

Apport de l'évaluation oncogériatrique en hématologie

Oncomel

03/07/2018

Dr Céline SCHAPMAN

Gériatre

Screening : G8 : Se = 76.5%, Sp = 64.4%.

	Items	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 déglutition ?	0 : anorexie sévère 1 : anorexie modérée 2 : pas d'anorexie
B	Perte récente de poids (< 3 mois)	0 : perte de poids > 3 kilos 1 : ne sait pas 2 : perte de poids entre 1 et 3 kilos 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 : IMC = 19 à IMC < 21 2 : IMC = 21 à IMC < 23 3 : IMC = 23 et > 23
H	Prend plus de 3 médicaments	0 : oui 1 : non
P	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
	Âge	0 : > 85 1 : 80-85 2 : < 80
	SCORE TOTAL	0 – 17

Principes

- L'âge n'est pas tout (et ne veut parfois pas dire grand-chose)
- Déterminer les patients nécessitant un traitement (caractéristique de la maladie).
- Adapter la stratégie thérapeutique en termes d'objectif et d'intensité aux caractéristiques du patient âgé.
- Nécessite la collaboration médecine générale/ gériatrie et service d'oncologie hématologie.

Anémie

- Impact de l'anémie chez le sujet âgé :
- Déclin cognitif.
- Complications cardiaques.
- Accidents iatrogéniques.
- Hospitalisation.
- Qualité de vie.
- Mortalité.
- Chutes, fractures.

Troubles cognitifs et hémopathies malignes

- Facteur pronostique de survie majeur.
- Gravité des épisodes confusionnels chez le patient dément :
 - Durée, morbidité.
 - Aggravation évolution vers la démence.
- Anémie, hypercalcémie, hyperviscosité, leucostase.
- Traitements : Corticoïdes, DXM, Aracytine HD, irradiation encéphalique, thalidomide

Autonomie physique et myélome

- Anémie, douleurs osseuses, événements fracturaires.
- Sarcopénie par immobilisation.
- Déformation rachidienne séquellaire : fonction respiratoire, équilibre.
- Traitements : corticoïdes et muscle, polyneuropathie (thalidomide*, velcade*) et retentissement fonctionnel.

Prédiction de la toxicité d'une chimiothérapie : score de Hurria > 65 ans

- Age > 72 ans 2
- Cancer GU ou GI 2
- Chimiothérapie doses standards 2
- Chimiothérapie antérieure 2
- Anémie < 11g chez l'homme, 10g chez la femme 3
- Clairance de la créatinine <34ml/min 3
- Hypoacousie 2
- Chute les 6 derniers mois 3
- IADL pour le traitement 1
- Limitation de la marche 2
- Limitation des activités sociales 1
- /23, 0-5, 6-9, 10-19.

Evaluation sociale

- Accès aux soins ambulatoires.
- Mise en place d'aides au domicile.
- Prise en charge en SSR.

EGA

- **L'Évaluation (approche) Gériatrique Globale est une procédure diagnostique et interventionnelle, multidimensionnelle et pluridisciplinaire cherchant à évaluer la personne âgée fragile dans ses dimensions médicale, psychologique et de capacité fonctionnelle dans l'objectif de développer un plan coordonné et intégré de traitement et de suivi au long cours.**

Projet personnel de soins

- La pathologie hématologique.
- L'impact du traitement oncologique.
- Les co-morbidités.
- L'interaction entre chimiothérapie et comorbidités.
- La volonté du patient.
- Les possibilités d'accès aux soins hématogériatrique.
- La politique de suivi concertée.

Plus largement

- EGA pour les cancers solides.
- Score de risque opératoire.
- Score de comorbidités.
- Score de survie.

Pour conclure

- Prise en soin personnalisée : le patient âgé doit rester au centre de sa prise en charge.
- Evaluation et mise en place d'interventions.
- Suivi et accompagnement.
- Travail pluridisciplinaire.
- Réflexion centrale sur la proportion de soin : place pour les soins de support, soins palliatifs.
- Filière gériatrique : HDJ/court séjour/SSR.