

## Nouveaux critères diagnostiques de la dénutrition chez les personnes de 70 ans et plus

La Haute Autorité de Santé, en partenariat avec la Fédération Française de Nutrition, a actualisé fin 2021 ses recommandations sur la dénutrition chez les personnes âgées. Elles représentent une évolution des critères diagnostiques par rapport à ceux publiés en 2007 et s'inscrivent dans la continuité des critères publiés en 2019 pour l'enfant et l'adulte. Nous vous les présentons sous forme d'un tableau synthétique afin de faciliter vos pratiques cliniques.

DIAGNOSTIC DE DENUTRITION		
≥ 1 critère phénotypique +	≥ 1 critère étiologique	Sévérité
Perte de poids : <input type="checkbox"/> ≥ 5 % en 1 mois <input type="checkbox"/> ≥ 10 % en 6 mois <input type="checkbox"/> ≥ 10 % par rapport au poids habituel avant le début de la maladie	<input type="checkbox"/> Réduction de la prise alimentaire ≥ 50 % pendant plus d'1 semaine <input type="checkbox"/> Toute réduction des apports pendant plus de 2 semaines par rapport : – à la consommation alimentaire habituelle – ou aux besoins protéino-énergétiques	Perte de poids : <input type="checkbox"/> ≥ 10 % en 1 mois <input type="checkbox"/> ≥ 15 % en 6 mois <input type="checkbox"/> ≥ 15 % par rapport au poids habituel avant le début de la maladie
<input type="checkbox"/> IMC < 22 kg/m <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> Absorption réduite (malabsorption/maldigestion)	<input type="checkbox"/> IMC < 20 kg/m <sup>2</sup>
Sarcopénie confirmée Réduction de la force musculaire (au moins 1 critère) : <input type="checkbox"/> 5 relevés de chaise > 15sec <input type="checkbox"/> Force de préhension < 16 kg (F) / < 27 kg (H) <b>ET</b> Réduction de la masse musculaire (au moins 1 critère) * <input type="checkbox"/> Masse musculaire appendiculaire < 15 kg (F) / < 20 kg (H) <input type="checkbox"/> Index de masse musculaire appendiculaire < 5,5 kg/m <sup>2</sup> (F) / < 7 kg/m <sup>2</sup> (H)	<input type="checkbox"/> Situation d'agression (avec ou sans syndrome inflammatoire) : – pathologie aiguë – ou pathologie chronique – ou pathologie maligne évolutive	<input type="checkbox"/> Albumine < 30g/l

\* Les outils les plus fréquemment utilisés dans la littérature pour estimer la réduction de la masse musculaire sont la DEXA et l'impédancemétrie. D'autres techniques sont validées pour mesurer la masse musculaire (tels le scanner, l'IRM ou l'échographie musculaire), mais les seuils restent à définir dans la population âgée. Concernant l'anthropométrie, un tour de mollet < 31 cm est proposé.

En raison de l'indisponibilité de l'impédancemétrie en consultation d'évaluation oncogériatrique au CHU de Poitiers, c'est la mesure du mollet qui est utilisée pour estimer la réduction de la masse musculaire.

Pour en savoir plus sur ces nouvelles recommandations : [https://www.has-sante.fr/icms/p\\_3165944/fr/diagnostic-de-la-denuitration-chez-la-personne-de-70-ans-et-plus](https://www.has-sante.fr/icms/p_3165944/fr/diagnostic-de-la-denuitration-chez-la-personne-de-70-ans-et-plus)

Notre UCOG et le réseau onco Nouvelle-Aquitaine vous invitent à participer le 16 juin prochain à notre 9ème Rencontre Régionale d'Oncogériatrie en Poitou-Charentes.

Elle se déroulera à l'hôtel Mercure de Niort en soirée et portera sur les thèmes des thérapies orales et des aidants.

Nous vous communiquerons prochainement de plus amples informations sur le déroulement de cet événement et l'inscription à la soirée.

OncoGer-Info est une publication de l'Unité de Coordination en Oncogériatrie Poitou-Charentes. Ont contribué à ce numéro le Dr VALERO, Caroline TRAN, les Drs GALLEGRO & TORREGROSA.

## A VOS AGENDAS



Unité de Coordination  
en Oncogériatrie  
Poitou-Charentes

NUMERO

16

FEV  
2022

# OncoGer-Info

Lettre d'Information de l'UCOG | Poitou-Charentes

## Edito

Tout arrive à qui sait attendre !  
L'oncogériatrie s'est surtout développée autour de la prise en charge des tumeurs solides. La collaboration avec les oncologues a permis à des patients, généralement exclus du fait de leur âge chronologique, d'accéder aux soins. Actuellement, de plus en plus de demandes émanent des chirurgiens pour une prise en charge conjointe au plus tôt de la maladie et permettre des traitements curatifs avec une vision péri-opératoire.

Collaborer avec l'hématologie a toujours été le souhait de l'oncogériatrie. Pour un bon fonctionnement, il fallait entendre les attentes de chacun et s'adapter pour les gériatres à un raisonnement parfois différent de celui de l'oncologie. L'urgence thérapeutique, comme dans les leucémies aiguës avec des patients vite abattus par la maladie, nécessite une filière de soins spécifique où la réactivité est au premier plan (créneaux prioritaires en consultation, places en hospitalisation et adaptation d'un suivi spécifique).

La notion de parcours prend encore là tout son sens : parcours différents en fonction des spécialités, des cancers, ou de la prise en charge, mais où le fil conducteur réside dans une collaboration et une prise en charge conjointe entre gériatres et spécialistes.

Dr Simon VALERO  
Coordonnateur de l'UCOG



## NUMERO SPECIAL

### Hémato-gériatrie : quelles prises en charge ?

#### Partage d'expérience hémato-gériatrique : interview des Drs Gallego et Torregrosa

**Drs Pilar Gallego et José Torregrosa, vous êtes tous deux hématologues au CHU de Poitiers.**

**Dr Gallego, vous êtes spécialiste de la leucémie aigue (LA), et Dr Torregrosa, des syndromes myélodysplasiques (SMD).**

**Nous avons souhaité vous interviewer car votre service et celui de gériatrie ont entrepris l'an passé de renforcer leur collaboration pour améliorer la prise en charge des patients âgés atteints de ces maladies.**

**Pourriez-vous l'un et l'autre nous parler de votre expérience de prise en soins des patients gériatriques dans vos spécialités respectives ?**

**Dr Gallego :** La fréquence des leucémies aiguës (notamment myéloïdes - LAM) augmente avec l'âge, avec 13 à 15 cas / 100.000 hab/an à partir de 70 ans (vs 3 cas / 100.000 hab/an pour les < 50ans).

Ce type de cancer est favorisé par l'irradiation et l'exposition à certains

produits chimiques, dont les chimiothérapies préalables.

Dans une population vieillissante, parfois déjà traitée pour un autre cancer, le risque de développer une LAM est accru et ne cesse d'augmenter avec la progressive amélioration de la réponse aux traitements et la survie des patients oncologiques.

Par ailleurs, le pronostic de ces patients âgés est plus défavorable que celui des patients jeunes. D'une part, les caractéristiques propres de la maladie (caryotype, biologie moléculaire...) les rendent souvent plus résistants aux traitements. D'autre part, à partir de 75 ans, l'âge biologique peut différer de l'âge chronologique, notamment en fonction des comorbidités du patient et de son mode de vie (consommation d'alcool et tabac, activité sportive...), ce qui se traduit par une grande variabilité de la « tolérance » à la chimiothérapie.

De ce fait, les traitements que nous pouvons proposer doivent être adaptés de façon individuelle, d'où la difficulté

et le besoin d'une évaluation pluridisciplinaire pour tenir compte de tous les facteurs qui entrent en jeu.

Les principales complications que nous voyons lors du traitement des LAM sont essentiellement de type infectieux et des cytopénies, qui vont nécessiter un support transfusionnel. Cela va entraîner des visites fréquentes - voire très fréquentes - au centre de soins, des hospitalisations itératives avec les risques qui en découlent, de type perte d'autonomie et décompensation de certaines comorbidités, comme les démences, qui sont malheureusement de plus en plus fréquentes avec l'âge.

Les patients âgés, déjà fragiles à la base, vont être encore plus fragilisés par les traitements et les événements intercurrents.

L'entourage va alors jouer un rôle très important pour assurer une adhérence aux soins, un support dans les activités quotidiennes (alimentation, hygiène...).

**Dr Torregrosa :** En ce qui concerne les syndromes myélodysplasiques (SMD), rappelons qu'il s'agit d'une pathologie propre au sujet âgé, avec une médiane au diagnostic de 70 ans, et une grande majorité (2/3 de patients) dépassant les 75 ans.

Cette population est souvent fragile, en lien avec ces maladies de la moelle osseuse, mais aussi d'une façon plus générale, avec la survenue de comorbidités et d'autres problèmes de santé qui favorisent ou aggravent un éventuel problème médullaire.

Face à une maladie qui, à l'état actuel, reste orpheline d'un traitement curatif pour cette population (non candidate à la greffe de moelle osseuse), nous essayons tout de même d'apporter des traitements pour améliorer la qualité de vie et/ou retarder la survenue d'une leucémie aiguë myéloblastique.

Un objectif primordial dans ce contexte est de restituer la qualité de vie des malades, par exemple en traitant l'anémie, principale cytopénie retrouvée chez les SMD. Celle-ci limite en effet énormément la capacité d'exercice et donc d'une vie « normale », et est source de complications cardiovasculaires et res-

ponsable de coûts sanitaires considérables en termes de consultations, transfusions, hospitalisations, etc.

Les hématologues en général, et moi en particulier, sommes conscients de notre manque d'expertise dans tout ce qui entoure le sujet âgé. Nous n'avons ni les connaissances, ni les ressources nécessaires en termes de temps et de personnel pour assurer une prise en charge intégrée des malades afin de maximiser le bénéfice potentiel d'une prise en charge thérapeutique spécifique.

Dans ce contexte, l'évaluation et la prise en charge du patient gériatrique et de son entourage sont des piliers primordiaux.

**Quelle collaboration avez-vous établie avec le service de gériatrie, quels parcours avez-vous mis en place pour l'optimiser ?**

**Dr Torregrosa :** L'équipe de gériatrie du CHU de Poitiers s'est montrée particulièrement réceptive à l'idée d'améliorer la prise en charge des patients âgés atteints d'hémopathies graves.

Nous avons commencé à développer le parcours de soins avec l'évaluation oncogériatrique afin de pouvoir discuter en RCP du traitement le plus adapté en disposant du plus d'éléments possibles.

Nos collègues gériatres sont constamment disponibles par téléphone pour discuter des problématiques qui surviennent lors de la mise en place des différents traitements ou des complications.

De plus, nous avons la possibilité si besoin d'hospitaliser des malades dans le service de gériatrie pour l'initiation d'un traitement particulier, en assurant une prise en charge optimale dans un des moments les plus délicats.

**Dr Gallego :** L'étroite collaboration avec le service de Gériatrie est devenue pour nous indispensable.

Un circuit a été mis en place pour que les patients nouvellement diagnostiqués d'une LAM soient vus en consultation par un oncogériatre dans le but de cibler les points de fragilité et de mieux prévenir les complications des traitements.

En parallèle, le service de Gériatrie du CHU se rend disponible pour hospitaliser les patients âgés qui ont besoin d'une surveillance étroite du syndrome de lyse lorsqu'on débute le traitement de leur LAM, ou bien qui présentent un problème infectieux. Cela permet de leur garantir un traitement spécialisé, adapté à leurs besoins, et de libérer des places en Hématologie pour des patients plus jeunes.

**Quelles difficultés récurrentes rencontrez-vous ?**

**Dr Gallego :** Les principales difficultés sont liées au manque de moyens humains et techniques pour pouvoir hospitaliser en urgence un patient (manque de places d'hospitalisation) ou pour qu'ils soient vus en consultation dans la semaine qui suit le diagnostic (grilles de consultation remplies longtemps à l'avance).

La leucémie aiguë est une pathologie très aiguë, évoluant de façon très rapide où les jours - et les heures même - ont une importance réelle dans la prise en charge. Ce type de patient ne peut pas attendre deux semaines qu'une place d'hospitalisation se libère, ou un mois avant sa consultation : dans l'idéal un traitement doit être débuté dans les 48 à 72h qui suivent le diagnostic.

Cette question cruciale de « timing » et de « vitesse de réaction » demande une certaine gymnastique mentale pour le personnel soignant qui prend en charge les patients en gériatrie.

Par ailleurs, le service d'Hématologie du CHU de Poitiers couvre une vaste région, avec des patients venant de toute l'ancienne région du Poitou-Charentes. Cependant, les services d'Oncogériatrie ne sont pas disponibles partout, et pas tous également motivés, ce qui crée des inégalités d'accès à cette prise en charge conjointe, pluridisciplinaire.

**Dr Torregrosa :** Du fait du vieillissement croissant de la population, une augmentation de l'incidence de ce genre de pathologie est plus que prévisible. La pression inhérente à ce phénomène pourrait mettre en péril la bonne volonté des équipes et rendre plus difficile les collaborations comme celle existant entre l'hématologie et la gériatrie.

Cette contrainte n'est pas spécifique de l'oncogériatrie : le nombre de lits d'hospitalisation, le déficit de personnel soignant, les créneaux de consultation limités... sont des difficultés importantes à surmonter.

Malheureusement, des situations exceptionnelles comme celle de cette pandémie de Covid n'aident pas, et la population plus âgée a payé (et paie encore) un prix très élevé.

Toutefois, de façon générale, la prise en charge des sujets âgés s'est nettement améliorée ces dernières années.

Gardons donc l'espoir d'un retour à la normale, qui nous fera du bien à tous !

**A propos d'avenir, quels sont vos espoirs d'amélioration ?**

**Dr Torregrosa :** Je nourris l'espoir de voir le travail coopératif s'intensifier, avec la création d'unités de soins pluridisciplinaires du sujet âgé où l'activité se développerait à la hauteur de ce qu'un Hôpital Universitaire pourrait offrir : mise en place de traitements avec une gestion efficace des toxicités, développement de projets transversaux concernant les différents aspects du sujet âgé (biologiques, cliniques et sociaux), formation renforcée du corps médical et paramédical, support psychologique spécialisé...

Mais je suis conscient que tout cela ne se fera pas sans effort. Les directions des établissements de santé devront faire leur possible pour mettre en valeur une prise en charge thérapeutique du sujet âgé de plus en plus spécifique et optimale.

**Dr Gallego :** Comme le Dr Torregrosa, j'espère que la coopération va continuer à se renforcer, avec de plus en plus de patients bénéficiant d'une prise en charge conjointe.

Il serait souhaitable que l'organisation mise en place au sein du CHU de Poitiers puisse se diffuser sur la région et qu'une collaboration similaire soit développée avec les autres services de Gériatrie de la région.