

L'évaluation oncogériatrique en hématologie : du concept à la pratique

Introduction

L'augmentation du nombre de cancers hématologiques avec l'âge et le vieillissement de la population, font de l'oncogériatrie une discipline en devenir en hématologie.

La population âgée souffrant de cancer forme une cohorte très hétérogène en termes de performances physiques, fonctions physiologiques, fonctions psychocognitives et d'environnement socio-économique. La seule connaissance de l'âge ne permet pas au médecin de proposer au patient la prise en charge optimale.

D'autre part, l'évaluation précise du pronostic, les réserves biologiques du patient, son espérance de vie et sa capacité à tolérer le traitement interviennent dans la décision.

En outre, les souhaits du patient en termes de projet de vie, son aptitude à intégrer tous les retentissements de l'approche thérapeutique entrent en ligne de compte.

En 2015, le service d'hématologie et le service de gériatrie de l'hôpital de Roubaix ont répondu à une proposition de l'ARS des Hauts-de-France de mettre en relation à l'occasion d'une hospitalisation de jour, patient, médecins spécialistes (oncogérites, hématologues), et différents intervenants paramédicaux (diététiciens, ergothérapeutes, kinésithérapeutes, assistante sociale, psychologues et infirmières). Cette prise en charge devrait permettre la prise en compte des différentes spécificités du patient âgé.

L'expérience roubaisienne de la mise en place de cet hôpital de jour labellisé hémato-gériatrique est présentée ici.

Grille ONCODAGE

Items	Score
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
Perte de poids (< 3 mois)	0 : Perte de poids > 3kg 1 : Ne sait pas 2 : Perte de poids entre 1 et 3kg 3 : Pas de perte de poids
Motricité	Du lit au fauteuil Autonome à l'intérieur Sort du domicile
Problèmes neuropsychologiques	0 : Démence ou dépression sévère 1 : Démence ou dépression modérée 2 : Pas de problèmes psychologiques
Indice de Masse Corporelle	0 : IMC ≤ 19 1 : IMC = 19 à IMC ≤ 21 2 : IMC = 21 à IMC ≤ 23 3 : IMC ≥ 23
Prend plus de 3 médicaments	0 : Oui 1 : Non
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 ans 1 : 80-85 ans 2 : < 80ans
SCORE TOTAL	0 à 17
Un score < à 14 révèle une vulnérabilité ou une fragilité gériatrique devant conduire à une consultation adaptée.	

Matériels et méthodes

L'hôpital de jour d'hématologie de Roubaix a dédié une chambre sur une demi-journée par semaine où un à deux patients pouvaient bénéficier de cette évaluation.

Les patients devaient répondre aux critères suivants proposés par l'ARS :

- Patient d'au moins 75 ans et atteint d'un cancer
- Diagnostic de cancer hématologique non encore traité
- Score G8 ≤ à 14

Une fiche dédiée a été réalisée reprenant le déroulement de l'hôpital de jour.

Hémopathies malignes : elles représentent 10% des cancers et 7% de la mortalité par cancer. Certaines sont curables même chez les patients âgés.

Diagnostic	Age médian (années)
Myélodysplasie	75
Leucémie myéloïde aiguë	70
Myélome multiple	70
Lymphome non hodgkinien	67
Leucémie lymphoïde chronique	72

Questions importantes pour caractériser votre patient âgé avant traitement

Votre patient entre t-il dans le groupe « apte », « vulnérable » ou « inapte » à recevoir le traitement ?

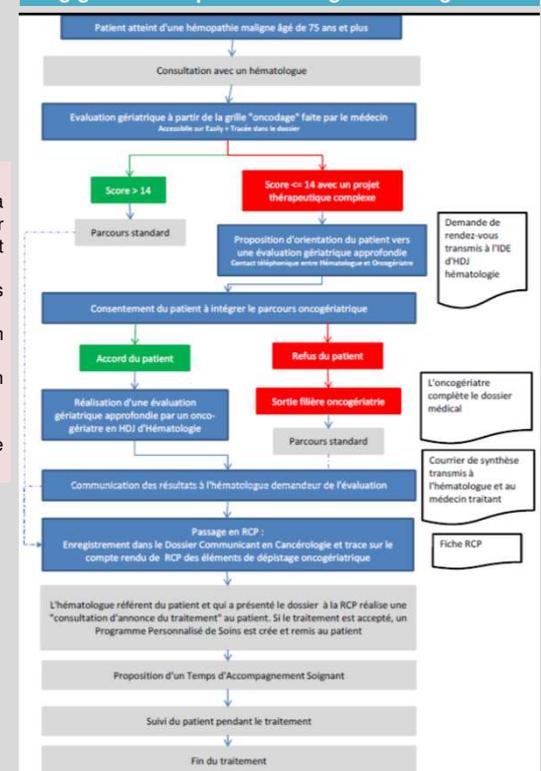
Quelle est l'espérance de vie de votre patient sans traitement pour le cancer ?

La maladie peut-elle entraîner le décès du patient ?

Le traitement va-t-il impacter la situation physiologique actuelle du patient ?

Votre patient souhaite-t-il une option curative ou palliative ?

Logigramme de prise en charge en oncogériatrie



Résultats

La mise en place de cet hôpital de jour a débuté en septembre 2016. Le travail présenté ici recouvre les neuf premiers mois de cette évaluation qui est poursuivie au sein de l'hôpital de Roubaix.

Sur cette durée, 99 patients de plus de 75 ans et présentant une hémopathie maligne ont été diagnostiqués. Le nombre de patients répondant aux critères prévus étant trop important et faute de temps médical et paramédical, il a été nécessaire d'affiner les critères de sélection. Les patients présentant les trois critères suivants étaient évalués :

- Patient souhaitant un traitement curatif;
- Patient « vulnérable »;
- Patient jugé apte par l'hématologue à recevoir un traitement.

Le nombre de patients qui a bénéficié de l'expertise en HDJ d'Hémo-gériatrie a été de 11.

Les patients étaient âgés en moyenne de 83 ans et il s'agissait de 8 femmes et 3 hommes.

L'expertise oncogériatrique a conclu dans 3 cas à une fragilité incompatible avec le projet thérapeutique initial. Dans un cas, l'option d'une prise en charge palliative a été proposée en accord avec le patient et sa famille. Dans deux autres cas le projet thérapeutique a été adapté et les patients ont pu finir dans de bonnes conditions le programme de traitement sous couvert d'une évaluation gériatrique intercurrente.

Pour les huit autres patients, deux sont décédés rapidement des complications de la maladie et du traitement. Un patient a dû interrompre le protocole en cours précocement pour intolérance. Les autres suivent leur traitement pour l'instant sans complication.

Discussion et Conclusion

De manière générale le score G8 met en évidence un nombre trop important de patients devant bénéficier d'une expertise gériatrique et qui ne peut pas être assurée par les gérites qui sont insuffisamment nombreux.

D'autre part en hématologie, un certain nombre de pathologies malignes a une évolution lente et s'associe à des traitements peu agressifs (syndromes myélodysplasiques, syndromes myéloprolifératifs, lymphomes/leucémies indolents). L'évaluation est dans ces cas réalisée le plus souvent par les hématologues. Une attention est portée à l'état nutritionnel, à l'état cognitif et de dépendance. Mais c'est secondairement que l'avis gériatrique est pris faute de temps médical.

Finalement, ce sont les patients très âgés (85 ans ou plus) qui vont le plus souvent être proposés à cette expertise. Et l'expérience montre qu'une évaluation régulière en cours de parcours thérapeutique va entraîner une meilleure adaptation du projet thérapeutique, permettant le cas échéant l'évolution vers les soins de support mieux adaptés au cas.

L'évaluation hémo-gériatrique a aussi sa place dans les rechutes chez les patients âgés où la balance entre soins de support et traitements spécifiques peut être complexe.

Cette évaluation a pour but pour les cliniciens et les patients ou leurs proches d'éviter les décès toxiques, la perte d'autonomie ou les hospitalisations imprévues, liés à une prise en charge thérapeutique inadéquate. Cependant malgré une évaluation gériatrique optimale, certains patients jugés « aptes » à recevoir une chimiothérapie pleine dose ont présenté des effets adverses inattendus et parfois graves liés au traitement, alors que d'autres jugés « vulnérables » ont toléré des traitements complets. Aussi, des échelles plus précises ou mieux, des marqueurs biologiques testant la réserve physiologique du patient sont nécessaires pour améliorer ces expertises hémo-gériatriques.