

La personne âgée présentant une maladie cancéreuse

Évaluation multidimensionnelle

Notre société fait désormais face à son vieillissement, un indéniable succès de son organisation socio-sanitaire, fidèlement accompagné cependant d'une augmentation significative des cas de maladies cancéreuses. Si l'exploration et l'identification des cancers sont aujourd'hui de mieux en mieux codifiées et raffinées, il n'en va pas de même pour l'évaluation de la personne âgée, encore trop souvent laissée à la libre appréciation des uns et des autres. C'est pourquoi l'association de la médecine gériatrique avec les spécialités médicales impliquées en cancérologie devient indispensable pour permettre l'optimisation et la personnalisation des soins aux patients cancéreux.

+ Unsere Gesellschaft hat immer mehr mit dem Alterungsprozess zu tun, einem unbestreitbaren Erfolg ihrer sozial-hygienischen Organisation, der aber auch mit einer deutlichen Zunahme von Krebserkrankungen einhergeht. Während die Erforschung und die Identifizierung von Krebserkrankungen heutzutage immer besser kodifiziert und verfeinert werden, gilt dies nicht gleichermaßen für die Beurteilung älterer Menschen, die immer noch allzu oft dem freien Ermessen der einen oder anderen überlassen wird. Aus diesem Grund wird der Zusammenschluss der Geriatrie und der medizinischen Fachgebiete der Onkologie unverzichtbar im Hinblick auf eine Optimierung und Personalisierung der Krebspatientenbetreuung.

Dans ce but, l'évaluation gériatrique multidimensionnelle est susceptible d'apporter des renseignements très importants pour le patient, son entourage et ses conditions de vie pour autant qu'elle se déroule de manière professionnelle et coordonnée avec l'évaluation de la maladie cancéreuse. De très nombreux outils validés sont en effet disponibles qui ne demandent qu'à démontrer leur utilité afin de respecter d'une part les soucis et les souhaits des patients et d'autre part les compétences et la bienfaisance des soignants. Au cours du 20^e siècle en Europe, une impressionnante augmentation de la longévité de l'être humain a été constatée, et cela malgré deux guerres parmi les plus meurtrières de l'histoire, 14-18 et 39-45, et malgré l'épidémie de grippe H1N1 en 1917. Une nouvelle catégorie significative de population est apparue, les personnes âgées (les aînés, les vieux, les adultes seniors), donnant ainsi l'occasion de développer une spécialité médicale nouvelle et novatrice, la gériatrie, autrement dit la médecine des 3^e et 4^e âges. Ce mouvement de vieillissement populationnel avait toutefois déjà commencé au 19^e siècle au fur et à mesure que les vertus de l'hygiène, de la salubrité et de la nutrition étaient comprises et surtout mises en pratique. Parallèlement se sont manifestées de plus en plus de maladies cancéreuses, car le développement d'une néoplasie nécessite du temps, beaucoup de temps, des années en réalité. Alors que les cancers ne représentaient qu'une infime partie de la pathologie humaine en comparaison des infections, ils sont progressivement devenus une véritable préoccupation de santé publique.



PD Dr Gilbert B. Zulian

Genève

En associant l'indéniable réussite de l'épidémie du vieillissement à l'augmentation quantitative des maladies cancéreuses, on mesure enfin l'ampleur des défis auxquels la société doit désormais faire face puisque la majorité des cancers est diagnostiquée et traitée aux 3^e et 4^e âges (1).

La vieillesse

Dans nos pays développés, les trois quarts de la population jouissent du privilège de franchir le seuil autrefois illusoire des septante ans et d'entrer dans leur huitième décennie. Cette phase de la vie s'accompagne volens nolens d'un déclin fonctionnel retentissant sur les dimensions somatiques, psychiques, sociales et spirituelles de l'être humain. L'évaluation fonctionnelle de la personne âgée prend alors toute son importance pour mesurer ses capacités d'interagir avec son environnement et par conséquent aussi son potentiel de survie. En effet, cette ultime période de l'existence est caractérisée par une plus grande vulnérabilité susceptible de mener à une véritable fragilité quand ce n'est pas à la mort.

Les cancers

Au cours de sa vie, une personne sur trois - bientôt une sur deux - présentera une maladie cancéreuse. En plus de provoquer un décès précoce dans un cas sur deux, les cancers sont souvent accompagnés de symptômes aspécifiques qui perturbent le quotidien des malades et de leurs proches. Des stratégies thérapeutiques efficaces, pour ne pas dire efficaces, sont donc nécessaires afin d'améliorer ou de maintenir une qualité de vie acceptable pour les patient(e)s, y compris les plus âgé(e)s qui souffrent de surcroît toutes et tous de comorbidités diverses.

Les outils de l'évaluation

Un nombre considérable d'outils et d'échelles gériatriques sont depuis longtemps à disposition des professionnels de la santé pour évaluer avec précision et de manière multidimensionnelle l'état de santé d'une personne âgée. Il est ainsi possible de connaître l'état physique, cognitif, social, spirituel, nutritionnel et psychologique des patient(e)s. Toutefois, la passation de ces outils (échelles) demande un investissement important en ressources humaines et en temps, ce qui les rend peu populaires auprès des systèmes de soins et des praticiens. Ils sont en effet fort peu valorisés par rapport aux examens plus techniques. Pourtant, ils ont fait leurs preuves en recherche et en clinique, car ils permettent de révéler des problèmes

occultes, de prédire la tolérance aux traitements et l'observance thérapeutique ainsi que la survie potentielle (2).

En revanche, si tous les patient(e)s âgé(e)s ne peuvent et ne doivent pas être évalués de manière aussi approfondie, il convient de savoir lesquels sont susceptibles de vraiment tirer un bénéfice d'une évaluation gériatrique multidimensionnelle et professionnelle.

Les outils de dépistage

Au final, ce sont le VES-13, le fTRST et le G8 qui sont le mieux adaptés à l'onco-gériatrie au point que le G8 est maintenant adopté par les associations professionnelles spécialisées en oncologie telle que l'EORTC et la SIOG (3,4). Le G8 permet en effet de déterminer quel(le) patient(e) aura réellement besoin d'une évaluation complémentaire, gériatrique spécialisée, en raison de la détection d'une vulnérabilité.

De ce fait, le G8 vient renforcer la coopération naturelle entre le gériatre et les médecins concernés par les cancers en réduisant à quelques minutes une première évaluation qui peut autrement devoir se dérouler sur plusieurs heures, voire même jours. Dès lors que le G8 est positif, à savoir inférieur à 14, et donc qu'une vulnérabilité est mise en évidence, l'avis d'un(e) expert(e) en personnes âgées va permettre d'affiner le diagnostic. Il sera dès lors possible d'envisager de rétablir un meilleur état de santé par des mesures de réhabilitation ou d'éviter au patient de subir un niveau d'intervention incompatible avec ses réserves fonctionnelles.

L'adage qui dit en premier ne pas nuire, primum non nocere, first do not harm, prend ici toute sa place. Il est en effet essentiel de garder raison face aux multiples promesses des développements technologiques et thérapeutiques et aux attentes illimitées d'une population le plus souvent avide de progrès et parfois soumise involontairement aux avis d'experts.

L'évaluation gériatrique (5)

D'une part, les qualités propres de l'évaluation gériatrique multidimensionnelle (EGM) lui permettent de mettre en évidence des problèmes cliniques sérieux et pertinents, restés occultes, chez plus de 50% des patients âgés souffrant de cancer et de prédire les effets secondaires des traitements anticancéreux. D'autre part, l'EGM a le potentiel d'identifier des mesures gériatriques ciblées pouvant améliorer la qualité de vie et l'observance thérapeutique. Parmi celles-ci, l'optimisation de l'état nutritionnel tient une place majeure aux côtés de l'exercice physique, de la santé mentale et des médicaments.

Pendant le temps nécessaire à l'EGM et cas échéant à la réhabilitation, l'examen approfondi de la tumeur et de ses caractéristiques peut se dérouler ainsi que le bilan d'extension tumorale éventuel. En avançant tous deux de manière parallèle et complémentaire, le gériatre explore en détails la personne âgée et les médecins du cancer examinent la tumeur maligne et ses ramifications. Tous ces spécialistes se retrouvent ensuite dans le but d'établir un plan d'action thérapeutique spécifique qui corresponde à la fois aux exigences de la personne âgée, à celles de la maladie et par-dessus tout aux bonnes pratiques.

Sélection d'outils de l'EGM (AVQ, AIVQ, GDS, MMSe, HADS, BMI, MNA, PS, Karnofsky, STOPP/START)

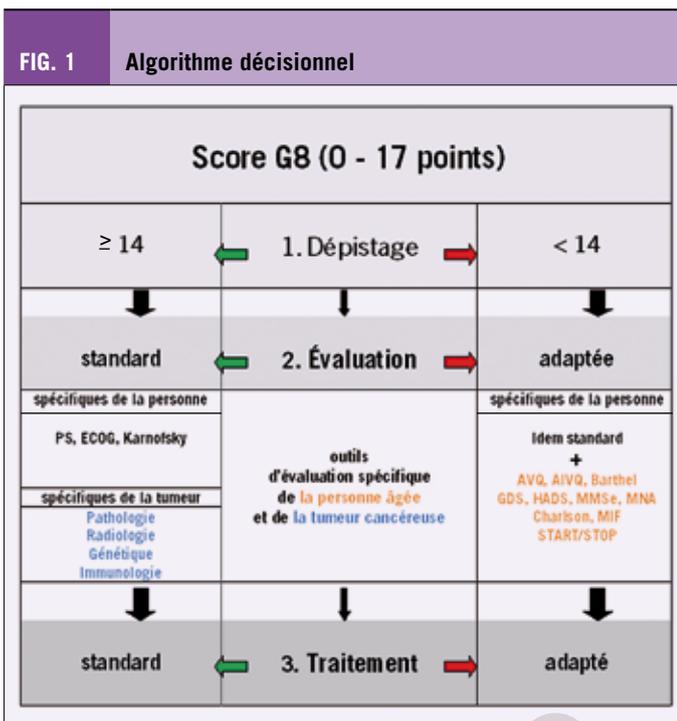
Les outils de l'EGM sont innombrables et ils ont été multiplement validés par de nombreuses études scientifiques. Il n'est donc pas utile de discuter ici leur pertinence mais il est en revanche nécessaire de sélectionner ceux pouvant apporter le plus de ren-

TAB. 1 L'outil de dépistage G8	
Item (questions)	Score (réponses)
Perte d'appétit	0 : anorexie sévère 1 : anorexie modérée 2 : pas d'anorexie
Perte de poids récente (<3 mois)	0 : > 3 kgs 1 : ne sait pas 2 : de 1 à 3 kgs 3 : pas de perte de poids
Motricité, déplacement	0 : du lit au fauteuil 1 : autonome au domicile 2 : sort du domicile
Problèmes neuro-psychologiques	0 : démence ou dépression sévère 1 : démence ou dépression modérée 2 : pas de problème
Indice de masse corporelle	0 : < 18,5 1 : ≥ 18,5 et < 21 2 : ≥ 21 et < 23 3 : ≥ 23
Prise de plus de 3 médicaments	0 : oui 1 : non
Etat de santé subjectif par rapport aux personnes du même l'âge	0 : moins bon 0,5 : ne sait pas 1 : aussi bon 2 : meilleur
Age	0 : > 85 ans 1 : 80 à 85 ans 2 : < 80 ans
Score total	0 – 17

seignements possibles sans trop fatiguer ni le patient ni les professionnels de soins.

Cela étant, au-delà de l'évaluation médicale habituelle par l'anamnèse du malade et de ses maladies, on se renseignera sur le réseau social, sur la présence d'un(e) aidant(e) principal(e), sur la santé de celui-ci ou de celle-ci, sur les proches, sur les conditions de logement, sur les capacités financières, sur les valeurs spirituelles de la personne âgée, sur ses croyances et sur ses objectifs personnels face au temps de vie qui reste à vivre.

- Chaque individu accomplit des tâches quotidiennes de base qui sont regroupées dans les 6 activités de la vie quotidienne (AVQ). Il s'agit des soins corporels, de l'habillage, de l'utilisation des toilettes, des transferts du lit et de la chaise, de la continence fécale et urinaire et de l'alimentation. Il est fondamental de se rendre compte que lorsqu'une de ces 6 activités est perdue, cela entraîne une péjoration de la survie nonobstant les conséquences d'une maladie concomitante.
- Une altération d'une des 8 activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ) est-elle aussi porteuse de conséquences pour la personne âgée atteinte dans sa santé. Il s'agit de gérer son argent, d'effectuer des achats, de faire sa lessive, d'utiliser le téléphone, de se déplacer dans la communauté, d'entretenir le ménage, de préparer les repas et de prendre correctement les médicaments prescrits. La passation de ces deux échelles d'activité, AVQ et AIVQ, permet de rapidement se rendre compte comment la personne âgée interagit avec son environnement direct et comment elle s'y adapte, ce que l'indice de Barthel peut également contribuer à établir.
- On aborde aussi l'état thymique de la personne âgée, soit au moyen d'une question simple, par exemple « vous sentez-vous



déprimé(e)?», soit en recourant à l'échelle de dépression gériatrique (GDS) courte (5 questions), standard (15 questions) ou longue (30 questions). On établit ainsi un véritable dialogue entre l'examineur et le patient que l'on peut faire suivre ou précéder d'une échelle combinée susceptible de renseigner à la fois sur le niveau d'anxiété et sur le niveau de dépression d'une personne âgée, à savoir l'Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS).

- d) On ne manque jamais de pratiquer un test cognitif, le Mini Mental State Evaluation (MMSE), qui précise certaines capacités intellectuelles de la personne âgée, son orientation dans le temps et dans l'espace et dépiste d'éventuels troubles pouvant retentir sur son autonomie.
- e) On peut alors se concentrer sur l'évolution de l'état nutritionnel de la personne âgée au cours des mois et semaines précédant le diagnostic. On utilise par exemple le Mini Nutritional Assessment (MNA), dans sa version la plus longue ou la plus courte, peu importe car l'essentiel est de parvenir à une évaluation qui ne peut être appréhendée autrement.
- f) On se penche ensuite avec précision sur la présence et l'importance des maladies concomitantes, une situation fréquente chez

la personne âgée. On établit ainsi l'index de Charlson et l'échelle de mesure cumulative des maladies dans sa version gériatrique (CIRS-G).

g) Parmi les tâches élémentaires idéalement confiées aux médecins, l'examen approfondi des prises médicamenteuses, trop souvent inappropriées chez la personne âgée, s'impose. Ici, les critères START et STOP aident à distinguer les substances thérapeutiques indispensables de celles parfois ingurgitées inutilement (6).

Il est également possible de regrouper l'ensemble des items d'évaluation pertinent pour la personne âgée au sein d'une seule échelle, la Mesure de l'Indépendance fonctionnelle (MIF), volontiers utilisées par le personnel soignant infirmier en gériatrie. La MIF permet aujourd'hui à de nombreux établissements hospitaliers de déterminer la quantité de soins nécessaires à la situation individuelle de chaque patient(e).

Ce temps d'évaluation clinique spécialisée de la personne âgée demande l'engagement de moyens très importants, mais il apporte nettement plus de renseignements que les seuls index de performance de l'OMS, de l'ECOG ou de Karnofsky. En parallèle à cet investissement, les spécialistes du cancer et de l'identification précise des tumeurs auront aussi exercé leurs compétences respectives, certains en examinant le matériel issu de la tumeur ou celui prélevé de l'organisme et d'autres avec l'examen des documents d'imagerie. Ainsi, le résultat de l'EGM correspond en principe au même niveau qualitatif d'informations en provenance du patient et de son entourage que le résultat qualitatif obtenu à partir de la tumeur et de son extension éventuelle.

En conclusion, il appartient aux professionnels de la santé d'apporter le même soin au patient et au cancer de manière à ce que le traitement éventuel endommage durablement la tumeur plutôt que la personne qui en est porteuse. Qu'on se le dise, car c'est un devoir éthique.

PD Dr Gilbert B. Zulian

Médecin chef du service de médecine palliative, Hôpital de Bellerive Hôpitaux Universitaires de Genève
11 chemin de la Savonnière, 1245 Collonge-Bellerive

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

Messages à retenir

- ◆ Les maladies cancéreuses touchent principalement les personnes âgées
- ◆ Le dépistage de la vulnérabilité et de la fragilité constitue un acte professionnel
- ◆ L'évaluation gériatrique multidimensionnelle révèle des problématiques occultes
- ◆ La collaboration entre gériatres et oncologues est bénéfique pour le patient
- ◆ La passation de l'outil de dépistage G8 ne prend que quelques minutes
- ◆ L'évaluation gériatrique multidimensionnelle demande des compétences spécifiques

Take-Home Message

- ◆ Krebserkrankungen betreffen hauptsächlich ältere Menschen
- ◆ Screening nach Vulnerabilität und Fragilität ist ein professioneller Akt
- ◆ Die multidimensionale geriatrische Beurteilung wirft verborgene Fragen auf
- ◆ Die Zusammenarbeit zwischen Geriatern und Onkologen ist vorteilhaft für den Patienten
- ◆ Die Anwendung des G8-Screening-Tools dauert nur wenige Minuten
- ◆ Die multidimensionale geriatrische Beurteilung erfordert spezifische Kompetenzen

Références:

1. Arndt V, Feller A, Hauri D, et al. Le cancer en Suisse, rapport 2015. Editeurs : Office fédéral de la statistique, Institut National pour l'Epidémiologie et l'Enregistrement du Cancer, Registre Suisse du Cancer de l'Enfant. Neuchâtel 2016. ISBN 978-3-303-14236-3
2. Kenis C, Bron D, Libert Y et al. Relevance of a systematic geriatric screening and assessment in older patients with cancer : Results of a prospective multicentric study. Ann Oncol 24:1306-1313,2013.
3. Pallis AG, Ring A, Fortpied C, et al. EORTC workshop on clinical trial methodology in older individuals with a diagnosis of solid tumors. Ann Oncol 22:1922-1926,2011.
4. Decoster L, Van Puyvelde K, Mohile S, et al. Screening tools for multidimensional health problems warranting a geriatric assessment in older cancer patients: an update on SIOG recommendations. Ann Oncol 26:288-300,2015.
5. Wildiers H, Heeren P, Puts M, et al. International Society of Geriatric Oncology consensus on geriatric assessment in olderpatients with cancer. J Clin Oncol 32:2595-2603,2014.
6. O'Mahony D, O'Sullivan D, Byrne S, et al. STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people : version 2. Age Ageing 44:213-218,2015.