

Réflexion autour d'un outil commun gériatre-oncologue

Dr Fabienne BLANCHET, Gériatre, capacitaine en oncogériatrie, CHD La Roche sur Yon

Dr Martine MARTIN-GRELLIER, Gériatre, capacitaine en oncogériatrie, CH Les Sables d'Olonne

Nos confrères oncologues, spécialistes d'organes et médecins généralistes reçoivent de nombreux patients âgés. Ils se fient le plus souvent à l'âge et à l'aspect général de la personne pour estimer sa capacité à recevoir ou non un traitement anticancéreux

Comment sensibiliser nos collègues à une démarche plus « gériatrique » et de fait plus objective ?

Ce questionnement nous a amenées à réfléchir à une forme d'évaluation facile et rapide à réaliser par tout médecin. Elle les conduira à utiliser d'autres critères que celui de l'âge pour décider d'une prise en charge moins arbitraire et mieux uniformisée.

Temps d'observation

En Europe, les experts en méthodologie de l'European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC) ont validé l'utilisation des tests de l'EGS pour la prise en charge du patient âgé cancéreux.

En France, plusieurs équipes comme celles de Lyon, de Nice, de Clermont Ferrand ont élaboré des outils d'évaluation rapide pour orienter les patients âgés porteurs d'un cancer vers une prise en charge adaptée. **Aucun outil n'est actuellement validé sur le plan national.**

En échangeant nos idées avec nos confrères oncologues et spécialistes d'organes, et en prenant compte de leurs remarques, nous avons pu cerner ce qui paraissait pour eux important, voire indispensable à mettre en évidence :

- les antécédents
 - les comorbidités avec si possible le pronostic de survie
 - la compréhension pour le patient de sa maladie cancéreuse
 - le vécu de cette maladie
- les souhaits par rapport aux traitements

Ces remarques nous ont permis d'affiner notre outil au fil des mois, tout en conservant l'esprit de l'EGS.

Nous aurions pu proposer une évaluation oncogériatrique pour tous les patients de plus de 75 ans porteurs d'un cancer. Mais cette démarche nécessite du temps médical de gériatre et n'est pas adaptée dans certaines situations. En effet, les Near Death ou patients trop malades doivent bénéficier de façon évidente d'un traitement palliatif sans avis gériatrique.

Pour les raisons suivantes, nous nous sommes donc dirigées vers l'idée d'une micro évaluation faite par le médecin qui découvre le cancer :

- Une micro évaluation a l'avantage d'orienter les patients âgés de façon standardisée, minimisant le côté arbitraire de la prise en charge liée exclusivement à l'âge.
- Elle sensibilise l'oncologue à la démarche gériatrique et à la particularité du patient âgé pris en charge.
- Une évaluation rapide, mais objective, par l'oncologue permet une première orientation des patients sans impliquer d'emblée le gériatre.

L'outil : La micro-évaluation

Cette une micro évaluation est réalisée par le médecin qui découvre le cancer. Nous l'avons donc conçue pour être rapide et facile à faire (5min). Nous avons retenu quatre items :

- la cohérence,
- la marche,
- la continence
- la capacité à se laver et s'habiller seul.

Ces items reflètent l'autonomie du patient, c'est-à-dire la capacité de se gouverner lui-même. En effet, si le recueil des antécédents et des comorbidités fait partie des compétences de tous les médecins, l'évaluation de l'autonomie de la personne âgée est une spécialité du gériatre.

En retenant quatre items avec seulement deux possibilités de réponses pour chaque item proposé, nous avons calculé un score. Le calcul d'un score est concret, il établit un langage commun :

Score maximum de 8/8 :

- un patient sans trouble cognitif et autonome physiquement obtient un score de 8/8.
S'il a moins de 85 ans : il est orienté directement vers une RCP de spécialité sans évaluation gériatrique. A ce stade, les comorbidités et les risques de toxicités seront abordés par nos confrères et si besoin une évaluation oncogériatrique sera alors demandée.
Un score de 8/8 chez un patient de plus de 85 ans nécessite dans tous les cas une évaluation oncogériatrique. Nous retenons cet âge comme un marqueur de fragilité.

Score minimum de 4/8 :

- un patient avec des troubles cognitifs et dépendant physiquement obtient un score de 4/8 et est orienté vers une prise en charge palliative.

Score moyen de 5,6 ou 7 :

- ce résultat oriente vers une évaluation oncogériatrique puis un passage en RCP

Cet outil est conservé dans le dossier médical du patient, à la disposition des confrères. Si le patient est vu en consultation externe, un courrier détaillé avec la même méthodologie sera adressé au médecin demandeur de l'évaluation.

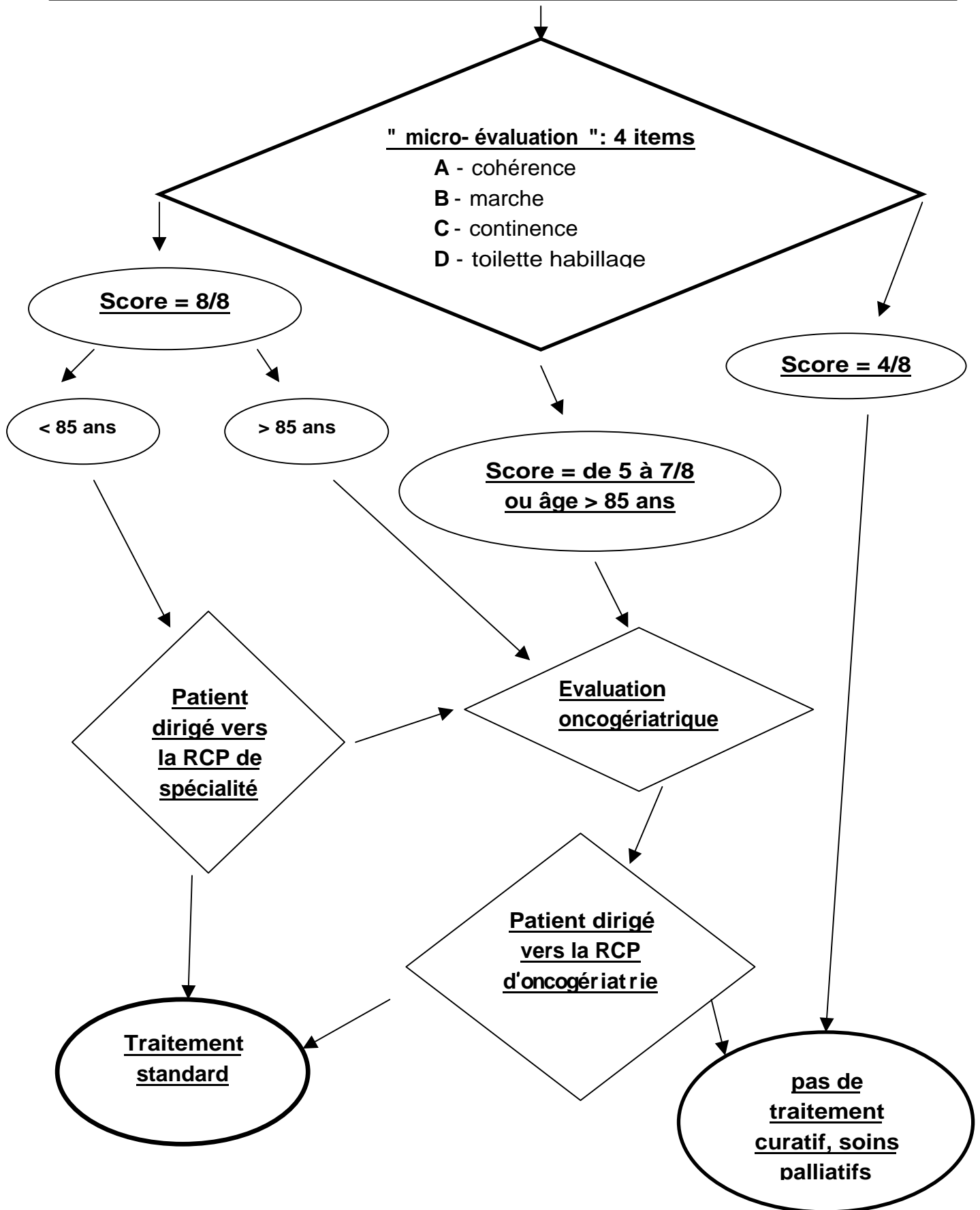
Tableau des scores

Micro-évaluation à faire par tout médecin découvrant un cancer chez un patient âgé de plus de 75 ans

ITEMS	Oui = 2 points	Non = 1 point	
Cohérent, sans trouble des fonctions supérieures ou du comportement : Pas de démence avérée (données retrouvées dans le dossier médical du patient ou dans un courrier médical)			
Marche sans aide			
Continence			
Toilette, habillage sans aide			
SCORE			Total / 8 =

Arbre décisionnel

Découverte de cancer chez un patient âgé de plus de 75



Utilisation de l'outil : Cas cliniques

Les cas cliniques présentés ci-après, nous confirme l'utilité de sensibiliser nos confrères à ce regard gériatrique en le concrétisant de façon simple sous la forme d'une micro évaluation.

1^{er} Cas clinique :

Femme, âgée de 81 ans, atteinte d'un cancer du sein avec des métastases osseuses diffuses et hépatiques probables.

Elle obtient un score de 5 à la micro évaluation gériatrique. Selon l'arbre décisionnel, elle est adressée en consultation au gériatre. Lors de la consultation, il est repéré qu'une chimiothérapie est possible mais nécessite un entourage familial présent. En effet, cette dame vit seule, la perte d'autonomie est liée aux douleurs causées par les métastases osseuses mais elle n'a pas d'autres comorbidités engageant son pronostic vital à court ou à moyen terme.

Son dossier est présenté en RCP où l'indication de chimiothérapie

Dans un deuxième temps, cette patiente se fracture le poignet lors d'une chute, elle est rapidement orientée vers un soin de suite, où la chimiothérapie peut être poursuivie. L'amélioration clinique est telle qu'on observe une reprise de la marche et donc de l'autonomie.

Réflexion autour de l'outil

Nous sommes conscientes qu'en travaillant à partir de cette micro évaluation, nous serons sollicitées pour une évaluation oncogériatrique pour la majorité des patients. Mais notre préoccupation principale est de lutter contre l'absence de prise en charge sur le seul critère de l'âge. Nous voulons améliorer la prise en charge de la personne âgée présentant un cancer en commençant par lui donner une chance d'être présentée en RCP et d'être traitée.

Ce document à été crée avec Win2pdf disponible à <http://www.win2pdf.com/fr>
La version non enregistrée de Win2pdf est uniquement pour évaluation ou à usage non commercial.