



Évaluation gériatrique standardisée en oncogériatrie

Dr Camille Colliard

Pôle de soins gériatriques CHU Nantes

DU oncogériatrie

décembre 2009



Les objectifs de l'évaluation gériatrique globale en oncogériatrie

- Apprécier les éléments interférents dans la prise en charge oncologique du patient.
- Proposer un plan de soins et des dispositions concrètes: prévention, traitement, suivi.
- Évaluer les besoins sociaux et proposer un plan d'aide.



Les objectifs de l'évaluation gériatrique globale en oncogériatrie

- Estimer l'espérance de vie des patients en fonction des comorbidités et de la présence des grands syndromes gériatriques.

SUPPORT. Ann Intern Med 1995; 122: 191-203

- Hiérarchiser les problèmes de santé et rechercher des comorbidités réversibles.

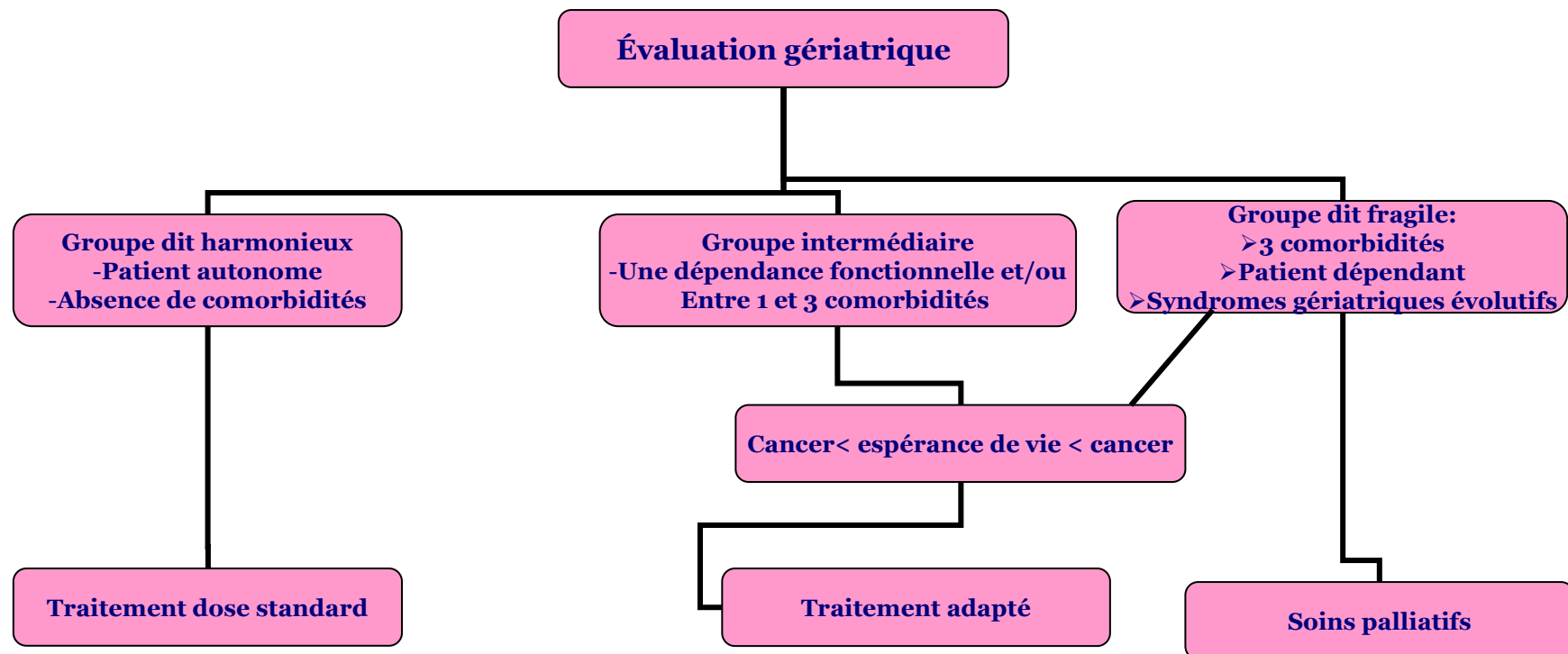


Les objectifs de l'évaluation gériatrique globale en oncogériatrie

Identifier trois types de patients:

- Les sujets âgés pouvant bénéficier d'un traitement oncologique standard (sujet vigoureux).
- Patient nécessitant une adaptation des thérapeutiques oncologiques spécifiques (patient vulnérable).
- Patients relevant d'une prise en charge symptomatique et palliative (patient fragile, comorbidités importantes, dépendance installée).

Évaluation gériatrique standardisée en oncogériatrie



Balducci L et Extermann M the Oncologist 2000;5:224-237



Les objectifs de l'évaluation gériatrique globale en oncogériatrie:

■ Rechercher la fragilité

- Approche fonctionnelle :

Diminution des habilités de la personne pour mener les activités de la vie quotidienne

Raphaël et coll 1995.

-Approche physiologique :

Perte des réserves physiologiques associée à une plus grande susceptibilité à l'incapacité.

Buchner et Wagner 1992

-Approche médicale :

La fragilité est un syndrome clinique. Patients présentant des grands syndromes gériatriques

Fried lp. From bedside to bench : research agenda for frailty



Les objectifs de l'évaluation gériatrique globale en oncogériatrie: La notion de fragilité

- Critères de fragilité:
 - âge > 85 ans
 - Au moins un syndrome gériatrique:
 - troubles de la marche ou chutes
 - incontinence
 - confusion mentale ou démence
 - dénutrition
 - Comorbidités > 3
 - Diminution d'au moins une des activités de la vie quotidienne
IADL

Woodhouse KW 1997. Age Ageing 26:245-6.



L'évaluation gériatrique standardisée

Effet bénéfique sur :

- La mortalité
- L'autonomie
- L'hospitalisation
- Les réhospitalisations

Rubenstein LZ. N Eng J Med 1984;311:1664-70

Efficacité démontrée : thérapeutiques adaptées et stratégies préventives efficaces pour maintenir un état de santé et une autonomie optimale

Appelgate WB. 1990. N Engl J Med 322:1572-78.

Stuck AE. 1993. Lancet;342:1032-36.

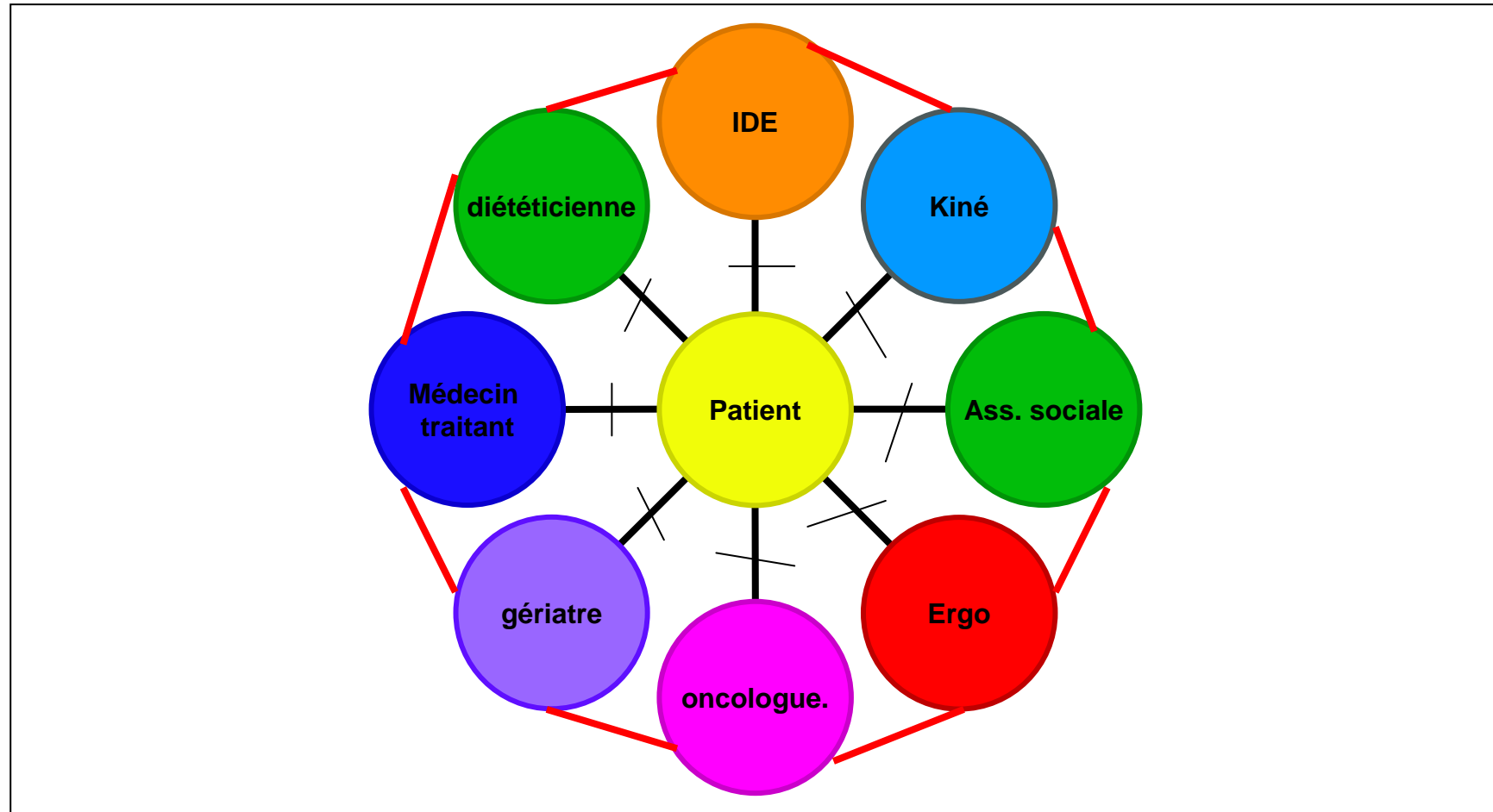
Pour apporter un bénéfice au patient, l'EGS doit être associée à la PEC des problèmes qu'elle permet d'identifier.

Stuck AE. 2002. JAMA;287:1022-8.

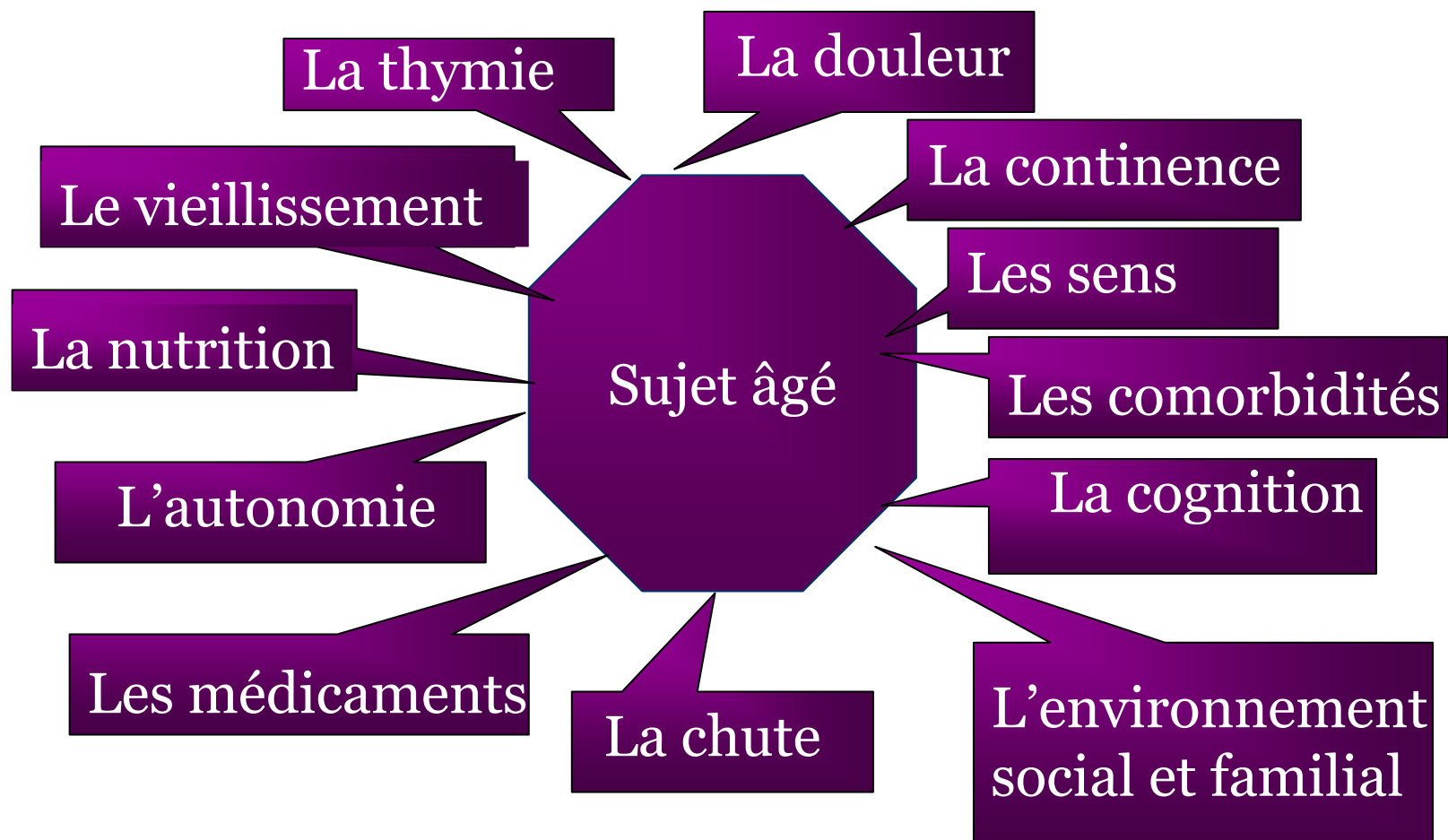


L'évaluation gériatrique standardisée

Démarche interdisciplinaire en oncogériatrie



Le sujet âgé : un individu multiple





L'évaluation gériatrique standardisée

- Douleur
- Comorbidités
- Mobilité/ chute
- Nutrition
- Autonomie
- Cognition
- Thymie
- Traitement
- Fonction rénale
- Sens
- Évaluation sociale
- Dépistage
- Prévention
- Traitement et Correction des déficits



L'évaluation gériatrique standardisée

- Recueil des données du dossier oncologique
- Interrogatoire du patient et de l'aidant
- Examen clinique complet, poids, TA...
- EGS avec passation des tests
- Toilette de l'ordonnance proposée



La douleur



Douleur et âge

- Domicile

Étude Paquid:

71,5% douleur dans l'année

32,9% douleur persistante > 6 mois

32,5% épisodique

- Institution:

40 à 80% de patients douloureux

La douleur n'est pas une fatalité. Il y a obligation de traiter.



Cancer & douleur

- 605 personnes interrogées

57 % ont une douleur rapportée au cancer, dont 69% sont invalidantes

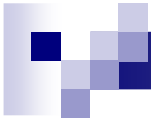
41 % des douleurs qualifiées d'intenses sont soulagées correctement

Larue et al.Br Med J, 1995,310:1034-7.



Évaluation de la douleur

- Auto-évaluation:
 - Échelle numérique (EN)
 - Échelle verbale simple (nulle, légère, modérée, intense, très intense)
 - Échelle visuelle analogique (EVA)
- Hétéro-évaluation (en cas de trouble cognitif ou de la vigilance): Évaluations comportementales
 - Doloplus
 - ECPA
 - Algoplus +++ (objectif: score < 2)



ALGOPLUS®

Echelle d'évaluation comportementale de la douleur aiguë chez la personne âgée présentant des troubles de la communication verbale

Oui / Non

- | | |
|---|---------|
| 1 – Visage : Froncement des sourcils, grimaces, crispation, mâchoires serrées, visage figé | __ __ |
| 2 – Regard : Regard inattentif, fixe, lointain ou suppliant, pleurs, yeux fermés | __ __ |
| 3 – Plaintes : « Aie », « Ouille », « j'ai mal », gémissements, cris | __ __ |
| 4 – Corps : Retrait ou protection d'une zone, refus de mobilisation, attitudes figées | __ __ |
| 5 – Comportement : Agitation ou agressivité, agrippement | __ __ |

Total oui |__| / 5



Prise en charge de la douleur en gériatrie

- Non médicamenteuse

- Médicamenteuse (fonctions rénale, hépatique):

Antalgiques des 3 paliers (OMS)

Co analgésiques

Prévention effets secondaires (nausées, constipation...)

Un principe: « ***Start low and go slow*** »



Les médicaments

La fonction rénale



Modifications liées au vieillissement

Médicaments et âge

Le volume de distribution est modifié avec augmentation du pic plasmatique et un raccourcissement de la demi vie pour les médicaments hydrosolubles, l'inverse pour les liposolubles.

Guillet P. La Revue Du Praticien 1996.36 : 581-592.



Évaluation de la fonction rénale

- Le **MDRD** (Modification of Diet in Renal Disease) permet d'estimer la fonction rénale sans connaître le poids des personnes et est plus fiable que le **Cockcroft** pour les personnes âgées
- Cette formule permet d'estimer la clairance de la créatinine en fonction de:
 - Taux de créatinine plasmatique
 - Sexe
 - Âge
 - Origine ethnique



Vieillesse rénale & médicaments

- Études faites en milieu hospitalier: Clairance moyenne de la créatinine des sujets âgés >80 ans ne souffrant pas de maladie rénale 30 ml/min.

Charmes JP 1996. La revue de gériatrie 21:447-52.

- Études épidémiologiques (Anaes 2002): 60% population >70 ans autonomes vivant à domicile ont une clairance entre 30 et 60 ml/min (Cockcroft & Gault).
- **Conséquence:** réduction des doses des traitements à élimination rénale ayant une marge thérapeutique étroite pour éviter la iatrogénie chez ces sujets polymédiqués et éviter les médicaments néphrotoxiques.



Les médicaments

Interrogatoire du patient et du médecin traitant.

Lecture des ordonnances.

Recherche de l'indication des thérapeutiques.

Recherche des thérapeutiques pouvant être supprimées

Évaluer l'observance et les traitements réellement pris.

Rechercher les effets iatrogènes présents et possibles à l'ajout d'autres médicaments.

Lazarou J et al. JAMA 1998; 279 : 1200-1205



Les médicaments

- La prise de trois médicaments par jour est un facteur de risque indépendant de chute.
- Tous les médicaments responsables d'une baisse de la vigilance (BZD, antidépresseurs, hypnotiques, NLP) et les traitements hypotenseurs, diurétiques et vasodilatateurs constituent également des facteurs de risque de chute.
- Rechercher et éviter les médicaments avec effets anticholinergiques (effet confusiogène, HTO...)



Bilan nutritionnel



La dénutrition

- Dénutrition protéino énergétique fréquente, prévalence variable:
 - 15 à 38% en EHPAD, USLD
 - 30 à 70% à l'hôpital (court séjour et SSR)
- Dénutrition par carence d'apport et/ou hypercatabolisme (ex:cancer)

Conséquences:

- Mortalité accrue
 - Prévalence des infections nosocomiales
 - Hospitalisations prolongées, retard à la guérison
 - Sarcopénie, chutes, perte d'autonomie
 - Risque de iatrogénie majoré
-
- **Dépister, prévenir et traiter la dénutrition**

Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée. HAS janvier 2008



Dépister la dénutrition

Le MNA

L'évaluation globale

Mesures anthropométriques

Enquête diététique: feuille d'alimentation sur 3 jours

Évaluation globale du sujet (motricité, escarre..)

Moins de 17/30 :malnutrition avérée

Entre 17 et 23,5/30 : risque de malnutrition

Plus de 24/30 : pas de malnutrition

Guigoz Y. 1994. Facts and Research in gerontology 21-60.

Le MNA

Le dépistage

Un score inférieur à 11 détermine la nécessité de faire l'évaluation globale

Dépistage	
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 kg 1 = ne sait pas 2 = perte de poids entre 1 et 3 kg 3 = pas de perte de poids
C	Motricité 0 = du lit au fauteuil 1 = autonome à l'intérieur 2 = sort du domicile
D	Maladie aiguë ou stress psychologique lors des 3 derniers mois? 0 = oui 2 = non
E	Problèmes neuropsychologiques 0 = démence ou dépression sévère 1 = démence ou dépression modérée 2 = pas de problème psychologique
F	Indice de masse corporelle (IMC = poids / (taille) ² en kg/m ²) 0 = IMC < 19 1 = 19 ≤ IMC < 21 2 = 21 ≤ IMC < 23 3 = IMC ≥ 23



Le MNA

- MNA: Facteur prédictif indépendant à 3 mois dans une cohorte de 364 patients âgés atteints de cancer disséminés et recevant une chimiothérapie.

Soubeyran P et al.2006



La nutrition: paramètres biologiques

L'albumine

Modifiée par l'inflammation

Malnutrition si albumine < 35 g/ l

Demi vie de 21 jours

Facteur pronostic: risque relatif de mortalité en fonction de l'albuminémie et du sexe.

Corti 1994 JAMA;272:1036-42

La pré albumine

Intérêt dans le suivi et renutrition

Demi vie de 48 heures

Les lymphocytes: lymphopénie marqueur de dénutrition

hypocholestérolémie : élément prédictif de mortalité



Albuminémie et mortalité

Albuminémie (g/l)	Risque relatif de décès à 3.7 ans [IC 95%]	
	Hommes	Femmes
< 35	1,9 [1,1-3,1]	3,7 [2,5-5,5]
[35-38[1,9 [1,3-2,6]	2,5 [1,8-3,5]
[38-41[1,3 [1,0-1,8]	1,4 [1,1-1,9]
[41-43[1,2 [0,9 -1,7]	1,4 [1,1-2,0]
>43	1	1

Risque relatif de mortalité selon l'albuminémie et le sexe, d'après Corti et al.1994 JAMA.



Albuminémie et mortalité

Albuminémie (g/l)	>35	[30-35[[25-30[[20-25[<20
Taux de mortalité	1,7%	9,9%	23,7%	42,7%	62,0%
(N)	(n=1551)	(n=221)	(n=156)	(n=82)	(n=50)

Taux de mortalité à 30 jours en fonction de l'albuminémie la plus basse dosée au cours de l'hospitalisation de 2060 patients, d'après Reinhardt *et al.* 1982.

J Parenter Enteral Nutr .



La dénutrition

L'IMC ou BMI

IMC = poids/taille² en kg/m²

Dénutrition:

- Perte de poids $\geq 5\%$ en 1 mois ou $\geq 10\%$ en 6 mois
- IMC < 21
- MNA < 17
- Albuminémie < 35g/l

Dénutrition sévère:

- perte de poids $\geq 10\%$ en 1 mois ou $\geq 15\%$ en 6 mois
- IMC < 18
- albuminémie < 30g/l

Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée HAS (janvier 2008)



La mobilité et la chute



Mobilité

1. Repérer la personne à risque

- Antécédents de chutes l'année précédente
- Rechercher les facteurs de risque
 - Facteurs de risque intrinsèques
 - Facteurs de risque extrinsèques
- Capacité de se relever du sol seul
- Évaluation de la marche et du risque de chute



Risque de chute

2. Évaluer le risque de chute

- Appui unipodal > 5 secondes

- Get up and go

Se lever d'une chaise avec un accoudoir, marcher 3 mètres, puis s'asseoir.
Test doit être inférieur à 20 secondes.

- Talking –walking

Être capable de parler en marchant.

- Le Tinetti

Mathias S. Arch Phys Med Rehabil 1986 ; 76 : 387

- Poussée sternale



Évaluer le risque de chute et intervenir

- Rechercher une hypotension orthostatique

« Diminution d'au moins 20 mm Hg de la PAS et/ou d'au moins 10 mm Hg de la PAD mesurée dans les trois minutes qui suivent l'orthostatisme après une période de repos allongé de 10 minutes »

Conférence de consensus (American Academy of Neurology) 1996

- Recherche et correction d'éventuels facteurs de risque iatrogènes
- Allègement thérapeutique chaque fois que possible



Évaluer le risque de chute et intervenir

- Corrections des déficits neurosensoriels
- Attention au pied du sujet âgé et chaussage
- Conseils nutritionnels (préventifs), correction des déficits nutritionnels le cas échéant
- Mesures préventives et/ou curatives de l'ostéoporose (supplémentation vit D)

*Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée.
Novembre 2005. HAS*

*Évaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des
chutes répétées. Avril 2009. HAS*



Déficit en vitamine D

■ Prévalence:

En institution, 98% (84+/-6 ans) vit 25 OHD₃ < 25nmol/l

Fardellone P et al Rev Rhum 1995;65:576-81

A domicile , 39% (75-90 ans) vit 25OHD < 30nmol/l

Chapuy MC et al. J Clin Endocrinol Metab 1996; 81:1129-33

60% (60-19 ans) vit 25OHD < 30nmol/l

Souberbielle JC et al. J Clin Endocrinol Metab 2001;86:3086-90



La vitamine D

- La concentration minimum de 25 (OH) vit D₃ souhaitée est entre 70-80 nmol/l (28-32 ng/ml)

en dessous, effets délétères (PTH, équilibre, chutes, fractures...)

Besoins journaliers: 800 à 1000UI/j

Dawson-Hughes B et al, Osteoporos Int.2005;16:713-16

- Doser la calcémie et Calculer la calcémie corrigée (contexte de néoplasie)



Conséquences du déficit en vitamine D

- Hyperparathyroïdie IIaire:
ostéoporose, fractures
- Équilibre
- Force musculaire
- Chutes
- Syndrome dépressif
- Myalgies
- Ostéomalacie



Les comorbidités



Les comorbidités

Les comorbidités correspondent à l'ensemble des affections médicales intercurrentes à une pathologie donnée (cancer) qui peut agir de façon prédominante sur le pronostic et l'évolution de cette pathologie.

Rochon PA. Med Care 1996;34:1093-101.

Élément pronostique (mortalité) indépendant du stade de la maladie

Satariano. Crit Rev Oncol Hematol 2003

Majoration de la iatrogénie (chimiothérapie)

Yancik. Cancer 1997



Les comorbidités

- Évaluation selon des échelles de comorbidités validées (ex:la CIRS).

Extermann M. Eur J e LM 2000 ; 36 : 453-71.

- La CIRS fournit une quantification de la sévérité des maladies chroniques, dans 14 systèmes.

Linn BS J Am Geriatr Soc 1968;16:622-6.

Échelles de comorbidités : CIRIS

- Cœur
- Vaisseaux, HTA
- Hémopoiétique
- Respiratoire
- Nez, gorge, larynx, oreille, yeux
- Tube digestif supérieur
- Tube digestif inférieur
- Foie, pancréas, voies biliaires
- Rein
- Génito-urinaires
- Téguments, muscles, squelettes
- Neurologie
- Sein, glandes endocrines, métabolisme
- Maladie psychiatrique (démence, dépression)

Échelle de cotation :

- 1. Pas de problème*
- 2. Problème insignifiant ou modéré*
- 3. Morbidité contrôlée par un traitement*
- 4. Morbidité constante non contrôlée*
- 5. Morbidité très sévère met en jeu le pronostic vital*



Échelles de comorbidités

- The Charlson Comorbidity Index

Froehner M. Urology 2008

Il varie de 0 à 30 selon l'importance des morbidités compétitives, décrites selon 4 niveaux.

- The Index of Coexistent Disease (ICED)

Athienites NV. Semin Dial 2000 ; 13 : 320-6.

- The Kaplan-Feinstein index

Wang CY. Eur J Cardiothorac Surg 2007 ; 32 : 877-81



Les comorbidités: exemples

- Diabète:
Surveillance du diabète (risque de décompensation avec ttt)
Sulfamides hypoglycémiants chez sujets âgés fragiles dénutris :risque hypoglycémie
Pas de régime trop strict (attention à la dénutrition)
- HTA:
Contrôle TA. Attention HTO.
- Démence:
prévention de la confusion, de la perte d'autonomie
- Dépression:
Suivi psychologique. Traitement antidépresseur
- Insuffisance rénale: adapter les posologies
- Anémie:
bilan étiologique, supplémentation de carences
- Sens:
correction de l'acuité visuelle

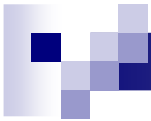
...



Score de Lee

- Lee et al. ont développé et validé un score intégrant des paramètres de l'EGS, de morbidité et de mesure de la fragilité. Ce score a une valeur pronostic de la mortalité à 4 ans chez l'adulte de plus de 50 ans (avec un questionnaire de 12 items).

Lee SJ et al. JAMA 2006;295(7)801-8.



Scolarité de Lee de mortalité à 4 ans		<i>Lee SJ.JAMA 2006</i>
Age	60-64	1
	65-69	2
	70-74	3
	75-79	4
	80-84	5
	>85	6
Sexe	masculin	2
BMI	< 25	1
Diabète		1
Cancer		2
Maladie respiratoire chronique		2
Insuf. Cardiaque congestive		2
Tabagisme actuel		2
Difficultés à la toilette		2
Difficulté à gérer son budget		2
Difficultés à marcher plusieurs mètres		2
Difficultés à pousser ou tirer des objets lourds		1
		25 Score maximum



La cognition



La cognition: la démence

- La démence: 1 nouveau cas toutes les 7 secondes dans le monde...

Ferri P.Lancet 2005;366:2112-1

- La maladie d'Alzheimer: 80% des démences

Prévalence MA et syndromes apparentés:

5% à 65ans... 30% à 85 ans

50% des patients ne sont pas identifiés.

Boustani.Ann Intern Med 2003.

- Surmortalité

Bynum. Jaggs 2004.

Espérance de vie réduite (50%), moyenne de 7 ans (depuis le diagnostic ou les premiers symptômes)

Larson. Ann Intern Med 2004



La cognition

- La démence ne contre indique pas le traitement mais l'adapte.
- Difficulté du consentement éclairé d'où l'importance de la personne de confiance
- Risque majeur de confusion en cas de démence, par la chimiothérapie, et les autres traitements (anticholinergiques, corticoïdes...)
- Évaluation de la cognition par l'entretien et les tests de dépistage:
 - MMS
 - Test de l'horloge
 - Épreuve des 5 mots
- IADL (version courte):



La cognition

Le MMS

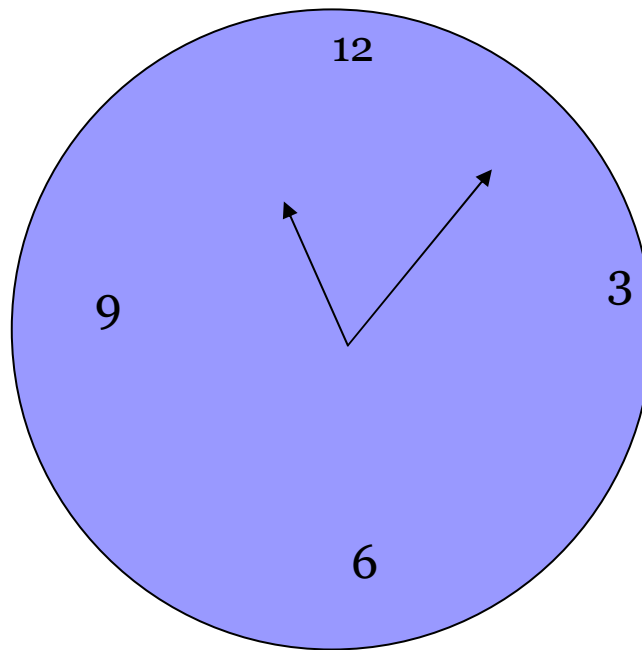
N'a pas valeur de diagnostic mais de dépistage.
S'intéresse aux praxies, à l'attention, à la mémoire, à l'orientation, aux calculs, aux apprentissages, au langage.

On considère que la normalité se situe à 24/30, mais ce résultat doit être évalué en fonction du niveau scolaire.

Folstein MF.J Psychiatr Res 1975 ; 12 : 189

La cognition

Le test de l'horloge



Manos P. Psychiatric Times 1998 : 15(10)



La cognition

■ Test des cinq mots de Dubois

Se:91% *Sp:87%*

Présentation de la liste des 5 mots, apprentissage, encodage, puis le patient doit restituer les 5 mots avec ou sans indice.

Épreuve intercurrente

Puis redonner les cinq mots avec ou sans indice

Un score <10/10 est pathologique



La cognition

Si le dépistage se révèle positif, le recours à une consultation pluridisciplinaire neuropsychologique afin de faire un diagnostic est souhaitable.

Dans ce cas, proposer un scanner cérébral et un bilan biologique comprenant la TSH, la vitamine B12, les folates, les sérologies TPHA-VDRL et HIV (en fonction du contexte).

Le résultat du bilan ne contre indique pas le traitement mais l'adapte.



La confusion

- Critères DSM-IV
- A: Altération de la conscience avec diminution de la capacité à focaliser, maintenir ou déplacer l'attention
- B: Modification cognitive ou perturbation de la perception qui n'est pas mieux expliquée par une démence pré-existante
- C: installation brutale et les troubles fluctuent sur une courte période de temps et tendent à fluctuer au cours d'une journée
- D: On peut identifier une cause organique dans l'histoire, l'examen clinique ou les investigations



La confusion

■ **Confusion Assessment Method**

Outil de dépistage

Basé sur les facteurs clefs du diagnostic:

1. Début aigu, fluctuation de l'évolution ET
2. Inattention PLUS
3. Désorganisation du cours de la pensée et du langage OU
4. Atteinte de la vigilance



La confusion

- **Prévention de la confusion (ex: en post-opératoire):**
- Maintenir un bon état d'hydratation
- Correction d'une anémie
- Antalgie efficace: pallier I puis II puis III
« start low ang go slow »
- Régime hypercalorique et hyperprotidique
- Prévention de la constipation
- Lever précoce et kiné de marche précoce
- Attention au sevrage de psychotrope (ex:BZD)
- Éviter la contention
- Prévention des complications liées à l'immobilisation
- Prescription de psychotrope sédatif si besoin (en cas de risque d'auto ou hétéro agressif), faible posologie: 1 médicament mieux que 2, à arrêter dès que possible.
- Molécule le moins anticholinergique possible
- Action sur l'environnement



La thymie



Thymie

- Prévalence forte de dépression des SA hospitalisés ou en institution:
- 20% de symptômes dépressifs
- 13% états dépressifs sévères
- Dépressions sous diagnostiquées:40%
- Population générale > 65 ans: 10-50% symptômes dépressifs

Pinquier C. La revue de gériatrie. mai 2004;29,65-76.



La thymie

La dépression est sous estimée.

Le diagnostic est difficile car les symptômes sont le plus souvent atypiques (agressivité, plaintes somatiques..)

La prise en charge de la dépression permet d'augmenter l'observance thérapeutique, la tolérance et la qualité de vie.

Outils de dépistage: GDS

Et/ou mini GDS



La thymie: le mini GDS

1. Vous sentez vous souvent triste et découragé (oui=1)
1. Avez vous le sentiment que votre vie est vide (oui=1)
2. Etes vous heureux(se) la plupart du temps (non=1)
3. Avez vous l'impression que votre situation est désespérée (oui=1)

Si le score est ≥ 1 le risque de dépression est important
Test de dépistage non validé si MMS inférieur à 15/30.

Clement J. L'encéphale 1997 ; 22 : 91-99

Se:0,69 Sp:0,80

D'Ath.Fam Pract 1994



La thymie

- Dépression diagnostiquée:

- PEC adaptée:
 - PEC douleur
 - Ttt antidépresseur
 - Écoute, entretien, Soutien psychologique



L'autonomie



L'autonomie

L'autonomie est la capacité de se gouverner soi même.
La perte d'autonomie peut être physique ou psychique.

La dépendance est la nécessité de recourir à un tiers pour accomplir les gestes de la vie quotidienne.

Elle est mesurée par les actes de la vie quotidienne, les ADL définies par Katz et/ou les IADL ou activités instrumentales définies par Lawton.

Barberger-Gateau P. Age And Ageing 1993 ; 22:457-63

Katz S et al. The Gerontologist 1970 ; 10 : 20-30



L'autonomie

Les ADL

Score de 0 (dépendant) à 6 (autonome).

Continence, aller aux toilettes, transfert, habillage, repas, faire sa toilette.

Marqueur de « fragilité », de dépendance

Validation par un tiers

Le score permet d'évaluer avec précision les aides à mettre en place.



L'autonomie

- Score des ADL (Activities of Daily Living) de Katz
(Activité de base de la vie quotidienne)
- Hygiène corporelle
- Habillage
- Possibilité d'aller aux toilettes
- Continence
- Déplacements
- Alimentation

Katz S et al. 1970. The Gerontologist 10:20-30.



L'autonomie

Les IADL

Marqueur de perte d'autonomie, valable pour les personnes vivant à domicile

Score de 0 (indépendance) à 8 (dépendance)

Lessive, ménage, transfert, utiliser le téléphone, faire la cuisine, faire les courses, gérer son traitement, savoir utiliser son argent.

Validation indispensable par un tiers



L'autonomie

- Le score des IADL (Instrumental activités of Daily Living) de Lawton
4 sont prédictives de démence à 1 an
- Capacité à gérer son traitement
- Capacité à gérer son budget
- Téléphoner
- Utiliser les moyens de transport

Barberger-Gateau P.1993. Age and Ageing 22:457-63.



Les sens



Les sens

Acuité visuelle

Examen avec et sans correction

Le vieillissement des yeux se traduit par la presbytie, la cataracte et une diminution du champ visuel.

Toute baisse de l'acuité visuelle, de la sensibilité aux contrastes, du champ visuel prédispose aux chutes.



Les sens

- Acuité auditive

Examen avec et sans correction

Le vieillissement auditif est la presbyacousie, aggravée par des facteurs externes: exposition au bruit, médicaments oto-toxiques (doses cumulées d'aminosides, furosémide).

Vision et audition:

Nécessaire pour la communication, les relations sociales et l'autonomie



Évaluation sociale et familiale



Évaluation sociale et familiale

- Recherche de l'aidant principal

Contexte familial

Renseignement sur le lieu de vie et la distance avec le lieu de soin

Aide humaine et matériel en place

Moyen financier

- Mise en place d'un plan de vie et d'aide, avant, pendant et après le traitement.

Évaluer la nécessité d'un soin de suite à l'issue du ttt.

- Grille AGGIR (évaluation de l'état fonctionnel, sert pour l'attribution de l'APA)



Grille mini-Zarit:

Evaluation de la souffrance des aidants naturels

1. Le fait de vous occuper de votre parent entraine-t-il:
 - des difficultés dans votre vie familiale
 - des difficultés dans vos relations avec vos amis, votre travail ou vos loisirs?
 - un retentissement sur votre santé (physique ou psychique)?
2. Avez-vous l'impression de ne plus reconnaître votre parent?
3. Avez vous peur pour l'avenir de votre parent?
4. Souhaitez-vous être (davantage) aidée pour vous occuper de votre parent?
5. Ressentez-vous une charge en vous occupant de votre parent?

0: jamais 1/2: parfois 1: souvent

**Total: 0 à 1,5: fardeau absent ou léger
 1,5 à 3: fardeau léger à modéré
 3,5 à 5: fardeau modéré à sévère
 5,5 à 7: fardeau sévère**



GRILLE MINI – ZARIT

Evaluation de la souffrance des aidants naturels dans le maintien à domicile des personnes âgées

Patient (Nom - Prénom):

N° SS :

Aidant évalué (nom et situation vis-à-vis du patient):

Notation : 0 = jamais , ½ = parfois , 1 = souvent

0 ½ 1

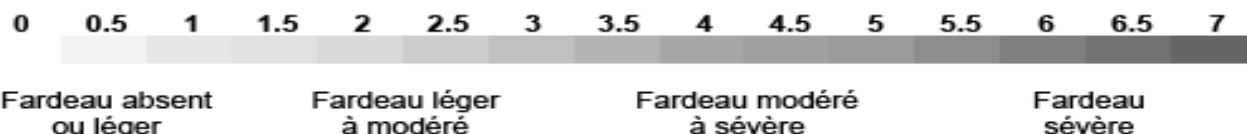
- 1 - Le fait de vous occuper de votre parent entraîne-t-il :
- des difficultés dans votre vie familiale ? 0 ½ 1
 - des difficultés dans vos relations avec vos amis, vos loisirs, ou dans votre travail ? 0 ½ 1
 - un retentissement sur votre santé (physique et/ou psychique) ? 0 ½ 1
- 2 - Avez-vous le sentiment de ne plus reconnaître votre parent ? 0 ½ 1
- 3 - Avez-vous peur pour l'avenir de votre parent ? 0 ½ 1
- 4 - Souhaitez-vous être (davantage) aidé(e) pour vous occuper de votre parent ? 0 ½ 1
- 5 - Ressentez-vous une charge en vous occupant de votre parent ? 0 ½ 1

<u>Date :</u>	<u>Age du patient :</u>	<u>Age de l'Aidant évalué :</u>
<u>SCORE :</u> + + + + + + =		17
<u>Nom, fonction, et signature de l'évaluateur :</u>		

<u>Date :</u>	<u>Age du patient :</u>	<u>Age de l'Aidant évalué :</u>
<u>SCORE :</u> + + + + + + =		17
<u>Nom, fonction, et signature de l'évaluateur :</u>		


<u>Date :</u>	<u>Age du patient :</u>	<u>Age de l'Aidant évalué :</u>
<u>SCORE :</u> + + + + + + =		17
<u>Nom, fonction, et signature de l'évaluateur :</u>		

Interprétation :





Conclusion




L'objectif de l'évaluation gériatrique en oncogériatrie pour une population

Mettre en évidence des critères de mauvaises observances, d'échecs, de réussites des thérapeutiques

Exterman EJ Cancer. 2002.

Améliorer les relations pluridisciplinaires pour une meilleur prise en charge des patients

Développer la recherche



L'objectif de l'évaluation gériatrique en oncogériatrie pour une population

- Projet de soins

L'évaluation pré thérapeutique d'un patient âgé atteint de cancer doit permettre de dégager des facteurs prédictifs de mortalité et de mauvaise tolérance aux traitements et d'estimer ses ressources fonctionnelles afin d'adapter la prise en charge oncologique.

- Projet de vie du patient et qualité de vie:

Les personnes âgées ont souvent des idées assez précises de la manière dont elles veulent terminer leur existence. Il faut les inclure dans ces projets.

L'évaluation de la qualité de vie chez les sujets âgés atteints de cancer est importante pour confirmer que le traitement choisi préserve, voire améliore la qualité de vie.