



الجمعية الجزائرية للتكوين والبحث في طب الأورام  
Société Algérienne de Formation  
et de Recherche en Oncologie

# Oncogériatrie

COM 5 Zéralda 14 – 18 Novembre 2021

**TABOURI Sarah- YEKROU Djamila**

Centre de Lute Contre le Cancer Sidi Bel Abbès

# Plan de la question:

- I. Introduction
- II. Epidémiologie
- III. Syndromes gériatriques
- IV. Outils d'évaluation:
  1. Evaluation initiale
    - Type de vieillissement
    - Scores de survie
    - Concept de fragilité: score G8
  2. Evaluation gériatrique approfondie
    - Evaluation fonctionnelle: Echelle ADL/Echelle IADL
    - Evaluation nutritionnelle
    - Comorbidité et polymédication
    - Evaluation cognitive
    - Evaluation de la dépression
    - Evaluation du risque de chute
- V. Score de prédiction de la chimio-toxicité
- VI. Exemples de PEC de cancers chez le sujet âgé:
  - Cancer du sein
  - Cancer colorectal métastatique
  - Immunothérapie chez le sujet âgé
- VII. Conclusions
  - QUIZ



# I. Introduction:

- Espérance de vie en Algérie: 74ans pour les femme/78ans pour les hommes.
- L'incidence du cancer augmente régulièrement au cours de la vie.
- La prise en charge oncologique de la population âgée ne doit pas être l'extrapolation des traitements oncologiques étudiés chez le patient jeune et ne peut se limiter au seul soin du cancer.
- le patient oncologique âgé nécessite une prise en charge globale, intégrant les dimensions médicale, cognitive et sociale.

# Définition de l'oncogériatrie

- La difficulté de prendre en charge ces patients situés à la frontière de deux spécialités : la gériatrie et l'oncologie, a fait naître la notion d'oncogériatrie.
- Il ne s'agit pas de la création d'une nouvelle spécialité mais bien *l'organisation d'un ensemble de compétences d'origines diverses ayant pour but d'optimiser la prise en charge des malades âgés atteints de cancer.*
- **Prise en charge spécialisée des patients atteints de cancer âgés de 65 ans et plus (certaines sociétés savantes fixent l'âge à 70ans).**
- **L'évaluation oncogériatrique:** C'est une procédure diagnostique multidimensionnelle et pluridisciplinaire du sujet âgé qui permet d'identifier l'ensemble des problèmes médicaux fonctionnels, psycho-sociaux et les fragilités gériatriques des sujets âgés.

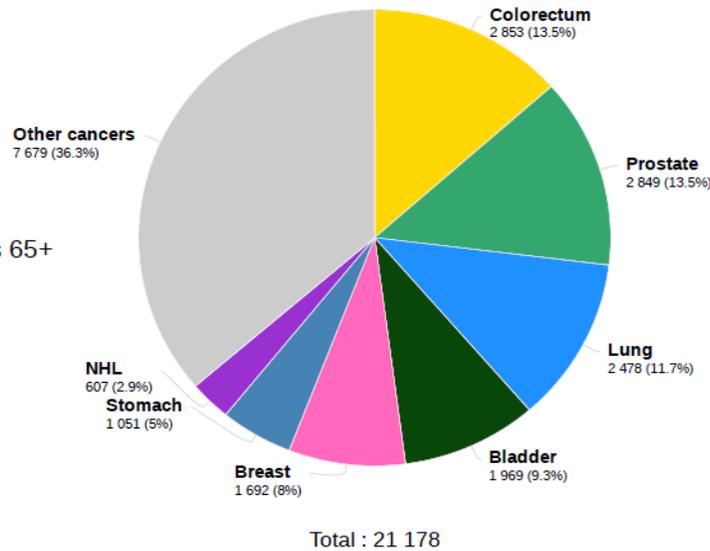
# II. Epidémiologie:

En 2020:

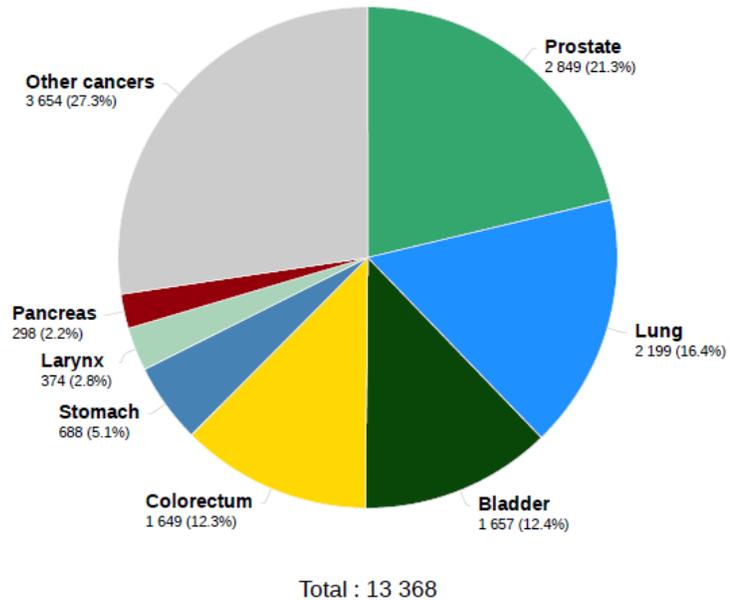
Monde: 30% (soit 5 670 522) des cancers sont survenus chez les + de 65ans

**Algérie: 37% des cancers sont survenus chez les plus de 65 ans**

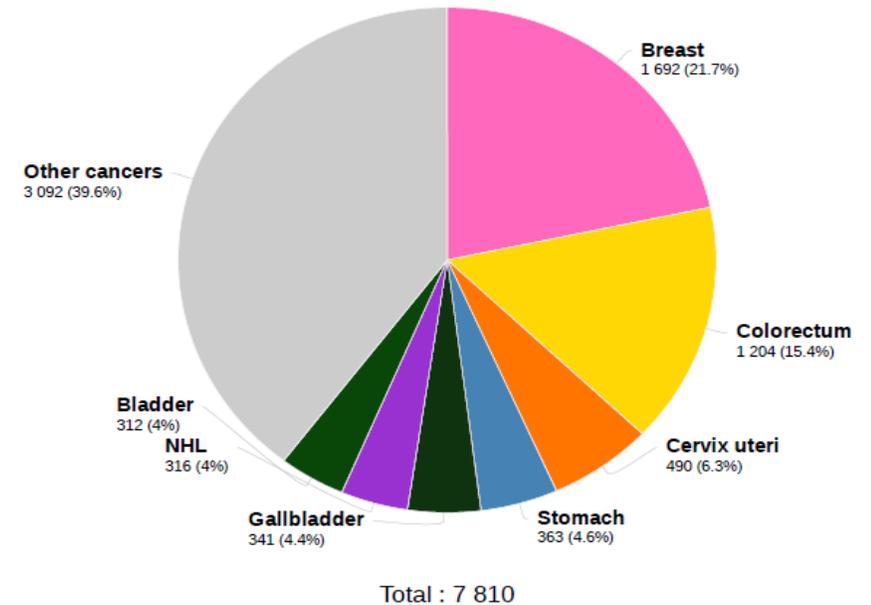
Estimated number of new cases in 2020, Algeria, both sexes, ages 65+



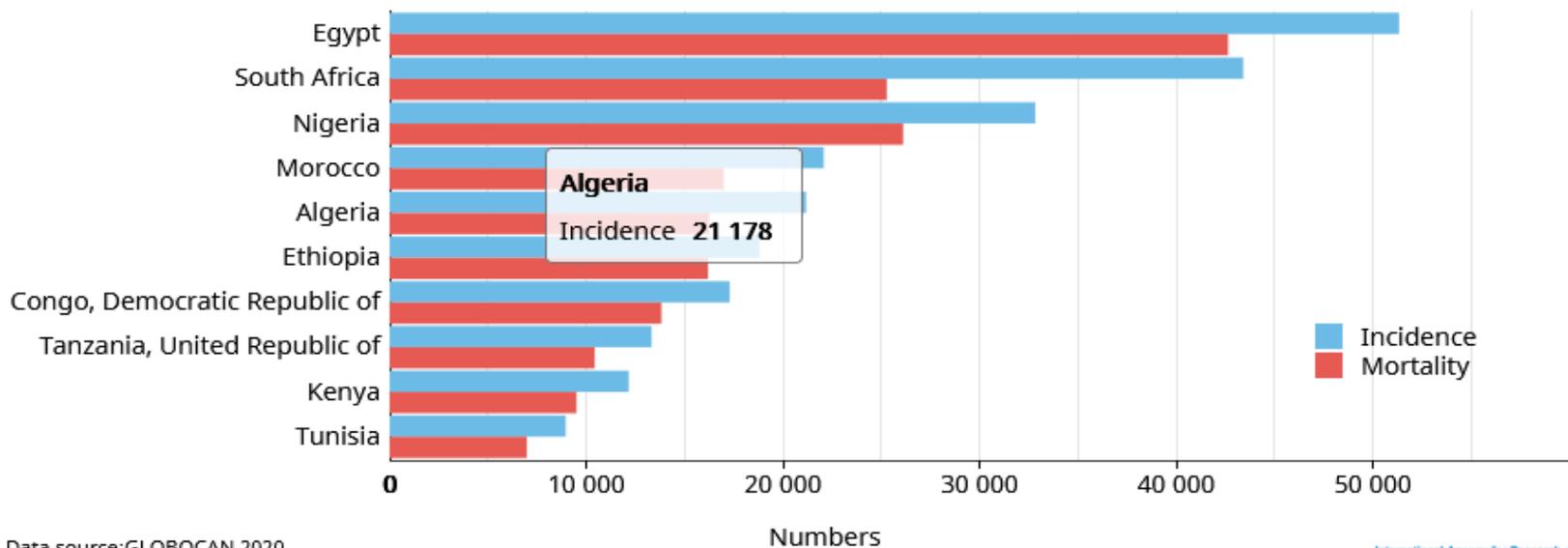
Estimated number of new cases in 2020, Algeria, males, ages 65+



Estimated number of new cases in 2020, Algeria, females, ages 65+



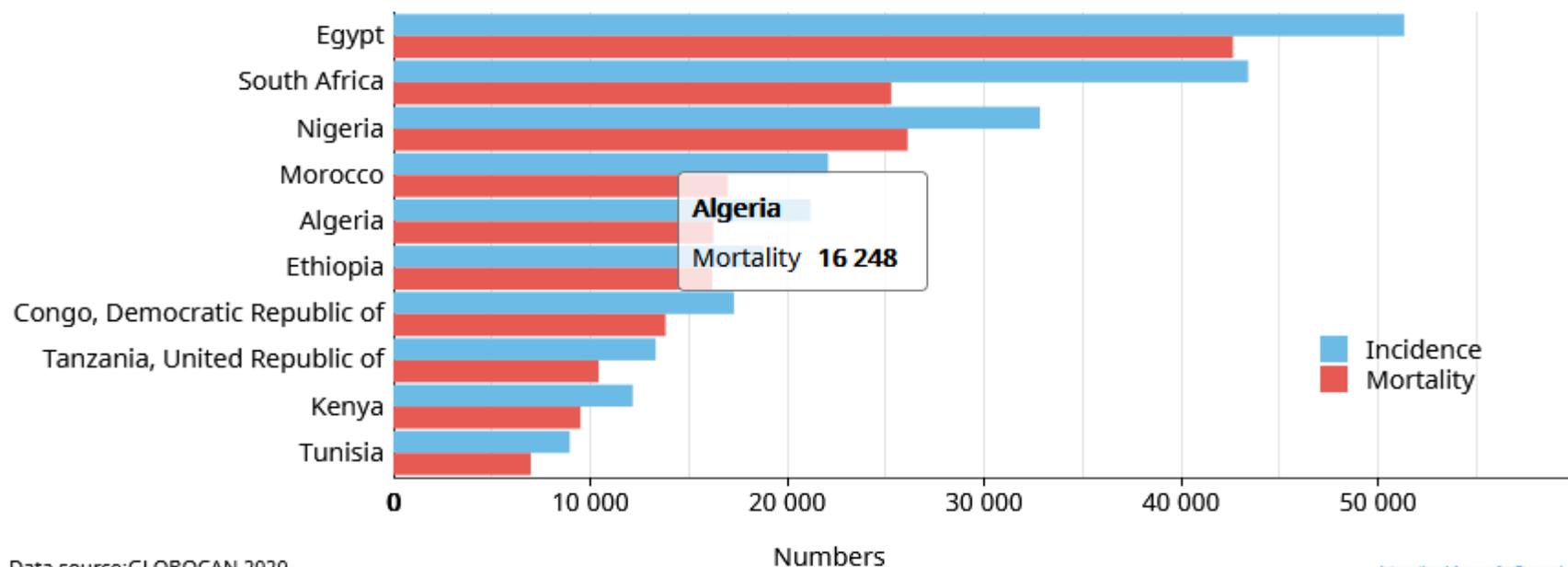
## Estimated number of incident cases and deaths all cancers, both sexes, ages 65+



Data source: GLOBOCAN 2020  
 Graph production: Global Cancer Observatory (<http://gco.iarc.fr/>)  
 © International Agency for Research on Cancer 2021

International Agency for Research on Cancer

## Estimated number of incident cases and deaths all cancers, both sexes, ages 65+



Data source: GLOBOCAN 2020  
 Graph production: Global Cancer Observatory (<http://gco.iarc.fr/>)  
 © International Agency for Research on Cancer 2021

International Agency for Research on Cancer  
 World Health Organization

# III. Les syndromes gériatriques

1. Troubles cognitifs
2. Dénutrition
3. Comorbidité et polymédication
4. Dépression
5. Troubles de la marche et chutes
6. Dépendance fonctionnelle
7. Ostéoporose
8. Sarcopénie
9. Malvoyance
10. Troubles auditifs
11. Escarre

## Définition des syndromes gériatriques

- C'est l'ensemble des symptômes qui sont observés uniquement chez les sujets âgés ou dont la fréquence augmente fortement avec l'âge.
- Ils ont pour conséquences **une perte de l'autonomie fonctionnelle**.

### Syndromes gériatriques

- Chutes

- Malnutrition

- Perte d'autonomie

- Démence

- Syndrome  
confusionnel

- Ostéoporose

- Escarre

- Fragilité

- Troubles visuels  
et auditifs

-Dépression

- Maltraitance

- Troubles du  
sommeil

- Déshydratation

- Isolement social

# Les syndromes gériatriques (suite)

## 1. Troubles cognitifs

Troubles de la mémoire  
Troubles de la perception  
Ralentissement de la pensée  
Difficultés à résoudre des problèmes.

Induits par la chirurgie,  
chimiothérapie, radiothérapie et  
hormonothérapie.

Association avec un  
déclin fonctionnel.



# Les syndromes gériatriques (suite)

**2. Dénutrition :** Sa prévalence chez les PA est 4 à 10% à domicile et 30 à 70% à l'hôpital.

## Causes de la dénutrition du sujet âgé

### Insuffisance d'apport

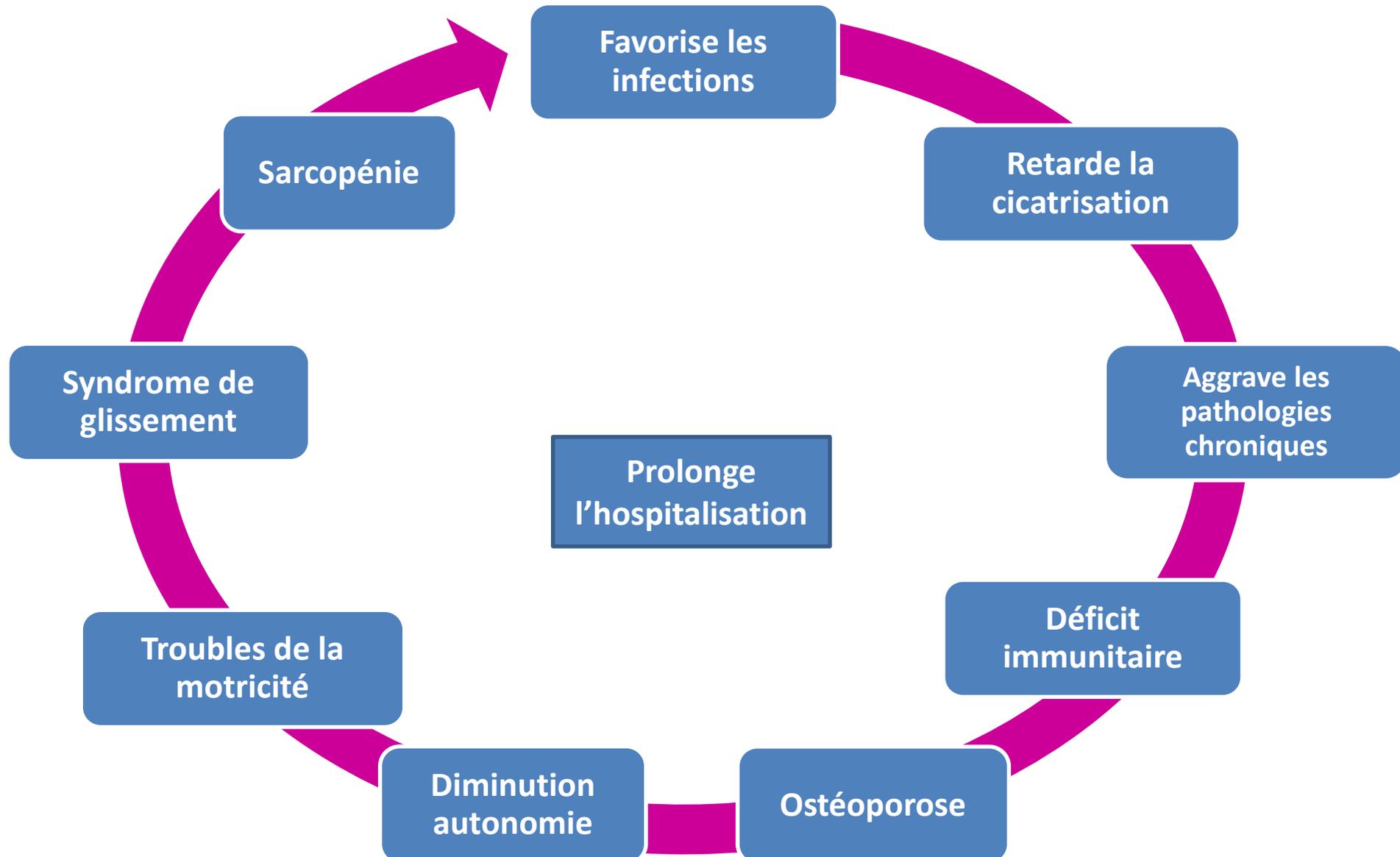
### Hypercatabolisme

- Diminution des capacités masticatoires.
- Troubles de la déglutition (AVC, pathologie tumorale)
- Altération du goût, de l'odorat ou de la vision.
- Ralentissement du transit, gastrites, ulcères, malabsorption.

**Contexte psychologique**  
- isolement social et familial, dépression, démence, perte d'autonomie) rendant la préparation des repas difficile.

- Pathologies infectieuses
- Cancer
- Etats inflammatoires (escarres, rhumatismes)
- Réparation tissulaire (fractures, escarres...)
- Insuffisance cardiaque et respiratoire, hyperthyroïdie

# Les conséquences de la malnutrition chez le sujet âgé



# Les syndromes gériatriques (suite)

## 3. Comorbidités et poly médication

- les maladies cardiovasculaires (HTA, 70 %)
  - cardiopathie ischémique (20 %)
  - le diabète (35%)
- 
- Comorbidités = polymédication
    - les sujets âgés de plus de 65 ans consomment en moyenne 3 à 4 médicaments par jour
    - cette consommation augmente avec l'âge.
  - Le nombre et la gravité des comorbidités ont **une influence directe sur l'espérance de vie, les événements toxiques et l'autonomie.**

# Les syndromes gériatriques (suite)

## 4. Dépression

La prévalence chez les personnes âgées de 65 ans et plus se situe entre 8 et 16% chez celles de plus de 85 ans elle oscille entre 12 et 15%.

### Facteurs environnementaux

- Isolement social
- Conflits
- Retraite
- Perte de proches
- Problèmes financiers
- Perte d'autonomie
- Certains médicaments

### Facteurs organiques

- AVC
- Maladie de Parkinson
- Démence
- Insuffisance cardiaque
- Dysthyroïdie
- Douleurs chroniques
- Cancer
- Déficits sensoriels

### Autres

- Antécédents thymiques
- Sexe féminin
- Diminution des neurotransmetteurs (sérotonine, noradrénaline et dopamine)

# Les syndromes gériatriques (suite)

## Dépression

- **Diagnostic difficile**, car la **sémiologie est atypique**, avec une fréquence particulière de plaintes somatiques et hypocondriaques.
  - diminue la
  - la durée de
  - la complian
  - augmente le risque suicidaire
- La dépression a été identifiée comme **facteur pronostic indépendant** en termes de **survie globale** chez les patientes âgées atteintes de cancer de l'ovaire

La dépression est associée de manière significative au déclin fonctionnel

# Les syndromes gériatriques (suite)

## 5. Troubles de la marche et chutes

- Plusieurs facteurs, favorisent les chutes notamment les **troubles de la marche et de l'équilibre**, la **faiblesse musculaire**, les **troubles de la vision**, la prise de **médicaments sédatifs et/ou hypotenseurs** et les **troubles cognitifs**.
- Les troubles de la marche et les chutes sont associés à la **fragilité et la dépendance fonctionnelle**.
- L'exercice physique, les dispositifs d'assistance et la supplémentation en vitamine D améliorent la force musculaire, la marche et diminuent le risque de chutes.

# Les syndromes gériatriques (suite)

## 6. Dépendance fonctionnelle

La dépendance est le besoin d'aide pour accomplir certains actes essentiels de la vie quotidienne. Elle est liée à l'état de santé de l'individu et à son environnement matériel.

### Causes de la perte d'autonomie

- Pathologies neurologiques
- Pathologies Ostéo-articulaires
- Pathologies Cardio-respiratoires
- Déficit neurosensoriel
- Dénutrition
- Dépression
- Hospitalisation

### Conséquences de la dépendance

- Nécessité d'une aide à domicile
- Développement d'une réaction infantile
- Risque de maltraitance
- Changement du regard de l'entourage envers la personne dépendante
- Risque de sur- investissement ou sous-investissement de l'entourage

# Les syndromes gériatriques (suite)

## 7. Ostéoporose

- Suspectée devant:
  - Fractures pathologiques
  - Perte de 4 cm de taille chez les femmes et de 6 cm chez les hommes
- Diagnostic: Ostéodensitométrie
- DMO: (la densité minérale osseuse) est fortement corrélée au risque fracturaire, une diminution de 10% de la DMO multiplie par 2 le risque de fracture, une diminution de 20% le multiplie par 5

**La personne âgée fragile est à risque d'ostéoporose du fait de la baisse de l'activité physique et des carences alimentaires.**

# Les syndromes gériatriques (suite)

## 8. Sarcopénie :

- Diminution de la masse musculaire, de la force et de la qualité musculaire .
- **Morbi-mortalité accrue, favorise:**
  - Dépendance
  - Hospitalisation
  - Complications post opératoires
  - Chimiotoxicité
  - Chutes, Fractures
  - Mortalité.
- PEC par **entraînement à la force musculaire** de manière **régulière** et la **prise en charge nutritionnelle**.

# Les syndromes gériatriques (suite)

## 9. Malvoyance

- Association significative entre malvoyance et dépendance fonctionnelle et mobilité.
- Impact direct sur la qualité de vie et le risque de dépression.

## 10. Troubles auditifs

- Liens entre troubles auditifs et dépression ou baisse de la qualité de vie.

## 11. Escarre :

- Altère la qualité de vie
- Provoque une souffrance morale et physique
- Limite les capacités fonctionnelles.

# IV. Outils d'évaluation:

## A. Evaluation initiale

1. Types de vieillissement
2. Les scores de prédiction de la survie en oncogériatrie
3. Concept de fragilité: score G8

## B. Evaluation gériatrique approfondie:

1. Evaluation fonctionnelle: Echelle ADL/Echelle IADL
2. Evaluation nutritionnelle
3. Comorbidité et polymédication
4. Evaluation cognitive
5. Evaluation de la dépression
6. Evaluation du risque de chute

# Buts de l'évaluation gériatrique

- Améliorer la qualité de vie des malades.
- Prendre des mesures préventives ou correctives pour les problèmes médicaux réversibles.
- Prévention des chutes
- Diminution de la progression des incapacités.
- Prévision des effets secondaires du traitement
- Amélioration du pronostic.
- Les fragilités mises en évidence lors d'une EGA peuvent prédire le risque de décès.

# IV. Outils d'évaluation:

## A. Evaluation initiale

1. Types de vieillissement
2. Les scores de prédiction de la survie en oncogériatrie
3. Concept de fragilité: score G8

## B. Evaluation gériatrique approfondie:

1. Evaluation fonctionnelle: Echelle ADL/Echelle IADL
2. Evaluation nutritionnelle
3. Comorbidité et polymédication
4. Evaluation cognitive
5. Evaluation de la dépression
6. Evaluation du risque de chute

# A. L'ÉVALUATION GERIATRIQUE INITIALE

- Rechercher la *fragilité*
- Améliorer la *connaissance de l'état de santé* du patient
- *Hiérarchiser* les problèmes de santé
- Apprécier les *facteurs de risque* pouvant gêner la prise en charge oncologique
- Proposer des *actions* correctives ou preventives vis-à-vis des *comorbidités*

# 1. Type de vieillissement: **Classification de Balducci**

	Type de vieillissement	Caractéristiques cliniques
Groupe 1	Harmonieux ou robuste	Patients autonomes sans comorbidités sérieuses. Âge physiologique inférieur à celui de l'état civil.
Groupe 2	Habituel ou vulnérable	Patients sans autonomie complète pour les activités instrumentales ou avec des comorbidités sérieuses.
Groupe 3	Fragile ou pathologique	Patients fragiles pour lesquels le cancer n'est qu'une des pathologies sérieuses dont souffre le malade ; avec une espérance de vie inférieure au pronostic du cancer.

# Les types de vieillissement: implications

## Harmonieux

- Pas de comorbidités
- Espérance de vie liée uniquement au cancer
- Prise en charge identique aux patients jeunes

## Intermédiaire (Habituel)

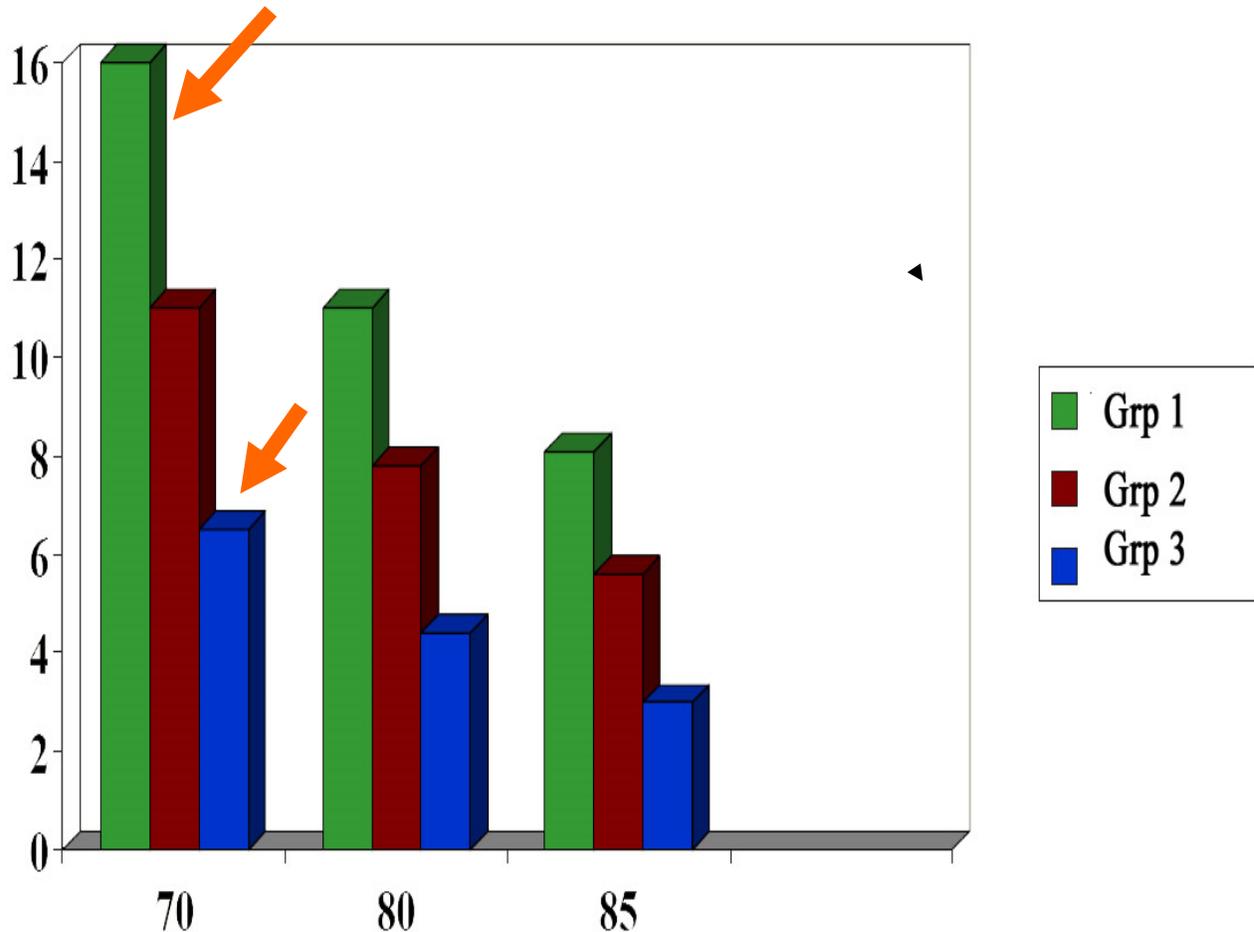
- Influence de la néoplasie et des comorbidités
- Proposition d'une **réadaptation** en vue d'une prise en charge classique soit pour des **thérapeutiques adaptées**

## Fragile (pathologique)

- Pronostic engagé à court ou moyen terme
- Soins palliatifs

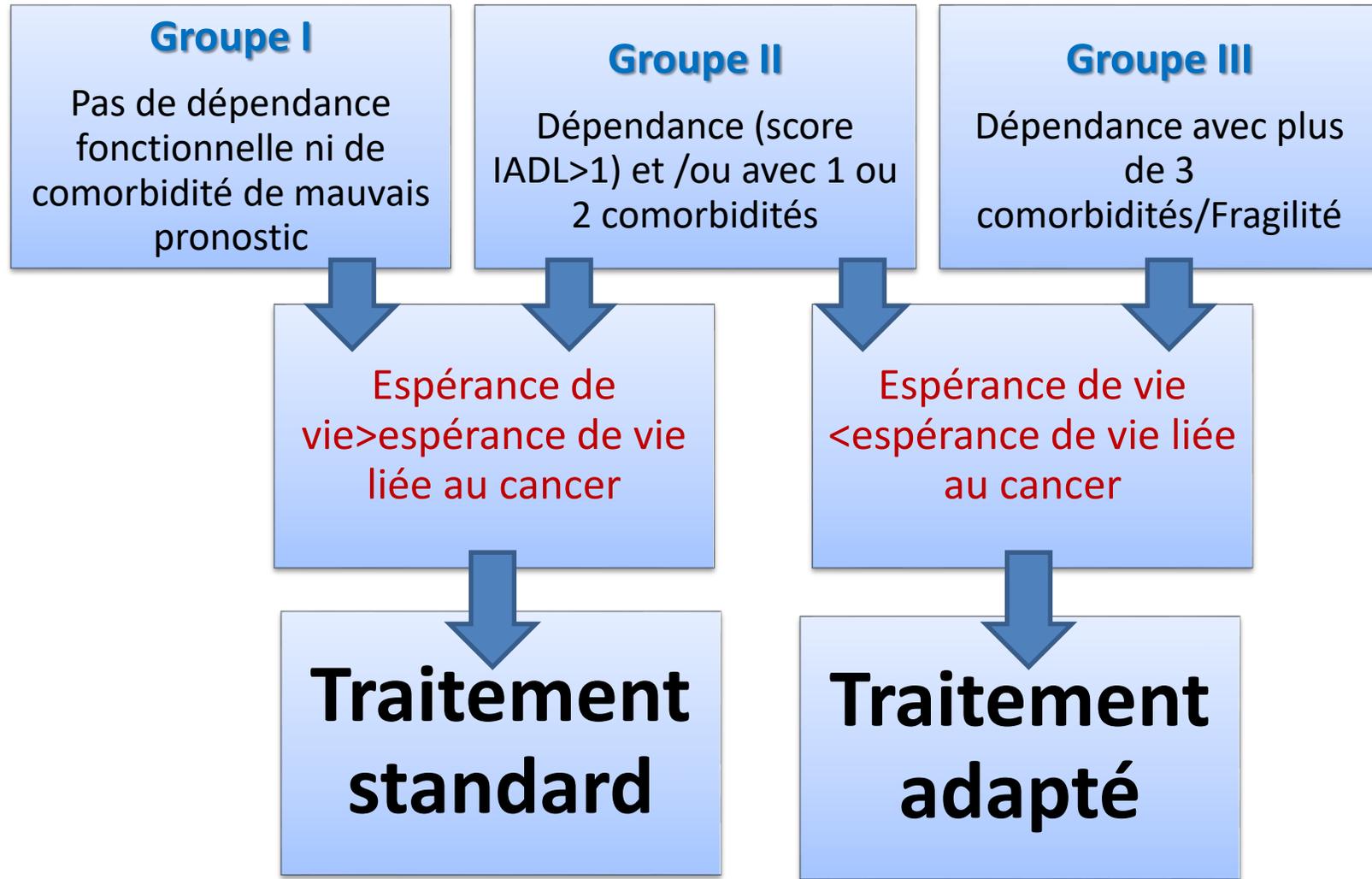
# Type de vieillissement et Esperance de vie

Walter LC & Covinsky KE. JAMA 2001;285:2750-6



Type de vieillissement	Taux de mortalité à 2 ans
Vieillesse harmonieuse	8-12%
Vieillesse habituelle	16-25%
Vieillesse pathologique	>40%

# ARBRE DECISIONNEL (Balducci)



## 2. Les scores de prédiction de la survie en oncogériatrie

- Plusieurs scores existent et ont été validés dans de larges cohortes épidémiologiques :
  - le score de **Gagne** et de **Walter** développés pour estimer la survie à un an après une hospitalisation
  - les scores de **Carey** et de **Lee** développés pour estimer la survie en dehors du contexte de l'hospitalisation.
- L'intérêt de ces scores est la prise en compte du poids des comorbidités dont le cancer ainsi que de l'état nutritionnel.
- Ils incluent tous un item commun:

**la dépendance**

Estimation de la survie à 4 ans selon le score de Lee et al.

Variables	Points
Âge (années)	
60-64	1
65-69	2
70-74	3
75-79	4
80-84	5
≥ 85	7
Homme	2
Index de masse corporelle < 25 kg/m <sup>2</sup>	1
Diabète	1
Cancer (hors tumeurs cutanées bénignes)	2
Pathologie pulmonaire chronique limitant les activités quotidiennes	2
Insuffisance cardiaque	2
Tabagisme actif	2
Dépendance partielle ou totale à la toilette	2
Dépendance dans la gestion des comptes	2
Difficulté à marcher plusieurs centaines de mètres	2
Difficultés à tirer ou pousser des objets lourds (ex. : fauteuil)	1
<b>Total</b>	<b>Estimation de survie à 4 ans (%)</b>
0-5	< 4
6-9	15
10-13	42
≥ 14	64

### 3. Le concept de fragilité :

- Définition: Diminution de la résistance au stress, qui augmente la vulnérabilité du patient âgé, et l'expose à un risque d'accidents (comme les chutes) et d'évolution vers la dépendance.
- La fragilité est un facteur **prédictif d'hospitalisation, de perte fonctionnelle et de mortalité.**
- Il existe plusieurs échelles d'évaluation de la fragilité

# Oncodage: Score G8

## Oncodage G-8

	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 ≤ IMC < 21 2 : IMC 21 ≤ IMC < 23 3 : IMC ≥ 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
	Age	0 : > 85 1 : 80-85 2 : < 80
	Score total	0 - 17

## Dépistage de la fragilité

- outil qui permet aux oncologues, hématologues:
  - Identifier les personnes âgées atteintes de cancer à risque de mauvaise tolérance d'un traitement anticancéreux
  - Leur proposer une consultation adaptée aux anomalies dépistées et/ou une évaluation gériatrique approfondie (EGA) avant de commencer le traitement anticancéreux.
- Sensibilité 76.6 %, spécificité 64.4%.
- Un score ≤ 14 révèle une vulnérabilité ou une fragilité gériatrique devant conduire à une consultation adaptée

# IV. Outils d'évaluation:

## A. Evaluation initiale

1. Types de vieillissement
2. Les scores de prédiction de la survie en oncogériatrie
3. Concept de fragilité: score G8

## B. Evaluation gériatrique approfondie:

1. Evaluation fonctionnelle: Echelle ADL/Echelle IADL
2. Evaluation nutritionnelle
3. Comorbidité et polymédication
4. Evaluation cognitive
5. Evaluation de la dépression
6. Evaluation du risque de chute

## B. Evaluation gériatrique approfondie:

- L'évaluation gériatrique en cancérologie répond à la nécessité *d'adapter si besoin le traitement anticancéreux et de prendre en compte les spécificités des personnes âgées de plus de 65 ans.*
- Une évaluation gériatrique approfondie (EGA) explore divers domaines, le but étant de *proposer ensuite une prise en charge gériatrique appropriée.*
- De nombreux outils d'évaluation ont été développés, en s'appuyant sur des paramètres suivants :
  - Etat fonctionnel
  - Comorbidités et polymédication
  - Etat nutritionnel
  - Etat psychologique (évaluer la dépression)
  - Autres syndromes gériatriques
  - Statut socio-économique

Domaines et outils les plus utilisés au cours de l'évaluation gériatrique approfondie (EGA)

Domaines d'évaluation	Outils d'évaluation recommandés
Comorbidités	Index de Charlson CIRS-G
Polymédication	Au moins 5 molécules prises quotidiennement Critères de Beers
Mobilité et risque de chute	Nombre de chutes dans les 6 derniers mois Test d'appui unipodal Tests de marche (TGUG, SPPB, Vitesse de marche sur 4 m)
Autonomie	ADL IADL
État nutritionnel	Perte de poids dans les 3 ou 6 derniers mois IMC $\leq$ 21 kg/m <sup>2</sup> MNA
Humeur (thymie)	GDS à 30, 15 ou 4 items HADS
Cognition	MMSE Test de l'horloge SPMSQ
Environnement social	Préciser si le patient vit seul Recherche de la présence d'aidants MOSSSS

# Evaluation gériatrique approfondie: Outils d'évaluation

## 1. Evaluation fonctionnelle :

### a- Echelle ADL « Activity of Daily Life »

- Permet de savoir si une personne a besoin d'aide humaine dans les gestes de base de la vie quotidienne.



- Un score de 6 n'exclut pas une dépendance modérée.

ADL	Peut faire = 1 pt	Ne peut pas = 0 pt
Hygiène corporelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Habillage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aller au toilettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Continence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total des points de 0 à 6		

# Evaluation gériatrique approfondie: Outils d'évaluation

## 1. Evaluation fonctionnelle :

### b- Echelle IADL « Instrumental Activity of Daily Life »

- Evalue la capacité à effectuer des tâches simples et des tâches complexes utilisant des instruments et des objets de la vie quotidienne.

La dépendance fonctionnelle est associée à une **mauvaise tolérance** des traitements oncologiques, à un **mauvais pronostic** ainsi qu'à une **augmentation de la mortalité**.

IADL	COTATION	
	Fait = 1 point	Ne fait pas = 0
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
traitement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gestion de l'argent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Score total varie de 0-4 Dépendance fonctionnelle si IADL < 4 Existe un score sur 30 plus détaillé (échelle de LAWTON)		



# Evaluation gériatrique approfondie: Outils d'évaluation

## 2. Nutrition: MNA et MNASF

Dépistage par **MNASF** et **MNA** (Mini Nutritional Assessment short form et MNA), aborde les questions de

- perte d'appétit
- perte de poids
- Motricité
- présence d'une maladie ou d'un stress psychologique
- l'indice de masse corporelle

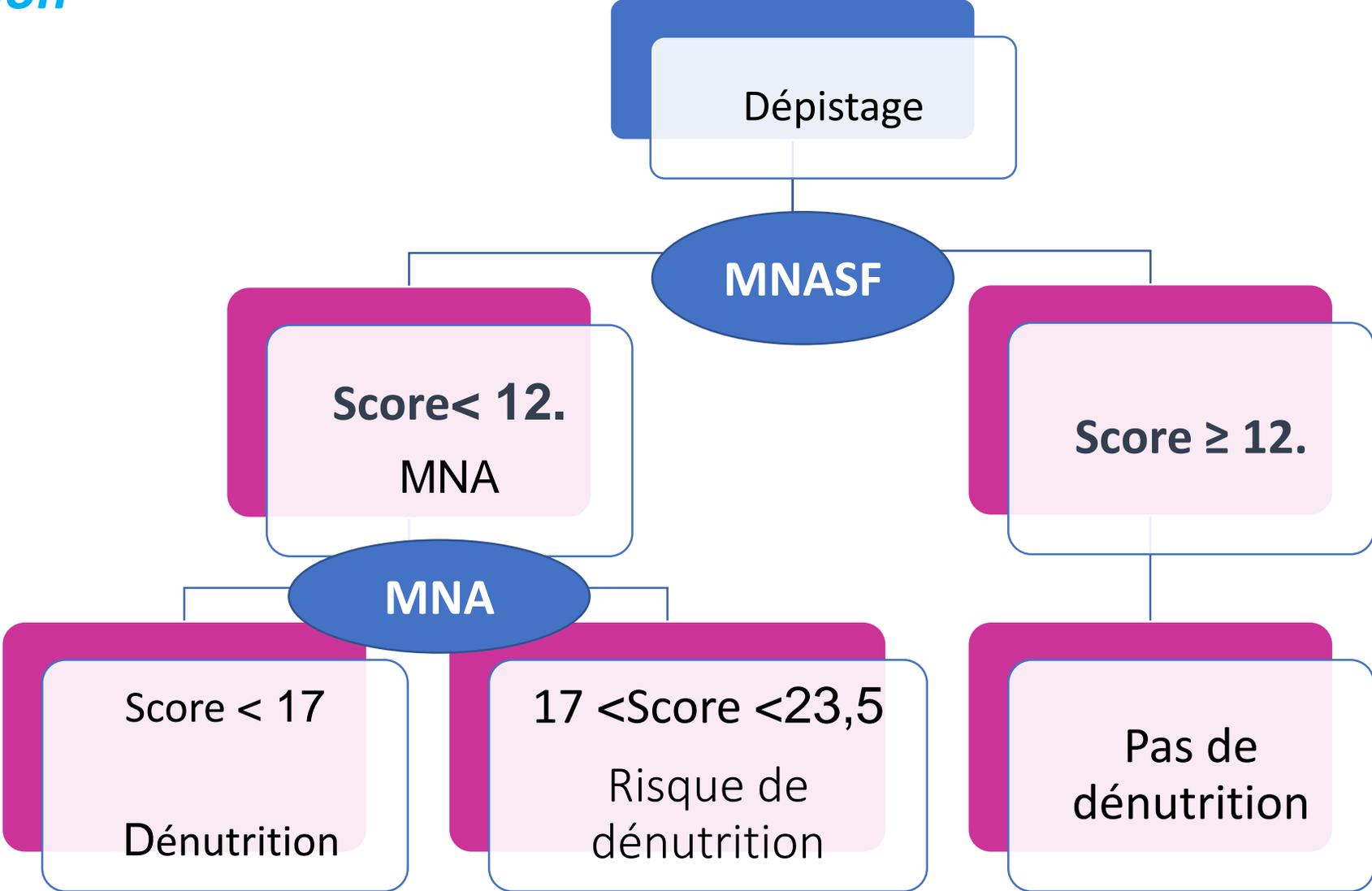
La deuxième partie regroupe 12 autres questions. qui concernent :

- la dépendance à domicile
- la polymédication
- la présence d'escarres
- le nombre de repas au quotidien
- le type d'alimentation et leur quantité
- la manière de s'alimenter
- la circonférence brachiale et du mollet

Ces questions complètent le questionnaire du MNA global

# Evaluation gériatrique approfondie: Outils d'évaluation

## 2. Nutrition



# Evaluation gériatrique approfondie: Outils d'évaluation

## 3. Comorbidités:

### a- L'indice des comorbidités de Charlson

- L'indice de Charlson est l'outil le plus utilisé, comprend une liste de 17 pathologies (*infarctus du myocarde, ICC, maladie vasculaire périphérique, maladie cérébro-vasculaire, démence, maladie pulmonaire chronique, ulcères, pathologie hépatique peu sévère, diabète, hémiplégie, maladie modérée ou sévère du rein, SIDA,...*)
- Il a une bonne fiabilité et une bonne reproductibilité.
- C'est un score prédictif de survie. Il peut être utilisé lors d'études rétrospectives.

### b- Echelle CIRS-G (*Cumulative Illness Rating Scale-Geriatric*).

- La cotation se fait par organe et comporte 5 niveaux de gravité (absent, léger, modéré, sévère, très sévère).
- Bonne reproductibilité et fiabilité.

# Evaluation gériatrique approfondie: Outils d'évaluation

## 4. *Les fonctions cognitives:*

### *a- Rechercher d'abord le niveau d'instruction (Mini Cog)*

- Combine un test de mémoire et le test de l'horloge:

**Il se fait en demandant au patient de retenir trois mots puis de lui demander de dessiner une horloge et d'inscrire les chiffres, puis d'inscrire 11h10 ou 8h20**

- Pour le test de l'horloge, si les chiffres sont correctement disposés et l'heure correcte: 2 points, sinon 0 point.
- Pour le rappel des trois mots, 1 point par mot trouvé.

**Entre 0-2 points, probable présence de troubles cognitifs.**

**Entre 3 à 5 points, probable absence de troubles cognitifs.**

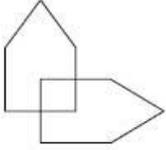
# Evaluation gériatrique approfondie: Outils d'évaluation

## 4. Les fonctions cognitives:

### b- Mini mental state examination (MMSE de Folstein)

- Explore la praxie, l'attention, la mémoire, l'orientation, le langage, le calcul.
- Le score normal > 26/30 . Mais il dépend du niveau socio-éducatif du patient.
- Faible sensibilité en cas de déficit « léger ».

MINI-MENTAL TEST DE FOLSTEIN

Score maximal	Score	
5	..... ..... ..... ..... .....	<b>ORIENTATION (1 point par réponse juste)</b> - En quelle année sommes-nous ? - Quelle saison ? - Quel mois ? - Quelle est la date ? - Quel est le jour ?
5	..... ..... ..... ..... .....	- Dans quelle pays sommes-nous ? - Quelle ville ? - Quel département ? - Quel est le nom de l'hôpital ? (ou adresse du médecin) - Quelle salle ? (ou endroit, cabinet, etc,...)
3	.....	<b>APPRENTISSAGE</b> Donner 3 noms d'objets au rythme de un par seconde (ex : cigare, fleur, porte) ; à la répétition immédiate compter 1 par réponses correctes. Répéter jusqu'à ce que les 3 mots soient appris. Compter le nombre d'essais (ne pas coter).
5	.....	<b>ATTENTION ET CALCUL</b> Compter à partir de 100 en retirant 7 à chaque fois. Arrêter après 5 soustractions. Noter le nombre de réponses correctes.
3	.....	<b>RAPPEL</b> Demander les 3 noms d'objets présentés auparavant (1 point par mot correct)
9	..... ..... ..... .....	<b>LANGAGE</b> - Dénommer un stylo, une montre (2 points) - Répéter : "Il n'y a pas de mais, ni de si, ni de et" (1 point) - Exécuter un ordre triple : "Prenez un papier dans la main droite, pliez le en deux et jetez le sur le plancher" (1 point par item correct) - Copier le dessin suivant (1 point) :  Tous les angles doivent être présents   ..... - Ecrire une phrase spontanée (au moins 1 sujet et 1 verbe, sémantiquement correcte, mais la grammaire et l'orthographe son indifférentes (1 point)
<b>TOTAL (30)</b>	.....	

Apprécier le niveau de vigilance sur un continuum : Vigile Obnubilé Stupeur Coma

# Evaluation gériatrique approfondie: Outils d'évaluation

## 5. *La dépression*

- Dépistage de la dépression : 02 questions :

Au cours des deux dernières semaines, vous est-il arrivé de vous sentir déprimé(e), triste ou découragé(e) ?

Au cours des deux dernières semaines, avez-vous ressenti un manque d'intérêt ou de plaisir dans vos activités ?

- Si réponse positive il y a une suspicion de dépression.
- Sensibilité 81-96%, spécificité 51-72%.
- Si dépistage positif, passer au (GDS:Comprehensive Geriatric Assessment ).

# Evaluation gériatrique approfondie: Outils d'évaluation

## 5. La dépression

- Echelle de dépression gériatrique (GDS ou EDG).
- L'EDG est composée de **30 questions**.
- **Nombreuses versions** dans différentes langues notamment **arabe**.
- **Versions abrégées** de 15 questions (short form), ou à 4 questions (Mini-GDS)
- Sensibilité 80,5% pour l'EDG-30 et de 75,3% pour l'EDG-15.
- Spécificité 77 % pour l'EDG-30 et de 75 % pour l'EDG-15.

Entourez la proposition qui correspond à votre état (en tenant compte des dernières semaines).

Comptez 1 si la réponse est : <b>NON</b> aux questions 1, 5, 7, 11, 13		
	OUI aux autres questions	OUI NON
1	Êtes-vous satisfait(e) de votre vie ?	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2	Avez-vous renoncé à un grand nombre de vos activités ?	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
3	Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ?	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
4	Vous ennuyez-vous souvent ?	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
5	Êtes-vous de bonne humeur la plupart du temps ?	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6	Avez-vous peur que quelque chose de mauvais vous arrive ?	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
7	Êtes-vous heureux (se) la plupart du temps ?	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8	Avez-vous le sentiment d'être désormais faible ?	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
9	Préférez-vous rester seul(e) dans votre chambre plutôt que de sortir ?	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
10	Pensez-vous que votre mémoire est plus mauvaise que celle de la plupart des gens ?	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
11	Pensez-vous qu'il est merveilleux de vivre à notre époque ?	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12	Vous sentez-vous une personne sans valeur actuellement ?	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
13	Avez-vous beaucoup d'énergie ?	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
14	Pensez-vous que votre situation actuelle est désespérée ?	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
15	Pensez-vous que la situation des autres est meilleure que la vôtre ?	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>

Calculez le score :  /15

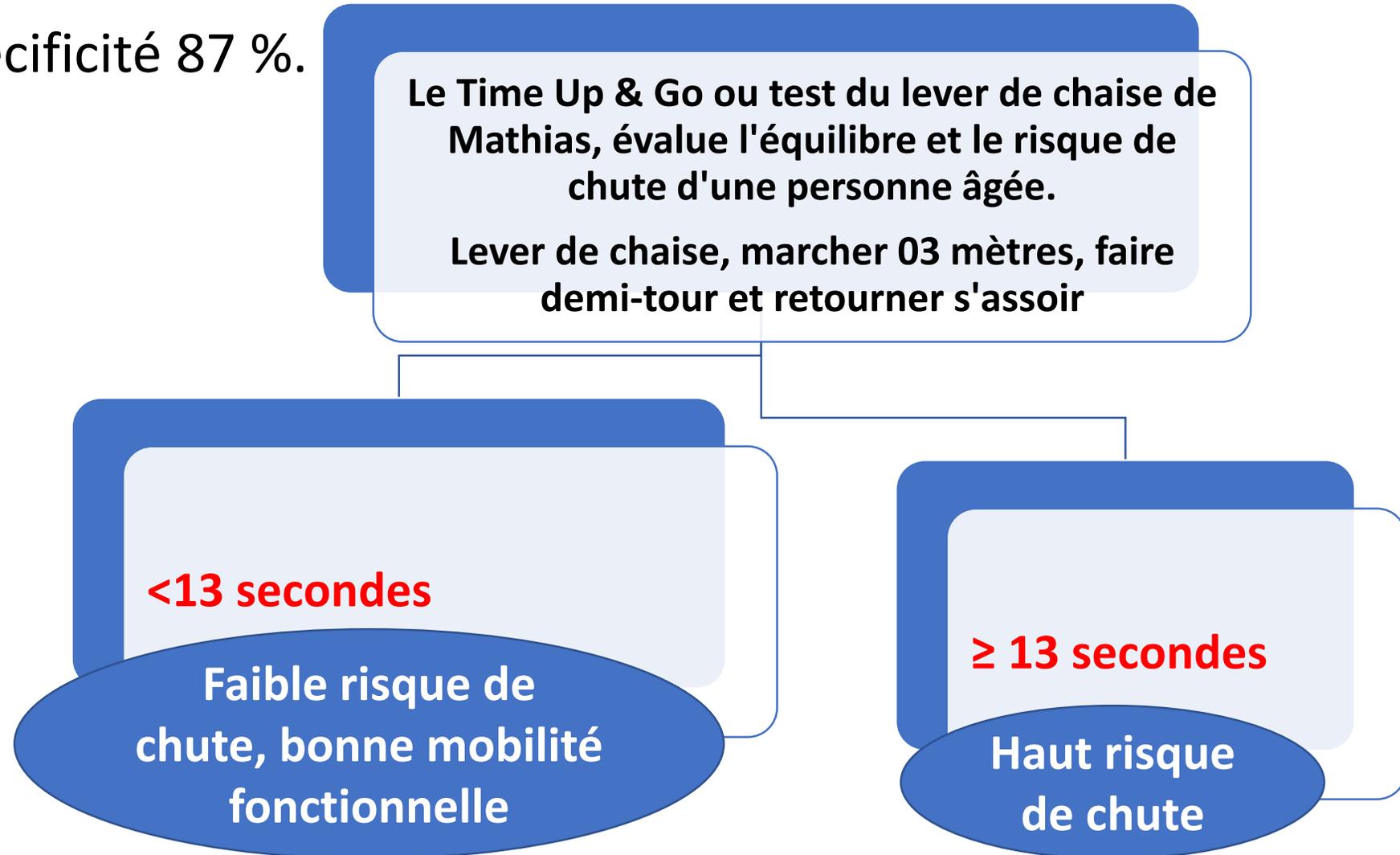
### Résultats :

- Le score normal est inférieur à 5.
- À partir de 5 il y a un risque de dépression.
- Un total supérieur à 12 est en faveur d'une dépression sévère.

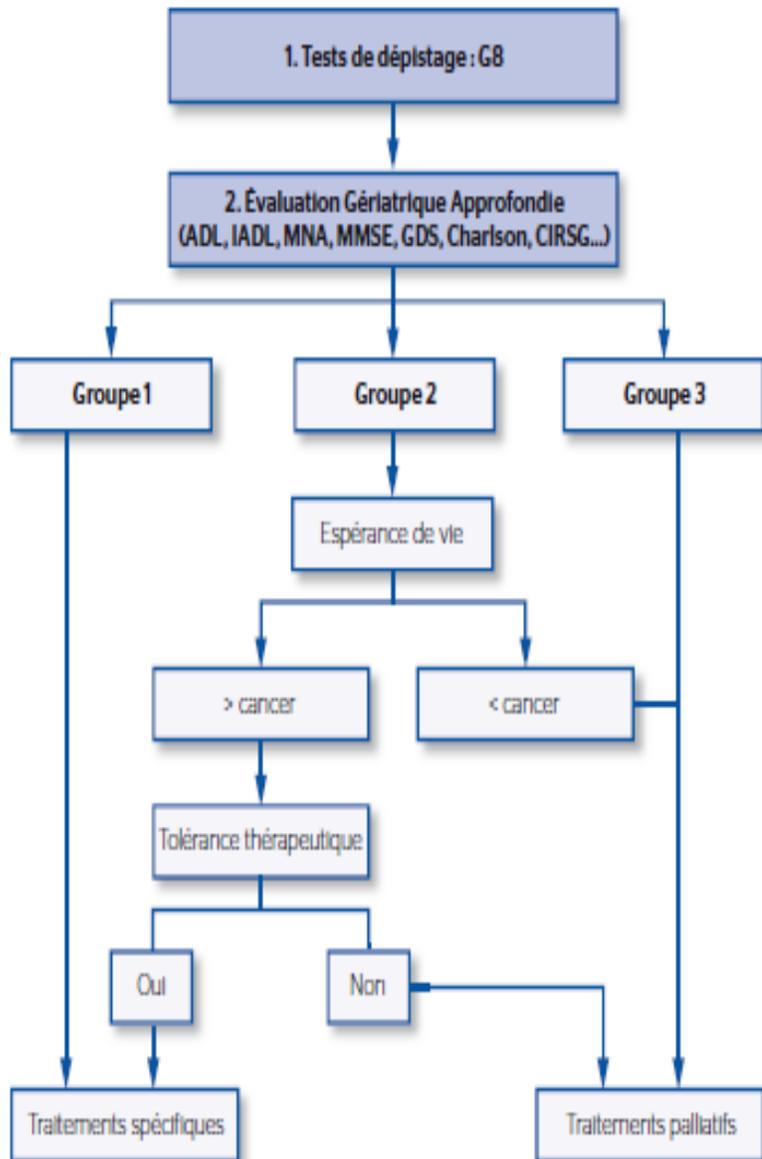
# Evaluation gériatrique approfondie: Outils d'évaluation

## 6. Equilibre et risque de chute

La sensibilité 87 %, spécificité 87 %.

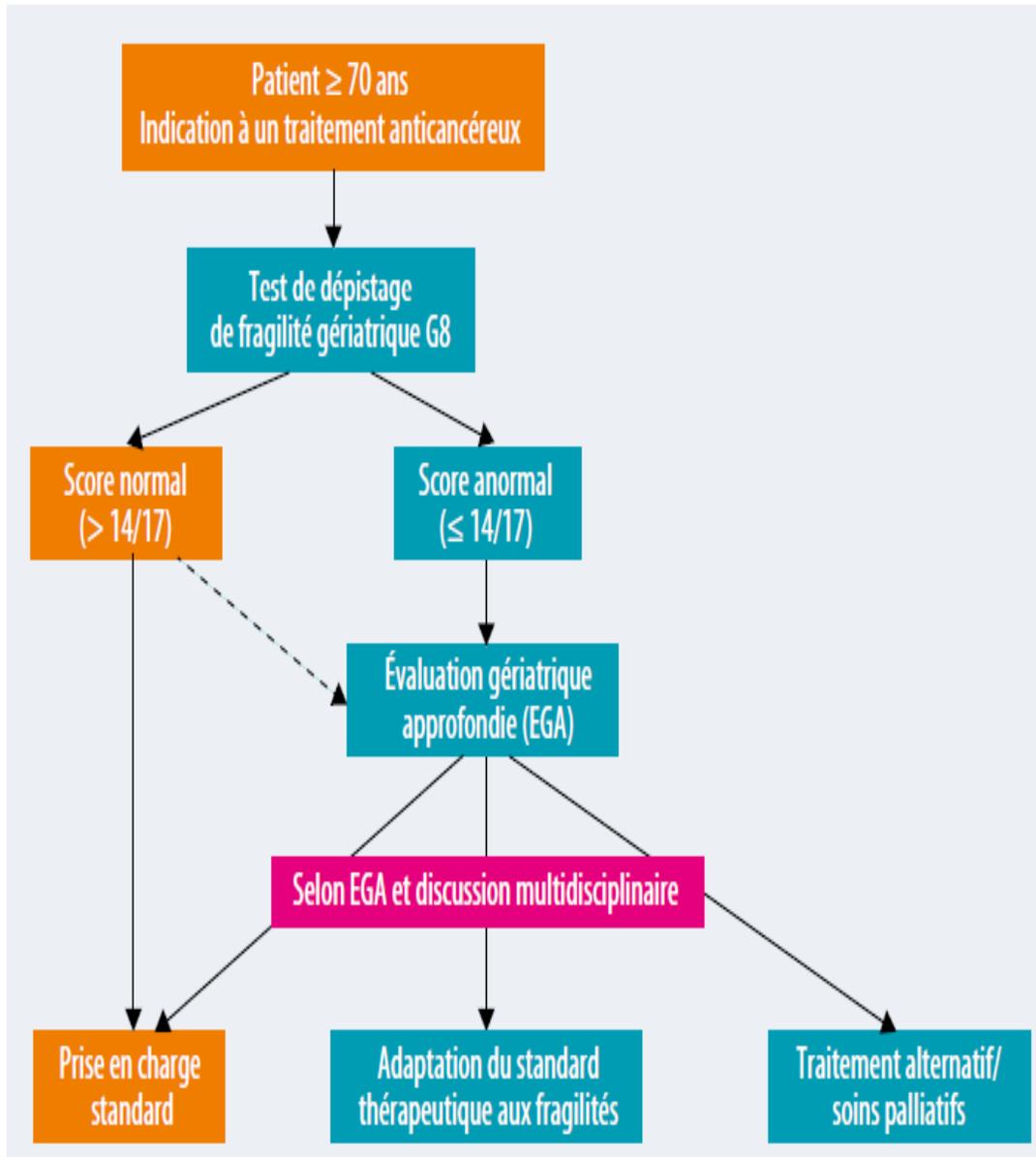


Quoi faire en pratique



- Une évaluation gériatrique doit se faire chez tout patient de 70 ans ou plus atteint d'un cancer pour qui un traitement oncologique est envisagé.
- Une première étape: **dépistage des fragilités (test du G8)** permet d'éviter de réaliser une évaluation gériatrique aux patients avec un *vieillessement harmonieux*.
- Une deuxième étape: **évaluation gériatrique approfondie** met en jeu une batterie de tests validés
  - ADL : Activity Daily Living
  - IADL : Instrumental Activity Daily Living,
  - MNA : mini nutritional assessment
  - MMSE : Mini Mental State Evaluation
  - GDS : Geriatric Depression Scale
  - CIRSG : Cumulative Illness Rating Scale for Geriatrics.
- Les patients sont alors classés en trois groupes :
  - Groupe 1 : vieillissement harmonieux** (âge physiologique inférieur à l'état civil) ;
  - Groupe 2 : vieillissement avec comorbidités** (vulnérabilité)
  - Groupe 3 : vieillissement pathologique** (fragilités).
- Pour les patients du groupe 2, **il faut estimer si l'espérance de vie spontanée est supérieure ou non à l'espérance de vie donnée par la pathologie cancéreuse.**

# AU TOTAL:



- En cas de résultat anormal G8, le patient est à haut risque de présenter des fragilités gériatriques doit bénéficier d'une évaluation gériatrique approfondie (EGA).
- Selon les résultats de cette EGA, et après discussion en RCP, une stratégie thérapeutique est retenue, en prenant en compte les éventuelles fragilités gériatriques identifiées.
- En cas de résultat normal, le patient a un faible risque de présenter des fragilités gériatriques et peut donc bénéficier d'une prise en charge standard.
- Cependant, si la stratégie thérapeutique est complexe ou présente un risque de toxicité important: une EGA peut être envisagée afin de s'assurer de l'absence de fragilités gériatriques non connues.

# V. Score de prédiction de la chimio-toxicité

- L'estimation du risque de toxicité sévère (grade 3 et plus) est essentielle chez les sujets âgés atteints d'un cancer pour lesquels une chimiothérapie anticancéreuse est envisagée.

**a- the Chemotherapy Risk Assessment Scale for High-Age Patients (CRASH):** score prédictif de chimiotoxicité spécifiquement développé dans une population âgée de 70 ans et plus.

Ce score de toxicité permet de classer les malades en quatre groupes à risque : **faible, moyennement faible, moyennement élevé et haut.**

Estimation du risque de chimio-toxicité selon le score CRASH (*chemotherapy risk-assessment scale for high-age patients*)

Variables	Points			Total	Risque estimé (%)
	0	1	2		
<b>Toxicité hématologique</b>					
Pression artérielle diastolique (mmHg)	≤ 72	> 72		0-1	7
IADL	26-29	10-25		2-3	23
LDH (UI/L)	≤ 459	-	> 459	4-5	54
				6	100
<b>Toxicité non hématologique</b>					
ECOG-PS	0	1-2	3-4	0-2	33
MMSE	30	-	< 30	3-4	46
MNA	28-30	-	< 28	5-6	67
				7-8	93

# V. Score de prédiction de la chimio-toxicité (Suite)

**b- the Cancer and Aging Research Group (CARG) toxicity tool:** estime le risque de toxicité sévère chez la population oncogériatrique âgée de 65 ans et plus

- tient pas compte du nombre (polychimiothérapie vs monochimiothérapie) et du dosage standard ou diminué ce qui pourrait en limiter sa précision.
- Son application est pratique compte tenu de la diversité des protocoles de chimiothérapie et des adaptations possibles

Estimation du risque de chimio-toxicité selon le score CARG (*the cancer and aging research group toxicity tool*)

Variables	Points	Total	Risque estimé (%)
Âge $\geq$ 72 ans	2	0-5 (faible)	30
Cancer gastro-intestinal ou génito-urinaire	2	6-9 (modéré)	52
		10-19 (élevé)	83
Chimiothérapie à dose standard	2		
Polychimiothérapie	2		
Hémoglobine	3		
< 11 g/dL (homme)			
< 10 g/dL (femme)			
Clairance de la créatinine < 34 mL/min	3		
Altération de l'audition	2		
Au moins une chute dans les 6 derniers mois	3		
Aide dans la prise des médicaments	1		
Limitation à la marche	2		
Diminution parfois de l'activité sociale en raison de problèmes de santé (physiques ou émotionnels)	1		

## VI. Exemples de PEC de cancers chez le sujet âgé:

- Cancer du sein
- Cancer colorectal
- Immunothérapie chez le sujet âgé

# 1. Recommandations de prise en charge du cancer du sein chez les patientes âgées : mise à jour de la SIOG 2021 (Société internationale d'oncogériatrie)

- Le dépistage de fragilité est recommandé à partir de **70 ans**, avant tout début de traitement (niveau 1), ce qui peut être effectué facilement grâce à l'outil **G8**.
- Importance des soins de support : *prévenir l'amplification des effets secondaires et la décompensations des comorbidités.*
- **En Néoadjuvant**
- discuter la possibilité dans les tumeurs luminales de réaliser une hormonothérapie par **antiaromatase**.
- Dans les tumeurs plus agressives (**triple-négatives, HER2 amplifiée**), le schéma optimal de chimiothérapie à réaliser **reste à définir après évaluation gériatrique approfondie**.
- Les traitements post-néoadjuvants en l'absence de réponse complète histologique sont à considérer en fonction du rapport bénéfice/risque.

# Cancer du sein chez la femme âgée:

- **Chimiothérapie adjuvante RH+** : les protocoles longs de séquence anthracyclines-taxanes sont à **réserver aux patientes fit (évaluation gériatrique satisfaisante) et à haut risque.**
- Privilégier les schémas de **4 cycles de type anthracycline (EC), docétaxel-cyclophosphamide ou paclitaxel hebdomadaire.**
- La Capécitabine n'est pas recommandée tout comme les schémas dose-dense.

# Cancer du sein chez la femme âgée:

- **Chimiothérapie adjuvante HER2+++ :**
  - le schéma **paclitaxel hebdomadaire × 12 - trastuzumab est à privilégier**
  - la combinaison **hormonothérapie-trastuzumab** est une option possible chez les patientes jugées **très fragiles** .
- **Hormonothérapie adjuvante** : les recommandations sont identiques à celles des patientes plus jeunes, en favorisant les **antiaromatases** si possible (versus tamoxifène).
- **En phase métastatique** : privilégier
  - **hormonothérapie associée aux inhibiteurs de CDK4/6**
  - les monochimiothérapies
  - l'association paclitaxel + trastuzumab + pertuzumab en cas de HER2+++.
- **Suivi rapproché+++** sous traitement systémique pour **anticiper** les complications
- Vérifier la bonne compliance, notamment en cas de comorbidités multiples.

# Cancer du sein chez la femme âgée:

- La chirurgie est le standard de traitement selon les mêmes modalités que celles en vigueur dans la population plus jeune.
- Il faut noter qu'un curage axillaire peut être omis dans la situation d'une **espérance de vie estimée courte** en cas de tumeur cT1N0 luminale A.
- En cas **d'espérance de vie courte**, une **hormonothérapie exclusive reste un standard**.
- La radiothérapie est un standard de traitement mais peut être évitée en cas de risque de récurrence très faible (niveau 1).
- Le boost après 60 ans ne doit concerner que les patientes à haut risque (niveau 1).
- Les schémas hypofractionnés sont recommandés (niveau 4).

## 2. Cancer colorectal métastatique chez le sujet âgé

- Algérie: Cancers le plus fréquent chez les sujets de plus de 65ans , et plus de 40 % des patients atteints de cette maladie sont âgés de plus de 75 ans.
- L'âge élevé est un facteur de mauvais pronostic au stade métastatique.
- La stratégie thérapeutique dans les cancers colorectaux métastatiques (CCRM) dépend des objectifs fixés :
  - Résection des métastases
  - Diminution des symptômes de la maladie
  - Augmenté la SSP
  - Augmenté la SG

# Recommandations de la Société francophone d'oncogériatrie (SoFOG)

- le **dépistage de la fragilité** du sujet âgé atteint de CCRM avant la chimiothérapie par un outil de dépistage validé, **le G8**.
- En présence d'une fragilité (G8 positif  $\leq 14/17$ ), une **évaluation gériatrique complète ou approfondie**.
- Cette évaluation permet de mettre en place des actions de prise en charge dans le but de:
  - Limiter les effets indésirables du traitement antitumoral
  - Corriger les domaines altérés
  - Améliorer le suivi du patient

## Recommandations SoFOG concernant les indications de chimiothérapie palliative pour un patient âgé atteint d'un CCRM

- La prescription d'une chimiothérapie palliative est indiquée quel que soit l'âge.
- **L'abstention thérapeutique** doit être discutée après évaluation oncogériatrique en cas de:
  - **comorbidité importante et évolutive**
  - **démence évoluée ou de troubles psychiatriques non contrôlés**
  - **dépendance importante avec impossibilité de réaliser les activités de la vie quotidienne, notamment se déplacer et assurer ses transferts.**

# Une bi ou une monochimiothérapie?

- La fréquence des **toxicités hématologiques de grade 3-4** est plus élevée au cours d'une **bichimiothérapie**
- Le risque d'anémie et de thrombopénie semble majoré au cours du traitement par **capécitabine** par rapport au traitement par fluorouracil.
- La fréquence des **diarrhées** augmente au cours des **bichimiothérapies**.
- La fréquence **des mucites et du syndrome main-pied** est plus élevée avec les chimiothérapies à base de **capécitabine**.
- **L'arrêt ou le report** de la chimiothérapie pour toxicité est plus fréquent en cas de **bichimiothérapie**

Tableau I. Résultats d'efficacité des essais randomisés comparant monochimiothérapies et bichimiothérapies.

Étude	Chimiothérapie	Effectif	Réponse objective	Survie sans progression (mois)	Survie globale (mois)
Seymour MT et al., 2011 [9]	5FU	230	13 %	HR = 0,84 (0,69-1,01)	HR = 0,99 (0,81-1,18)
	ou capécitabine FOLFOX ou CAPOX	229	35 % ; p < 0,0001		
Aparicio T et al., 2016 [8]	5FU	142	21 %	5,2	14,2
	5FU + irinotécan	140	41 % ; p = 0,0003	7,3 ; p = 0,15 HR = 0,84 (0,66-1,07)	13,3 ; p = 0,77 HR = 0,96 (0,75-1,24)

## Recommandations SoFOG concernant les indications de chimiothérapie palliative pour un patient âgé atteint d'un CCRM (suite)

- Si la réponse objective n'est pas l'objectif principal du traitement: **une monochimiothérapie par fluorouracil est recommandée.**
- Si maladie métastatique **symptomatique** ou **menaçant le pronostic vital à court terme** ou si **l'ablation des métastases est envisagée**: **une bichimiothérapie est recommandée.**
- En monothérapie ou en association avec l'oxaliplatine ou l'irinotécan, le traitement par fluorouracil, **selon la modalité LV5FU2 ou LV5FU2 simplifiée, est préférable à un traitement par capécitabine.**
- Un traitement par bichimiothérapie peut être prescrit pour prolonger la SSP chez les patients de moins de 80 ans, sans altération de l'IADL ni de l'ADL, avec un MMSE > 27/30.
- **Une réduction de la dose initiale** peut être proposée aux patients avec un facteur prédictif de survenue de toxicité, notamment en cas de prescription de **bichimiothérapie.**

# Recommandations concernant les antiangiogéniques pour les patients âgés

- Chez les patients relevant d'une monochimiothérapie en 1re ligne: l'association du bévacizumab est recommandée.
- Chez les patients relevant d'une bichimiothérapie en 1re ligne: l'association du bévacizumab est recommandée.
- Chez les patients éligibles à un traitement de 2<sup>ème</sup> ligne, y compris s'ils sont traités par antiangiogénique en 1re ligne: l'association du bévacizumab ou de l'aflibercept à une chimiothérapie de 2e ligne est possible.
- Les effets indésirables de grades 3 et 4 attribuables au bévacizumab sont essentiellement
  - Hypertension artérielle
  - Événements thromboemboliques.

# Recommandations concernant les anti-EGFR, le régorafénib et le trifluridine + tipiracil pour les patients âgés

## □ Anticorps anti-EGFR

- Chez les patients ayant une tumeur sans mutation de RAS relevant d'une **bichimiothérapie**, l'association avec un **anticorps anti-EGFR peut être utilisée**.
- Chez les patients **fragiles** ayant une tumeur sans mutation de RAS, **une monothérapie par anticorps anti-EGFR peut être utilisée (grade C)**.
- Les données sont insuffisantes pour émettre une recommandation concernant le choix entre un antiangiogénique et un anti-EGFR en association avec la chimiothérapie pour un patient ayant une tumeur sans mutation de RAS.

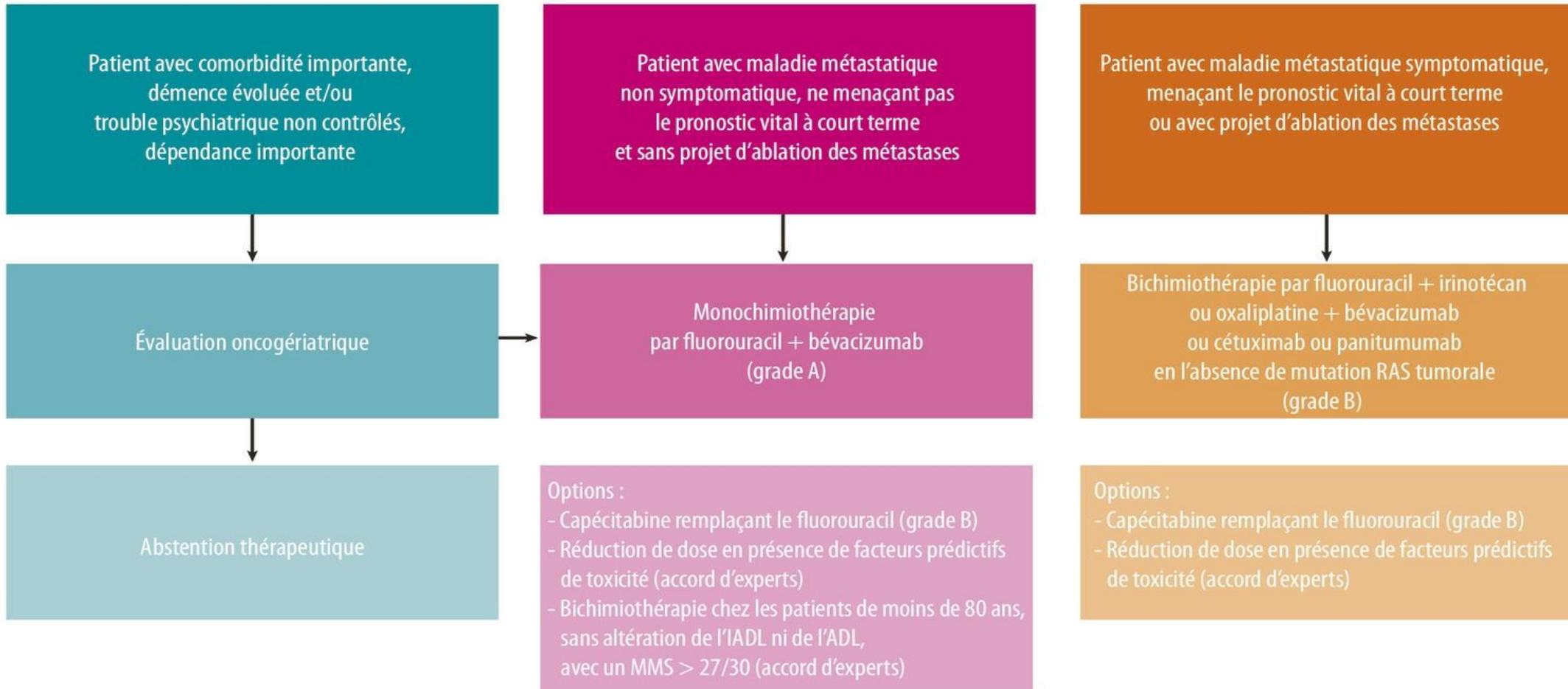
## □ Régorafénib

- Peut être utilisé mais chez une population **extrêmement sélectionnée en insistant sur le risque de Fatigue**
- Uniquement chez les patients de **moins de 80 ans, PS 0, sans altération de l'autonomie**.
- Doit être instauré à **la dose réduite de 80mg 2 semaines sur 3**.

## □ Trifluridine + tipiracil

- Peut être utilisé dans le cadre de son AMM avec une **surveillance hématologique étroite**.

## Évaluation oncogériatrique si score G8 ≤ 14



### Algorithme de prise en charge pour la 1<sup>ère</sup> ligne de traitement d'un CCRM chez le sujet âgé de plus de 65 ans

### 3. Immunothérapie chez le sujet âgé

- la charge mutationnelle des cellules tumorales augmente avec l'âge et double en moyenne tous les 8 ans.
- Ce taux de mutation élevé rend le tissu tumoral plus immunogène en raison de la sécrétion de nouveaux antigènes.
- Ce phénomène pourrait plaider pour une plus grande efficacité de l'immunothérapie chez les sujets âgés
- Cependant, il existe un phénomène physiologique, **l'immunosénescence**, caractérisé par un *remodelage progressif du système immunitaire avec l'âge qui conduit à une altération de toutes ses composantes, innée et acquise*,
- Ce phénomène s'accompagnerait d'une efficacité moindre de l'immunothérapie et d'un plus grand risque de toxicité chez les patients les plus âgés en cas de traitement par inhibiteurs de points de contrôle.

# Immunothérapie chez le sujet âgé

- il ne semble pas exister de différence **d'efficacité** entre les patients en fonction de leur âge avec un cut-off à 70 ans.
- Les sujets âgés présentent significativement plus d'effets indésirables avec une prédominance des **réactions cutanées et des atteintes hépatiques**, conduisant à **plus d'arrêts de traitement par toxicité**.
- Plusieurs méta-analyses ont conclu à une meilleure efficacité de l'immunothérapie chez le sujet âgé par rapport à la chimiothérapie.

Données de la littérature concernant l'efficacité et la tolérance des inhibiteurs de points de contrôle chez les patients âgés.

	Nombre de patients	Type d'étude	Organe	Cut-off	Efficacité selon l'âge	Tolérance selon l'âge
Hérin	46 ≥ 70	Phase I	Multi	70	Pas de différence	Augmentation des toxicités de grades 1 et 2
Nishijima	5 265	Méta-analyse de 9 études	Multi	65-70	Pas de différence	
Elias	2 324 ≥ 65	Méta-analyse de 9 études	Multi	65	Pas de différence	
Landre	146 ≥ 75	Analyse poolée de 3 études nivolumab	2 études poumon, 1 étude rein	≥ 75 ans vs 65-74	Moindre efficacité au-delà de 75 ans	
Poropatich		Méta-analyse de 21 études	Multi		Moindre efficacité au-delà de 75 ans	Pas de différence
Baldini	191	Cohorte prospective	Multi	70	Pas de différence	Plus de toxicités et d'arrêts de traitement

# Immunothérapie chez le sujet âgé

- les étapes-clés de la prise en charge des effets indésirables induits par l'immunothérapie doivent être respectées:

**“Prévenir – Anticiper–Détecter – Traiter – Suivre”**

- Prise en charge rapide des situations à risque de complications graves

- **VIGILANCE** en ce qui concerne les patients âgés vulnérables :

**Perte d'autonomie**  **la dépendance.**

# Les sujets âgés doivent bénéficier de l'immunothérapie

- Il est cependant nécessaire que nous nous organisions pour que leur prise en charge se fasse de façon optimale
- En pratique quotidienne:
  - PEC individualisée.
  - Il est recommandé de faire au minimum une évaluation gériatrique avec le questionnaire G8 afin d'identifier les patients qui doivent en bénéficier.
  - **Evaluation gériatrique approfondie++**: prenant en compte toutes les dimensions **physiques, psychologiques et sociales** du patient.
- D'après les données issues de la littérature, les sujets âgés semblent tirer un bénéfice de l'immunothérapie, **efficacité à pondérer toutefois après 75 ans**

# Conclusions

- La population âgée étant très hétérogène, il est important que la prise en charge oncologique soit individualisée, en tenant compte de l'espérance de vie, des comorbidités, de la tolérance au traitement et des complications potentielles.
- À partir de 65 ans, **tous les patients atteints de cancer devraient avoir une évaluation gériatrique pour dépister leurs fragilités.**
- Le mode de vieillissement (harmonieux, vulnérable, fragile) est associé à des différences majeures d'espérance de vie.
- Evaluation chronophage mais existence **d'outils simplifiés** pour détecter les sujets fragiles **(G8)**
- Les résultats de cette évaluation sont nécessaires pour la présentation du dossier en **RCP**.
- L'évaluation oncogériatrique entraîne une **Modification de la stratégie dans 20 –30%**
- Nécessité de la **Répétition** des évaluations pour une **adaptation permanente**



الجمعية الجزائرية للتكوين والبحث في طب الأورام  
Société Algérienne de Formation  
et de Recherche en Oncologie



# QUIZ

- Evaluation gériatrique initiale
  - A. Recherche la notion de fragilité
  - B. Se fait avec l'échelle d'évaluation ADL
  - C. Se fait avec l'échelle d'évaluation G8
  - D. Suffit chez un patient présentant un vieillissement fragile
  - E. Suffit chez un patient présentant un vieillissement harmonieux

# QUIZ

• Classif

A. Fa

B. Cl

C. Pe

D. Pe

	Type de vieillissement	Caractéristiques cliniques
--	------------------------	----------------------------

Groupe 1	Harmonieux ou robuste	Patients autonomes sans comorbidités sérieuses. Âge physiologique inférieur à celui de l'état civil.
----------	-----------------------	---

Groupe 2	Habituel ou vulnérable	Patients sans autonomie complète pour les activités instrumentales ou avec des comorbidités sérieuses.
----------	------------------------	--

Groupe 3	Type de vieillissement	Taux de mortalité à 2 ans
	Vieillissement harmonieux	8-12%
	Vieillissement habituel	16-25%
	Vieillissement pathologique	>40%

er n'est qu'une cancer  
re le malade ;  
e au pronostic

# QUIZ

À partir de quel score du test Oncodage G8 faut-il adresser les patients à une consultation de gériatrie ?

A. 8

B. 10

C. 12

D. 14

E. 16

# QUIZ

- Parmi ces facteurs biologiques, lequel prédit la chimiotoxicité hématologique chez les sujets âgés ?

A. LDH

B. Taux de prothrombine

C. Calcémie

D. Protidémie

E. Albuminémie

Estimation du risque de chimio-toxicité selon le score CRASH (*chemotherapy risk-assessment scale for high-age patients*)

Variables	Points			Total	Risque estimé (%)
	0	1	2		
<b>Toxicité hématologique</b>					
Pression artérielle diastolique (mmHg)	≤ 72	> 72		0-1	7
IADL	26-29	10-25		2-3	23
LDH (UI/L)	≤ 459	-	> 459	4-5	54
				6	100
<b>Toxicité non hématologique</b>					
ECOG-PS	0	1-2	3-4	0-2	33
MMSE	30	-	< 30	3-4	46
MNA	28-30	-	< 28	5-6	67
				7-8	93

# Cas clinique

- Patient âgé de 74 ans, aux antécédents médicaux d'HTA sous bithérapie, et diabète sous metformine, état général classé OMS 1, IMC à 22, présente un adénocarcinome du colon sigmoïde, opérée à type de colectomie segmentaire avec rétablissement de continuité. L'étude anapath a conclu à ADK bien différencié du colon sigmoïde pT3N1, le bilan d'extension révèle la présence de métastases hépatiques jamais résécables, RAS et BRAF muté. Le reste du bilan biologique et cardiologique sans anomalies majeures.
- **Quel est votre attitude thérapeutique?**
  - A. Traitement par Bichimiothérapie+ Bévacicumab
  - B. Traitement par Monochimiothérapie + Bévacicumab
  - C. Traitement par Bévacicumab seul
  - D. Soins de support
  - E. Evaluation gériatrique initiale

- Une évaluation gériatrique faite chez ce patient sur la base d'un questionnaire G8, le score finale était de 13.

• Patient



• Quel es

A. Bi-Chimiothérapie adjuvante à dose totale

B. Bi-Chimiothérapie

C. Monochimiothérapie

D. Soins de support

E. Evaluation gériatrique

Espérance de vie > espérance de vie liée au cancer

Espérance de vie < espérance de vie liée au cancer

**Traitement standard**

**Traitement adapté**

- Une évaluation gériatrique approfondie à révélée:
  - Un ADL à 6/6 et IADL à 3/4  Patient Ne présente pas de dépendance
  - MMSE à 27  Pas de démence ou troubles cognitifs
- Risque de décès 4 ans de 15% (score de LEE)
- Espérance de vie liée au cancer du colon métastatique 30 mois (2,5 ans)
- Espérance de vie du patient > survie liée au cancer
- Score de risque de chimio-toxicité (**polychimiothérapie à dose standard**): **Elevé (83%** de risque de toxicité grade 3-4)
- Score de risque de chimio-toxicité (**polychimiothérapie à dose réduite**): **Modérée (52%)**
- Score de risque de chimio-toxicité (**monochimiothérapie ET à doses réduite**): **Faible (30%)**

- **Quelle est votre CAT**

- A. FOLFOX + BEVACIZUMAB
- B. XELOX + BEVACIZUMAB
- C. 05FULV2 + BEVACIZUMAB
- D. 05FULV2
- E. FOLFLOX

Estimation de la survie à 4 ans selon le score de Lee et al.

Variables Points

Variables	Points
Âge (an)	
60-64	
65-69	
70-74	
75-79	
80-84	
≥ 85	
Homme	
Index de	
Diabète	
Cancer (	
Patholo	
activités	
Insuffis	
Tabagis	
Dépend	
Dépend	
Difficult	
Difficult	
(ex. : fa	
Total	
0-5	
6-9	15
10-13	42
≥ 14	64

9

Domaines et outils les plus utilisés au cours de l'évaluation gériatrique approfondie (EGA)

Estimation du risque de chimio-toxicité selon le score CARG (*the cancer and aging research group toxicity tool*)

Variables	Points	Total	Risque estimé (%)
Age ≥ 72 ans	2	0-5 (faible)	30
Cancer gastro-intestinal ou génito-urinaire	2	6-9 (modéré)	52
Chimiothérapie à dose standard	2	10-19 (élevé)	83
Polychimiothérapie	2		
Hémoglobine	3		
< 11 g/dL (homme)			
< 10 g/dL (femme)			
Clairance de la créatinine < 34 mL/min	3		
Altération de l'audition	2		
Au moins une chute dans les 6 derniers mois	3		
Aide dans la prise des médicaments	1		
Limitation à la marche	2		
Diminution parfois de l'activité sociale en raison de problèmes de santé (physiques ou émotionnels)	1		

Environnement social Préciser si le patient vit seul  
 Recherche de la présence d'aidants  
 MOSSSS

***MERCI POUR VOTRE ATTENTION  
BON COURAGE A TOUS***

***« Les conditions essentielles pour réussir sont la patience et la certitude du succès. »***

***John D. Rockefeller***

***« Soit  $A$  = un succès dans la vie. Alors  $A = X + Y + Z$   
 $X$  = travailler.  $Y$  = s'amuser.  $Z$  = se taire. »***

***Albert Einstein***