




Disponible en ligne sur  
 ScienceDirect  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France  
 EM|consulte  
www.em-consulte.com



# L'évaluation gériatrique en cancérologie chez le sujet âgé

Geriatric evaluation in oncology in the elderly subject

G. Albrand

*Groupement de la Gériatrie des Hospices Civils de Lyon, UPCOG de Lyon :  
Programme Lyonnais d'Oncogériatrie (PROLOG), Hôpital gériatrique Antoine Charial,  
40, Avenue de la Table de Pierre, 69340 Francheville*

## MOTS CLÉS

Cancer de la prostate ;  
Oncologie ;  
Sujet âgé ;  
Évaluation gériatrique

## Résumé

L'hétérogénéité de la population âgée rend complexe l'application simple des programmes thérapeutiques standard de prise en charge oncologique d'autant qu'ils ont été validés sur des populations jeunes. Le NCCN et la SIOG recommandent l'utilisation d'une évaluation gériatrique avant l'élaboration d'un programme personnalisé de soins. L'évaluation gériatrique a démontré son efficacité dans de nombreux domaines. Ce concept recouvre deux grandes activités : l'Évaluation Gériatrique Multidimensionnelle (EGM) qui est une évaluation gériatrique standardisée de détection des comorbidités et des grands syndromes gériatriques et l'Évaluation Gériatrique Approfondie (EGA). L'objectif de l'EGA est de répertorier les différents problèmes du malade, de distinguer les pathologies somatiques et/ou psychiatriques des conséquences physiologiques du vieillissement, d'apprécier l'impact fonctionnel des pathologies, de comprendre l'interférence de ces pathologies entre elles, d'apprécier leurs conséquences sur l'environnement social du malade et de hiérarchiser les différents problèmes de santé du patient. L'EGA est une action médicale organisée en 5 phases permettant la mise en place et le suivi de recommandations.  
© 2009 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

## KEYWORDS

Prostate cancer ;  
Oncology ;  
Elderly subject ;  
Geriatric evaluation

## Abstract

The heterogeneity of the elderly population makes the simple application of standard therapeutic programs in oncological management complex, particularly if they have been validated on young populations. The NCCN and the SIOG recommend using a geriatric evaluation before setting up an individualized care program. Geriatric assessment has demonstrated its efficacy in a number of domains. This concept covers two broad activities: the Multidimensional Geriatric Evaluation (MGE), which is a standardized geriatric evaluation

Correspondance.

Adresse e-mail : gilles.albrand@chu-lyon.fr

for detecting co-morbidities and broad geriatric syndromes, and the Detailed Geriatric Evaluation (DGE). The objective of the DGE is to inventory the patient's various problems, distinguish somatic and/or psychiatric pathologies from the physiological consequences of aging, assess the functional impact of diseases, understand how these diseases interfere with one another, assess their consequences on the patient's social environment, and prioritize the patient's different health issues. The DGE is a medical action organized into five phases designed to set up care so that the recommendations made can be followed.

© 2009 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

## Introduction

L'hétérogénéité de la population âgée en terme de physiologique, d'état de santé [1], d'espérance de vie [2] n'est plus à démontrer. Dans le champ sanitaire et en particulier en oncologie, ce phénomène rend inopérant la prise en charge médicale basée sur un programme thérapeutique standard dépendant uniquement de la pathologie à prendre en charge et de plus validé chez des sujets jeunes.

## Le sujet âgé atteint de cancer

Schématiquement, il est possible de distinguer trois grands groupes d'individus. Le premier correspond à des personnes qui conservent un très bon état de santé (successful aging). Les personnes du second groupe présentent une altération de leur santé compatible avec une vie normale, mais elles sont susceptibles de se dégrader au décours d'un stress (usual aging). Le troisième groupe correspond à des personnes âgées très dépendantes du fait d'une dégradation majeure de leur état de santé. Ainsi, s'il est indispensable, face à un patient âgé atteint de cancer, de connaître les caractéristiques de la tumeur il est indispensable de connaître aussi celles de son hôte avant d'élaborer le programme personnalisé de prise en charge du malade et de son cancer. Ce programme doit permettre de répondre à de nombreuses questions comme : comment éviter que les pathologies concomitantes (comorbidité) ne se décompensent sous l'effet des traitements du cancer ou du cancer lui-même ? Comment détecter des états pathologiques méconnus qui risquent de compliquer le traitement du cancer ? Comment évaluer le degré de vulnérabilité du patient âgé chez lequel le risque de survenue de « pathologies en cascade » est majeur ? Comment prévoir les risques de toxicité des thérapeutiques anticancéreuses administrées et de les prévenir ou de les prendre en charge ? Comment aborder la prise de décision thérapeutique chez les patients atteints également de troubles cognitifs ? Comment identifier puis gérer la fraction de la population âgée atteinte de cancer qui ne relève pas d'une action thérapeutique oncologique ? Comment optimiser la trajectoire de soins du patient âgé cancéreux en fonction du type de cancer dont il est atteint ?

## L'évaluation gériatrique en oncogériatrie

En l'absence de tests de laboratoires simples et fiables permettant de déterminer « l'âge physiologique » d'un individu,

la méthode d'évaluation, la mieux validée, de l'état de santé d'une personne âgée reste la « Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) ». La CGA est une activité clinique rigoureuse standardisée qui permet une approche globale de l'état de santé des personnes âgées. En 1987, une conférence de consensus a permis de préciser les grands principes de la CGA [3]. La CGA est une activité clinique multidimensionnelle qui fait appel à une équipe pluridisciplinaire coordonnée par un gériatre. La mission initiale de l'évaluation gériatrique est de maintenir à domicile les personnes âgées peu dépendantes ou à risque d'entrée en dépendance avec la meilleure qualité de vie possible en abordant et gérant la complexité de leurs problèmes. Elle détermine la nature et l'intensité des problèmes de la personne âgée, propose des moyens thérapeutiques et développe une politique de suivi. Afin de cerner la complexité des problèmes, l'évaluation de l'état de santé doit être globale et comprendre une analyse systématique des aspects : physiques, psychiques, sociaux, fonctionnels de la personne. Elle aboutit à la mise en place d'un programme médico-social personnalisé de soins (PPS). Le management de ces patients passe par la mise en place de différentes recommandations diagnostiques, thérapeutiques, ré-adaptatives, socio-environnementales, préventives, de suivi. L'efficacité de ce concept est réelle [4,5], dans de nombreux domaines : amélioration de l'inventaire et de l'exactitude des diagnostics [6] ; amélioration de l'état fonctionnel [7] ; amélioration des capacités cognitives des patients ; réduction des thérapeutiques ; diminution des placements en institution [8] ; amélioration des conditions de placement en institution [9] ; réduction de l'utilisation des services hospitaliers et des coûts médicaux [10,11], augmentation de la survie [12].

Même si des questions subsistent à propos de l'impact de l'évaluation gériatrique sur la prise en charge du malade âgé atteint de cancer, le National Comprehensive Cancer Network (N.C.C.N.) [13,14] et la Société Internationale d'Oncogériatrie (S.I.O.G.) affirment que le meilleur guide pour élaborer le traitement d'un patient âgé atteint de cancer est fourni par l'évaluation gériatrique. Tous les sujets âgés atteints de cancer ne relèvent pas d'une CGA. Ainsi, la prise en charge d'un patient âgé atteint d'un cancer passe, en dehors de son évaluation oncologique, par une étape de détection des problèmes gériatriques et des comorbidités qui permet de déterminer deux populations :

- la première n'a ni problème gériatrique ni comorbidités non contrôlées. Elle peut faire l'objet d'une prise en charge oncologique optimale (diagnostique et thérapeutique) sans

intervention gériatrique car ils ne retirent pas de bénéfice de la CGA par rapport à une prise en charge médicale classique ;

- la seconde présente des problèmes gériatriques ou des comorbidités non contrôlées et doit faire l'objet d'une évaluation gériatrique. Les patients âgés polypathologiques, polymédicamentés, en perte d'indépendance et/ou d'autonomie constituent la population cible de l'évaluation gériatrique [15]. Les patients âgés atteints d'un cancer, très dégradés relevant d'emblée d'une structure de soins palliatifs ne relèvent plus de la CGA.

## Les différentes étapes de réalisation d'une évaluation gériatrique : de la détection à l'évaluation approfondie

En France, le terme d'Évaluation Gériatrique Standardisée (EGS) recouvre deux types d'approche :

- la Geriatric Multidimensional Assessment (GMA) ou **Évaluation Gériatrique Multidimensionnelle (EGM)** qui est une évaluation gériatrique standardisée de détection des comorbidités et des grands syndromes gériatriques ; elle permet d'identifier les patients relevant de la Comprehensive Geriatric Assessment and Management ou **Évaluation Gériatrique Approfondie (EGA)** ;
- l'**Évaluation Gériatrique Approfondie** a pour objectif est de répertorier les différents problèmes du malade âgé :
  - de distinguer les pathologies somatiques et/ou psychiatriques des conséquences physiologiques du vieillissement ;
  - d'apprécier l'impact fonctionnel des pathologies sur les activités basales et instrumentales de la vie quotidienne ;
  - de comprendre l'interférence de ces pathologies entre elles ;
  - d'apprécier leurs conséquences sur l'environnement social du malade ;
  - de hiérarchiser les différents problèmes de santé du patient ;
  - d'apprécier leurs interactions et interdépendance.

Elle permet de mettre en place un programme personnalisé de soins (programme de soins médico-social individualisé). Le déroulement d'une EGM a pour objectif de détecter les patients nécessitant la réalisation d'une EGA [16]. Cette procédure a fait la preuve de son efficacité à détecter les patients âgés relevant d'une EGA [17]. Cette évaluation de détection est organisée pour identifier les patients âgés ayant des troubles fonctionnels, des syndromes gériatriques (déficit cognitif, dysthymie, troubles de la marche, chute, incontinence, dénutrition). Cette évaluation fait appel à un examen clinique complet, l'utilisation d'outils standardisés, ou à des questionnaires de détection [18] ou à de véritables procédures [19]. L'EGM a les outils et les moyens pour les patients non complexes de mettre en place des programmes de prises en charges individualisés. En oncologie, pour les patients dont la situation médicale hors cancer est parfaitement identifiée et stabilisée l'EGM permet de mettre en place des processus décisionnels de prise en charge oncogériatrique. Pour les

patients plus complexes elle permet une bonne orientation vers l'EGA. Le déroulement d'une EGA passe par cinq étapes hiérarchisées.

### Première étape

La première étape correspond au recueil des informations et mise en place des stratégies thérapeutiques urgentes. Elle passe par un examen physique complet, réalisé par médecin rompu à cet exercice qui tient compte des spécificités gériatriques [20,21]. Il est complété par des examens complémentaires simples. Les examens complémentaires plus complexes ne sont réalisés que s'ils peuvent déboucher sur une action thérapeutique utile. L'intervention des spécialistes d'organes est organisée pour améliorer les diagnostics, les thérapeutiques et les programmes de suivi. L'état nutritionnel, l'état buccal, les fonctions sensorielles, la marche et l'équilibre, les fonctions sphinctériennes, la qualité du transit, la thymie, la cognition sont expertisés systématiquement. Les forces et les faiblesses de l'environnement socio-familial du patient sont recherchées. Le statut fonctionnel [22] est expertisé à travers les Activités Basales de la Vie Quotidienne (B.A.D.L.) [23] et les Activités Instrumentales ou de la Vie Quotidienne (I.A.D.L.) [24].

### Deuxième étape

La deuxième étape correspond à l'élaboration du PPS individualisé et accepté. La mise en commun de toutes les informations permet la hiérarchisation des problèmes, la mise en évidence des inadéquations entre les besoins de santé du malade et les moyens en place et l'élaboration du PPS qui ne correspond pas à la mise en place de programme théorique non individualisé. Des études ont révélé l'échec de cette attitude par un taux très élevé de non-application des recommandations par les malades [25,26].

### Troisième étape

La troisième étape correspond à la mise en place du PPS. Elle est fondamentale pour obtenir un haut niveau d'adhésion aux recommandations tant des patients que de leur environnement [27,28]. Elle comporte les explications au malade des recommandations, des prises de rendez-vous pour les surveillances, des contacts avec les aidants naturels et professionnels, des commandes de matériels, la rédaction des ordonnances, la réalisation des documents administratifs nécessaires pour l'obtention d'aides économiques (APA...), la rédaction de certificats médicaux pour l'accès aux structures d'accueil.

### Quatrième étape

La quatrième étape correspond à la transmission des informations. Dans un objectif final de réalisation optimale des recommandations, la transmission aux personnes référentes (cancérologues, anesthésiste, médecin traitant, spécialistes d'organes...) de l'ensemble des informations recueillies et du PPS est indispensable.

## Cinquième étape

La cinquième étape correspond à la mise en place et la surveillance du suivi. L'intervention de l'équipe pluridisciplinaire dans le suivi permet une augmentation du séjour à domicile des malades âgés, et en oncologie une amélioration de la survie [29].

L'EGA est réalisée en médecine gériatrique aiguë, en hôpital de jour. L'EGM peut être réalisée en ambulatoire, en consultation de gériatrie, par les équipes mobiles de gériatrie. Les services de cancérologie prenant en charge des malades âgés atteints de cancer ne possèdent pas les moyens humains et techniques pour réaliser une évaluation gériatrique. L'enjeu est donc d'identifier des outils simplifiés, validés, performant permettant de détecter les malades âgés atteints d'un cancer relevant de la procédure d'évaluation gériatrique, l'EGM devant identifier les malades relevant de l'EGA. Ce système de filtre permettra de réduire les coûts, les files d'attente.

## Conclusion

La réalisation d'une évaluation gériatrique à la phase initiale de la prise en charge d'un malade âgé cancéreux va représenter un temps majeur de l'élaboration du PPS. Il est clairement constaté sur des études rétrospectives portant sur la prise en charge d'un cancer chez la personne âgée que les données d'évaluation gériatrique sont très pauvres [30]. L'enjeu des années à venir est d'organiser cette action médicale à partir des services d'urologie, de cancérologie en partenariat avec les équipes gériatriques.

*Conflit d'intérêts* : aucun.

## Références

- [1] Rowe JW, Kahn RL. Human Aging: Usual and Successful. *Science* 1987; 237:143-9.
- [2] Walter LC, Covinsky, KE. Cancer Screening in Elderly Patients. A Framework for Individualized Decision Making. *JAMA* 2001;285:2750-6.
- [3] Geriatric Assessment Methods for Clinical Decision making. NIH Consensus Statement 1987;19-21:1-21.
- [4] Rubenstein LZ, Josephson KR, Wieland GD, English PA, Sayre JA, Kane RL. Effectiveness of a geriatric evaluation unit. A randomized trial. *N Engl J Med* 1984;311:1664-70.
- [5] Stuck AE, Siu AL, Wieland GD, Rubenstein LZ, Adams J. Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials. *Lancet* 1993;342:1032-6.
- [6] Rubenstein LZ, Abrass IB, Kane RL. Improved care for patients on a new geriatric evaluation unit. *J Am Geriatr Soc* 1981;29:531-6.
- [7] Yeo G, Ingram L, Skurnick J, Crapo L. Effects of a geriatric clinic on functional health and well-being of elders. *J Gerontol* 1987;42:252-8.
- [8] Wilkinson TJ, Sainsbury R. Elderly people referred for institutional care. Is prior assessment necessary? *N Zea Med J* 1992;945:451-2.
- [9] Williams TF, Hill JG, Fairbank ME, Knox KG. Appropriate placement of the chronically ill and aged: a successful approach by evaluation. *JAMA* 1973;226:1332-5.
- [10] Williams ME, Williams TF, Zimmer JG, Hall WJ, Podgorski CA. How does the team approach to outpatient geriatric evaluation compare with traditional care: A report of a randomized clinical trial. *J Am Geriatrics Soc* 1987;35:1071-8.
- [11] Rubin CD, Sizemore MT, Loftis PA, Adams-Huet B, Anderson RJ. The effect of geriatric evaluation and management on Medicare reimbursement in a large public hospital: A randomized clinical trial. *J Am Geriatrics Soc* 1992;40:989-95.
- [12] Thomas DR, Brahan R, Haywood BP. Inpatient community-based geriatric assessment reduces subsequent mortality. *J Am Geriatrics Soc* 1993;41:101-4.
- [13] Balducci L, Yates J. General guidelines for the management of older patients with cancer. *Oncology* 2000;14:221-7.
- [14] Extermann M, Aapro M, Bernabei R, Cohen HJ, Droz JP, Lichtman S et al. Use of comprehensive geriatric assessment in older cancer patients: recommendations from the task force on CGA of the International Society of Geriatric Oncology (SIOG). *Crit Rev Oncol Hematol* 2005;55:241-5.
- [15] American Geriatric Society Public Policy Committee. Comprehensive geriatric assessment. *J Am Geriatr S* 1989;37:473-4.
- [16] Wieland D, Hirth V. Comprehensive Geriatric Assessment. *Cancer Control* 2003;10:454-62.
- [17] Wieland D, Rubenstein LZ. What do we know about patient targeting in geriatric evaluation and management (GEM) programs? *Aging (Milano)* 1996;8:297-310.
- [18] Matthews M, Lucas A, Boland R, Hirth V, Odenheimer G, Wieland D et al. Use of a questionnaire to screen for frailty in the elderly: an exploratory study. *Aging Clin Exper Res* 2004;16:34-40.
- [19] Gray LC, Bernabei R, Berg K, Finne-Soveri H, Fries BE, Hirdes JP et al. Standardizing assessment of elderly people in acute care: the interRAI Acute Care instrument *J Am Geriatr Soc* 2008;56:536-41.
- [20] Fields SD. History taking in the elderly: Obtaining useful information. *Geriatrics* 1991;46:26-35.
- [21] Fields SD. Special consideration in the physical exam of older patients. *Geriatrics* 1991;46:39-44.
- [22] Reuben DB, Wieland DL, Rubenstein LZ. Functional status assessment of older persons: concepts and implications. *Facts and Research in gerontology* 1993;7:367-77.
- [23] Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies illness in the aged: The index of ADL, a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA* 1963;185:914-9.
- [24] Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* 1969;9:179-86.
- [25] Epstein AM, Hall JA, Fretwell M, Feldstein M, DeCiantis ML, Tognetti J et al. Consultative geriatric assessment of ambulatory patients. *JAMA* 1990;263:538-44.
- [26] Cefalu CA, Kaslow LD, Mims B, Simpson S. Follow-up of comprehensive geriatric assessment in a family medicine residency clinic. *J Am Board Fam Pract* 1995; 8:263-9.
- [27] Reuben DB, Maly RC, Hirsch SH, Frank JC, Oakes AM, Sill AL et al. Physician implementation of and patient adherence to recommendations from comprehensive geriatric assessment. *Am J Med* 1996;100:444-51.
- [28] Frank JC, Hirsch SH, Chernoff J, Wallace SP, Abrahamse A, Maly R et al. Determinants of patient adherence to consultative comprehensive geriatric assessment recommendations. *J Gerontol* 1997;52A:M44-M51.
- [29] McCorkle R, Strumpf NE, Nuamah IF, Adler DC, Cooley ME, Jepson C et al. A specialized home care intervention improves survival among older post-surgical cancer patients. *J Am Geriatr Soc*. 2000;48:1707-13.
- [30] Braud G, Battisti S, Karam G, Bouchot O, Rigaud J. Mortalité et morbidité des cystectomies totales pour cancer de la vessie chez les patients de plus de 75 ans. *Progr Urol* 2008;18:1062-67.