



Table ronde autour de cas cliniques

Jeudi 16 juin 2022

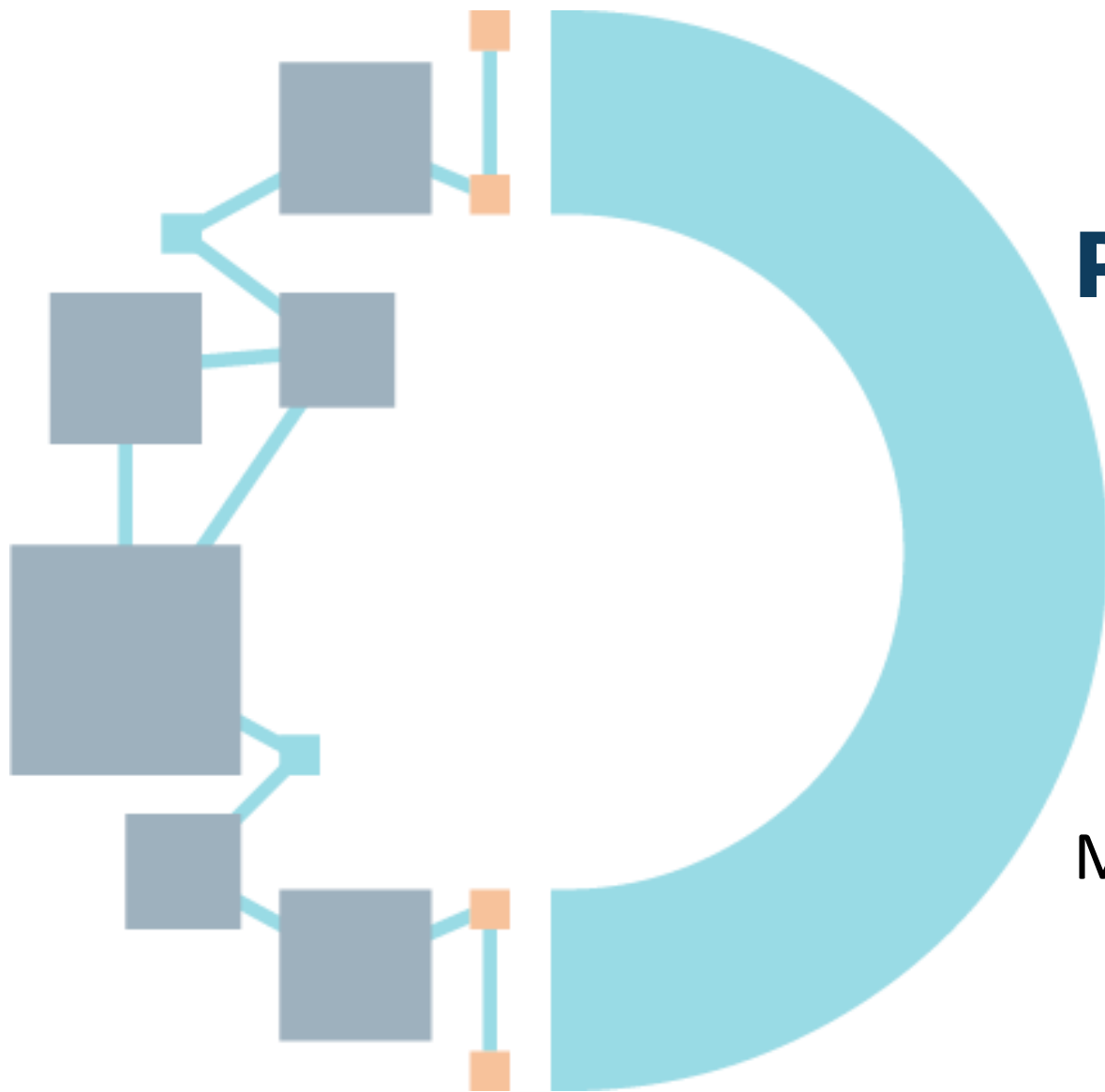
9^{ème} rencontre d'oncogériatrie Poitou-Charentes

Khalifa Sandrine

Thérapies orales: place des aidants et des professionnels

Premier cas clinique

Mr V. suivi par les oncologues depuis 2006





Mr V. né en 1937

HDM

- 1995 (**58 ans**): Néphrectomie droite pour ADK rénal à cellules claires
- 2006 (**69 ans**): 2 petits nodules pulmonaires
- 2012 (**75 ans**): ↗ nodules pulmonaires, biopsies = méta cancer rein classé grade II, pTxNxM1 : refus Sunitinib par patient => surveillance
- 2014 (**77 ans**): ↗ nodules pulmonaires, évolution lente => surveillance
- 2015 (**78 ans**): métastase D11 => Sunitinib 37,5 mg (réduction dose 26%) et Denosumab.
- EI : asthénie, mucite => pauses à partir de 2016; hypothyroïdie
- Août 2017 (**80 ans**): métastase sternale et ↗ métastases pulmonaires => Axitinib 5 mg/J (1/2 dose) et poursuite vit D/Denosumab
- EI: douleurs et ↗ TA



Mr V. né en 1937

HDM suite

- Juillet 2018 (**81 ans**): ↗ métastase sternale => Poursuite Axinitib 5mg/J
- Janvier 2019: progression des métastases pulmonaires => Nivolumab 480mg /28 J jusqu'en octobre 2020
- EI: arthrite => cures de corticoïdes
- Automne 2020: progression métastase sternale => radiothérapie 50 GY: 2,50 GY/séances, 5J/7 jusqu'en décembre 2020
- 2021: surveillance, patient peu symptomatique
- Janvier 2022 (**85 ans**): ↗ métastases pulmonaires et apparition lésions costales => Cabozantinib 40 mg
- EI: asthénie et troubles digestifs => ↘ Cabozantinib à 20 mg/J puis alternance 20 et 40 mg/J avec suivi téléphonique
- Avril 2022 (**85 ans**): stabilité des lésions, bonne tolérance du traitement



Mr V. né en 1937

Mode de vie

- Ancien agriculteur
- Veuf
- 2 enfants
- 1 compagne



Mr V. né en 1937

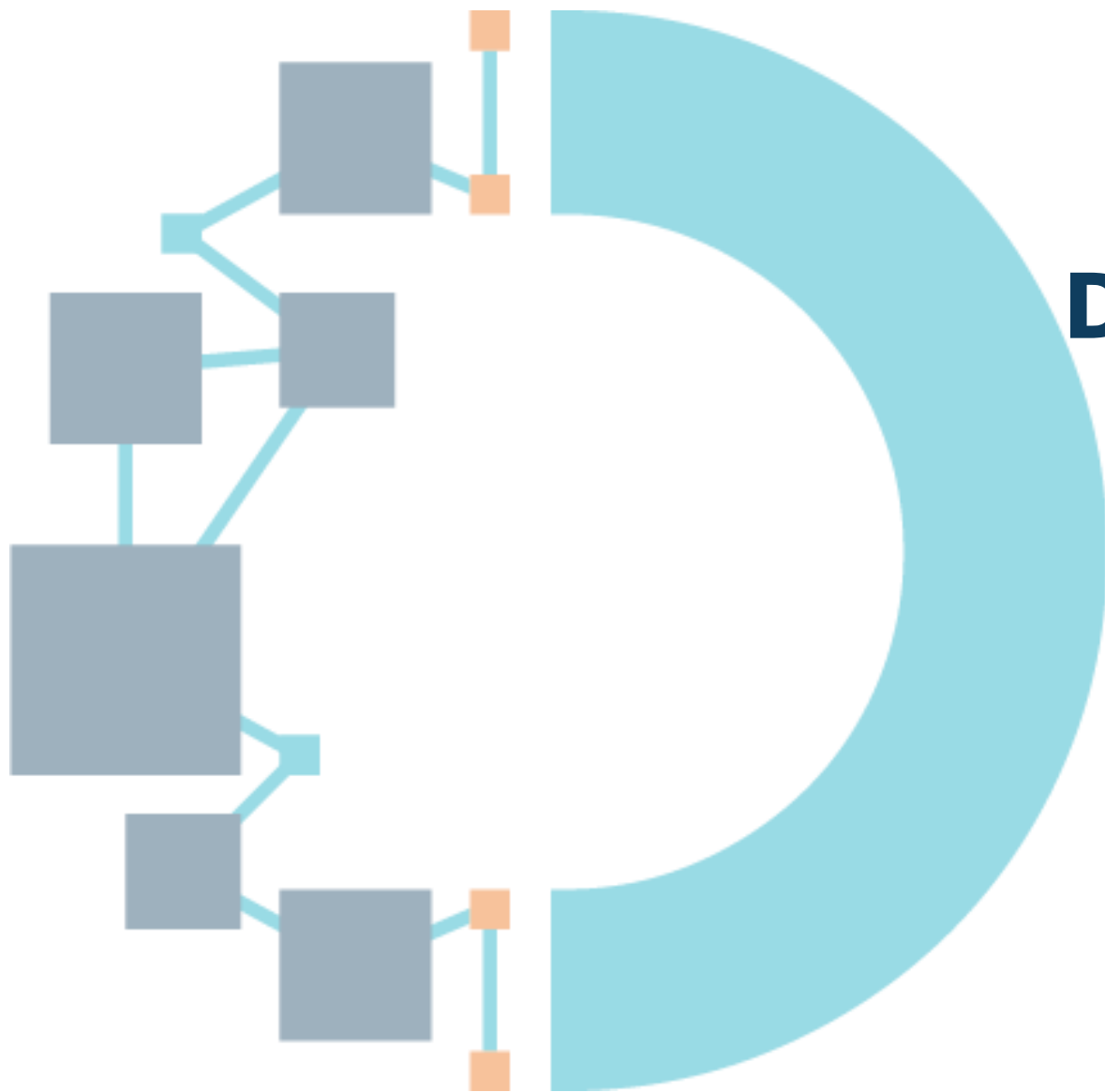
Critères gériatriques retrouvés dans le dossier de l'oncologue

- **Pathologies intercurrentes**
 - En 2012: pas de comorbidités, OMS 0
 - En 2013: EP et phlébite en 2015 => AVK
 - En 2015: Mr V. signale plus de bronchites l'hiver
 - En 2019: AIT (troubles visuels) / AC/FA => Apixaban
- **Etat nutritionnel**
 - En 2012: 89 kg, IMC 28, albuminémie 39 g/L
 - En 2022: poids?, albuminémie 45g/L
- **Données biologiques**
 - En 2012: créatininémie 97 μ mol/L, pas d'anémie
 - En 2022: créatininémie 106 μ mol/L, pas d'anémie
- **Prescription de Vit D en 2012**



M. V né en 1937

- **Place des aidants et des professionnels**
- Pas d'info sur les aidants mais semble toujours autonome
- Suivi exclusif par oncologue et IDE de coordination
- Courriers au médecin traitant
- Place du gériatre?
- Pas de trace d'évaluation des interactions potentielles
- Pas de trace concernant l'observance
- Ne semble pas avoir d'intervention d'IDE à domicile



Deuxième cas clinique

Me M. prise en charge commune
oncologue et gériatre cette année



Mme M. née en 1936: HDM

- 1999 (**63 ans**): carcinome lobulaire infiltrant sein droit pT1N0, SBR II =>tumorectomie et radiothérapie
- 2019: rupture de suivi
- Janvier 2022 (**86 ans**): bilan de chute et confusion avec douleurs hanche droite et dyspnée; TAP = atteinte osseuse diffuse d'allure secondaire, épanchement pleural droit, ascite et masse sein droit; sein droit classé ACR3 en écho; FOGD=gastropathie d'hypertension portale non compliquée et œsophagite.
- Avril : confusion => hospitalisation en cardiologie pour décompensation cardiaque d'origine septique sur pneumopathie au COVID et érysipèle sur ulcère de jambe.
- Avril : début tt 1^{ère} ligne métastatique par Palbociclib et Letrozole en hospitalisation
- Début mai: EGA alors qu'elle vient d'être transférée en SSR
- Juin: cs gériatrique et oncologique de suivi, patiente à domicile



Mme M. née en 1936 - Mode de vie

- époux 75 ans, autonome, désigné comme personne de confiance
- fille à Toulouse
- pas d'aide à domicile



Mme M. née en 1936

Résultat de l'évaluation gériatrique multidisciplinaire de mai

- Comorbidités: insuffisance cardiaque, HTA, FA (arrêt ACO/méléna), ostéosynthèse cheville compliquée d'une infection, RGO, obésité, arthrose, hypoacousie bilatérale, cure cataracte. Notion de tuberculose ancienne.
- ADL 2/6, pas d'activité physique, dénutrition sévère, risque chute, atteinte thymique, MMSE 21/30, OMS 3, CIRSG 15, Lee 18
- Anémie 11g/dL, créatininémie 80 µmol/L
- Automédication, mauvaise observance (11 médicaments), pas d'interactions médicamenteuses avec la thérapie oncologique
- Patiente fragile Balducci 3 => suivi gériatrique



Mme M. née en 1936

Cs de suivi gériatrique à 1 mois

- Bonne tolérance au traitement
- Nette amélioration de l'autonomie depuis le RAD
- Consignes nutritionnelles difficiles à mettre en œuvre
- IRS proposé non mis en place en SSR mais état thymique se stabilise
- Baisse brutale de l'acuité visuelle bilatérale=> bilan en cours
- Poursuite du suivi gériatrique
- Lien avec MT et pharmacien pour suivi observance et risque interactions
- Début intervention DAC/PTA: évaluation à domicile des fragilités en compléments de l'EGA (aménagement domicile/chutes) et aide au conjoint pour organiser HT de répit + questionnaire COVID long



Mme M. née en 1936

Place des aidants et des professionnels

- Suivi en collaboration oncologue/gériatre
- Nécessité de fluidifier la communication avec le médecin traitant et l'IDEL
- Intérêt de la cs de suivi pharmaceutique
- Coordination par PTA





Conclusion

- 2 exemples de personnes âgées +/- fragiles ayant bénéficié d'une thérapie orale
- Gestion des EI et interactions
- Place de l'oncogériatrie
- Importance des aidants
- Place de la PTA

FILTRE ONCO GERIATRIQUE (FOG)		Médecin	Service	Téléphone
IMPORTANT	Le FOG est une étape de dépistage indispensable avant d'orienter un patient vers une consultation d'oncogériatrie. Toute demande d'évaluation oncogériatrique doit s'accompagner d'une question sur les orientations thérapeutiques proposées au patient. La consultation d'oncogériatrie n'est pas une consultation d'annonce. Le patient doit être informé de son diagnostic.			
	Nom du patient	Date de naissance		
	Prénom	Date de réalisation du FOG		
RISQUES	10 QUESTIONS			RESULTAT *
AUTONOMIE	Le patient a-t-il présenté une chute dans les 3 derniers mois ?	OUI	+	-
		NON		
DENUTRITION	Le patient nécessite-t-il une aide dans les activités de la vie quotidienne : toilette, habillage, déplacement, communication, courses, préparation des médicaments, gestion de l'argent ?	OUI	+	-
		NON		
DEPRESSION	Sur les 6 derniers mois, la perte de poids est-elle \geq à 10 %	OUI	+	-
	L'albuminémie est $<$ à 35 g/l	NON		
COGNITION	Le patient se sent-il triste ou déprimé ?	OUI	+	-
	Le patient évoque-t-il une perte d'intérêt dans l'une de ses activités habituelles ?	NON		
CO-MORBIDITES	Le patient est-il dans l'incapacité de donner la date du jour ?	OUI	+	-
	Le patient présente-t-il une plainte mnésique : oublis répétés plusieurs fois par jour ?	NON		
CO-MORBIDITES	Le patient présente-t-il une ou plusieurs co-morbidités non équilibrées ou non traitées ?	OUI	+	-
	Le patient prend-il plus de 4 médicaments ?	NON		
NOMBRE TOTAL DE RISQUES POSITIFS / 5				
* UN RISQUE est défini POSITIF dès lors qu'une réponse affirmative est retenue pour l'une des deux questions / thème : dans ce cas, entourer la croix rouge dans la case "résultat"				
ALGORITHME DECISIONNEL	0 RISQUE POSITIF => pas d'évaluation gériatrique (EGS) 1, 2 ou 3 RISQUES POSITIFS => EGS SYSTEMATIQUE 4 ou 5 RISQUES POSITIFS => évaluation si un traitement spécifique est envisageable			



Unité de Coordination
en Onco-Gériatrie
Poitou-Charentes