le travail en interdisciplinarité permettent d'avoir une vision multidimensionnelle du patient avant un éventuel traitement et de prévenir les répercussions de celui-ci sur leur état général