

Les apports de la gériatrie en oncologie

Jeudi 12 juin 2025

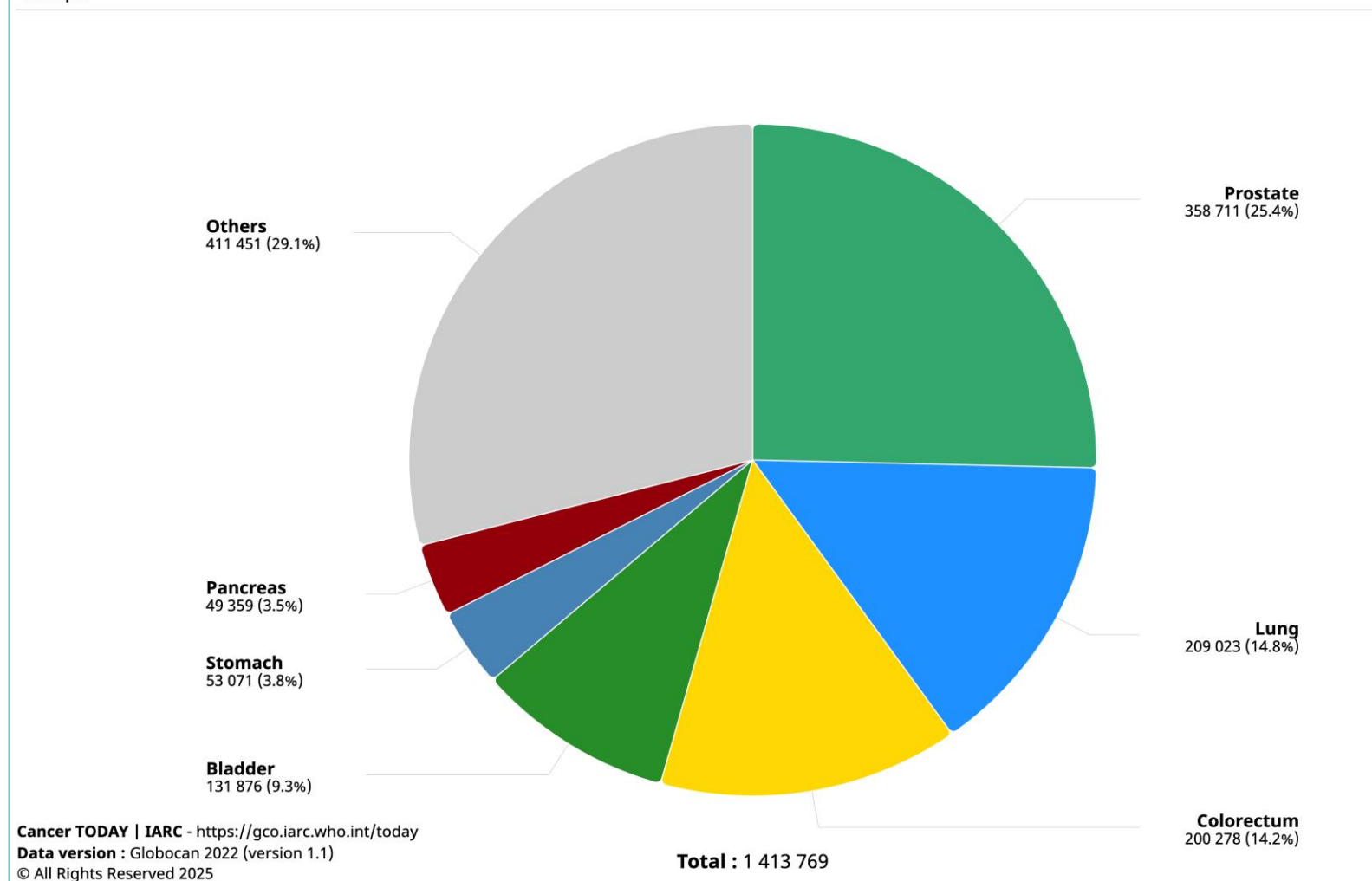
Prof Dr Sandra De Breucker

Cours interuniversitaire de gériatrie

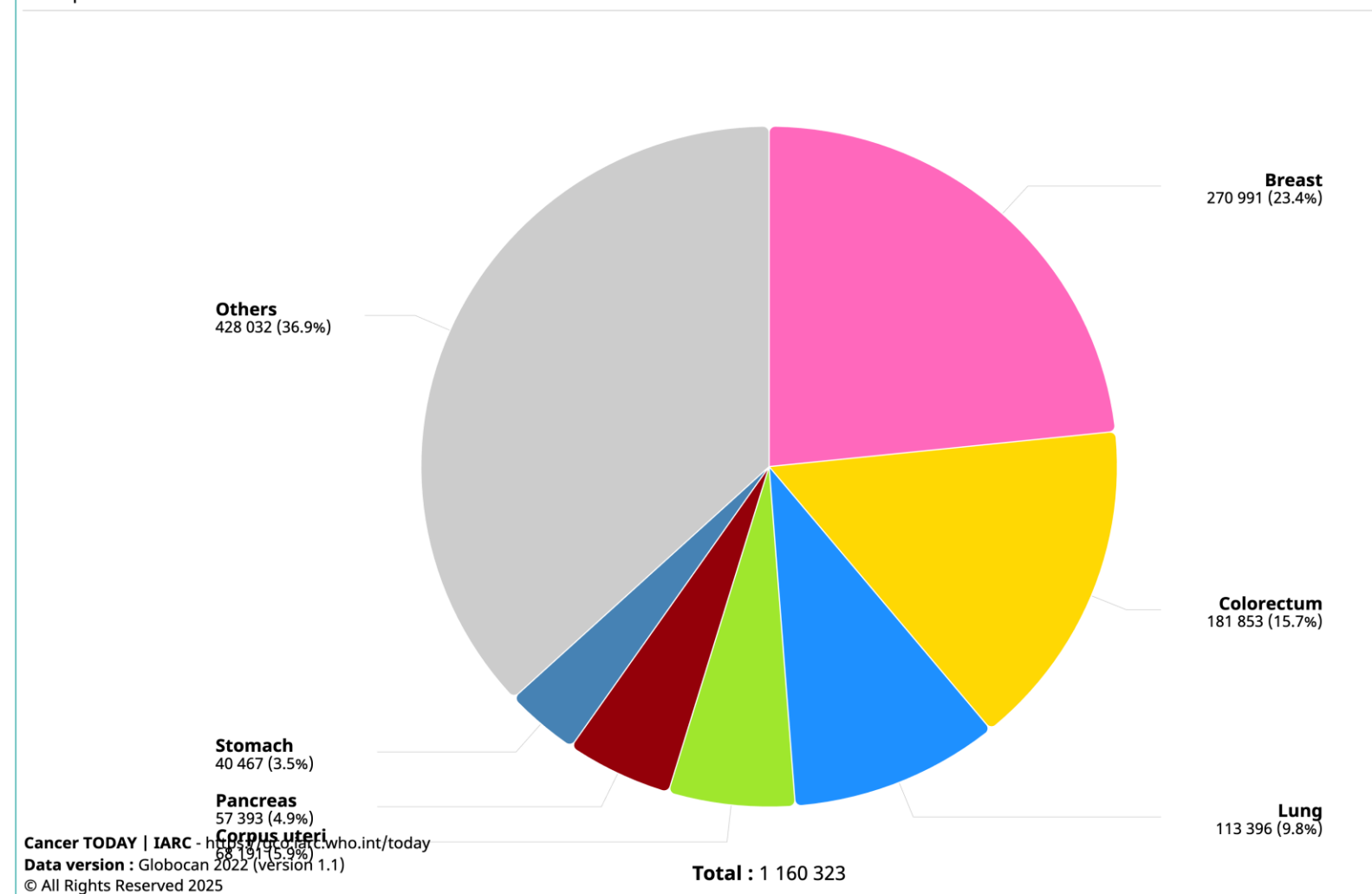
Le cancer chez la personne âgée

Plus de 75 % des cas de cancer chez les hommes et plus de 67 % chez les femmes surviennent après l'âge de 60 ans.

Absolute numbers, Incidence, Males, age [65-85+], in 2022
Europe



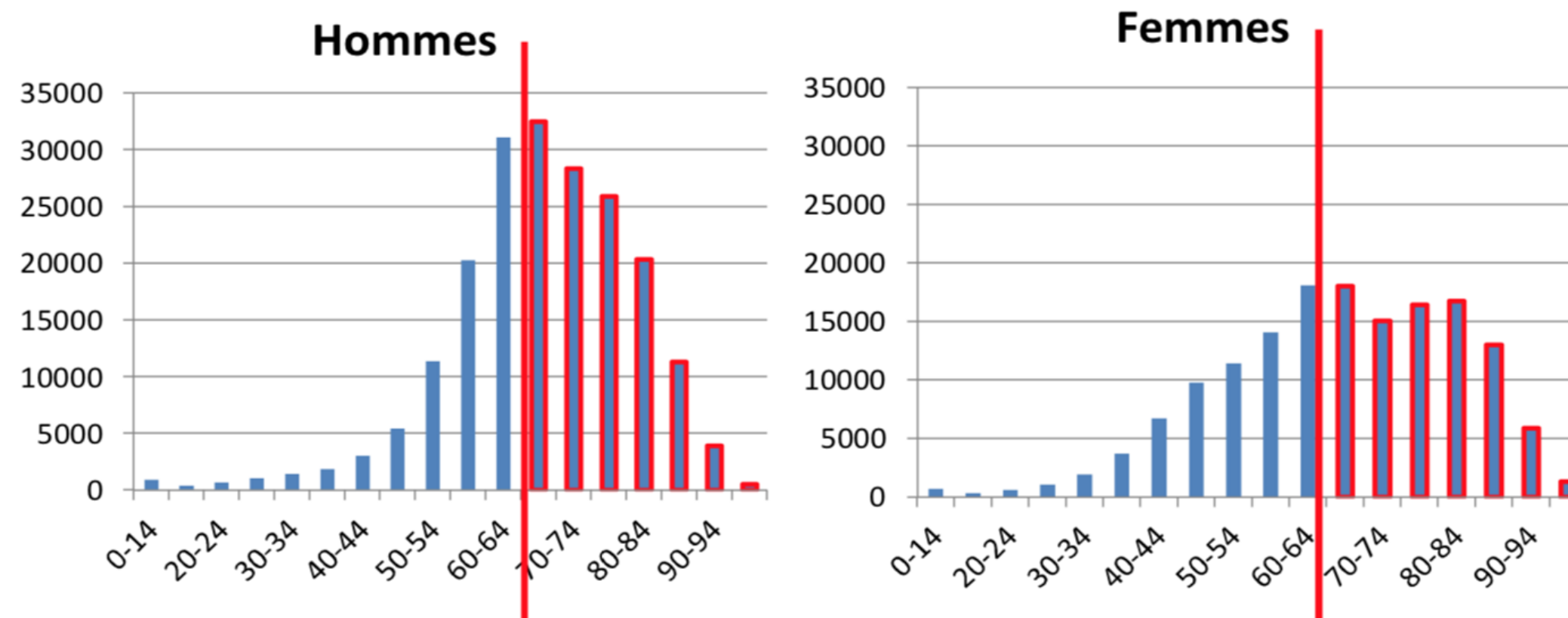
Absolute numbers, Incidence, Females, age [65-85+], in 2022
Europe



Le cancer est une maladie du grand âge

Incidence du cancer (toute origine confondue) – chiffres 2022

En Belgique, 81% des hommes et 70% des femmes ont plus de 60 ans au moment du diagnostic.



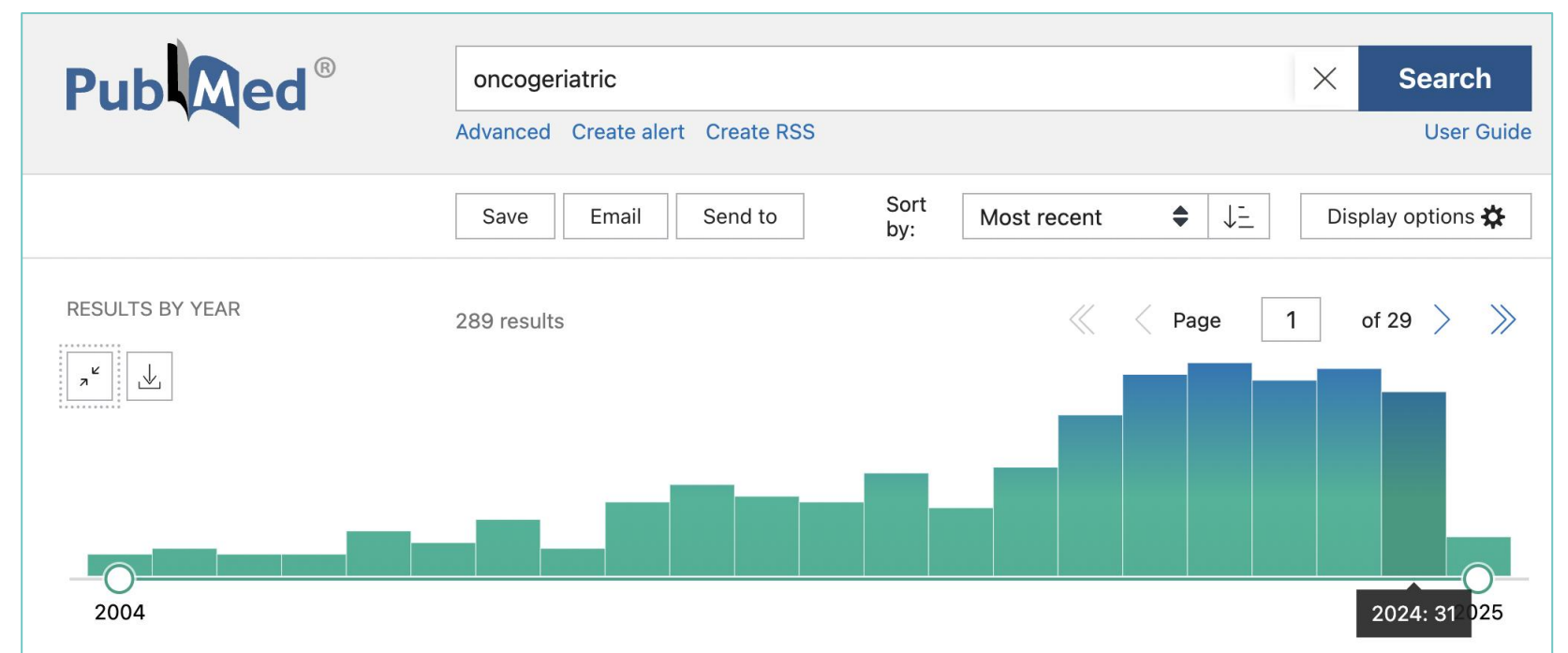
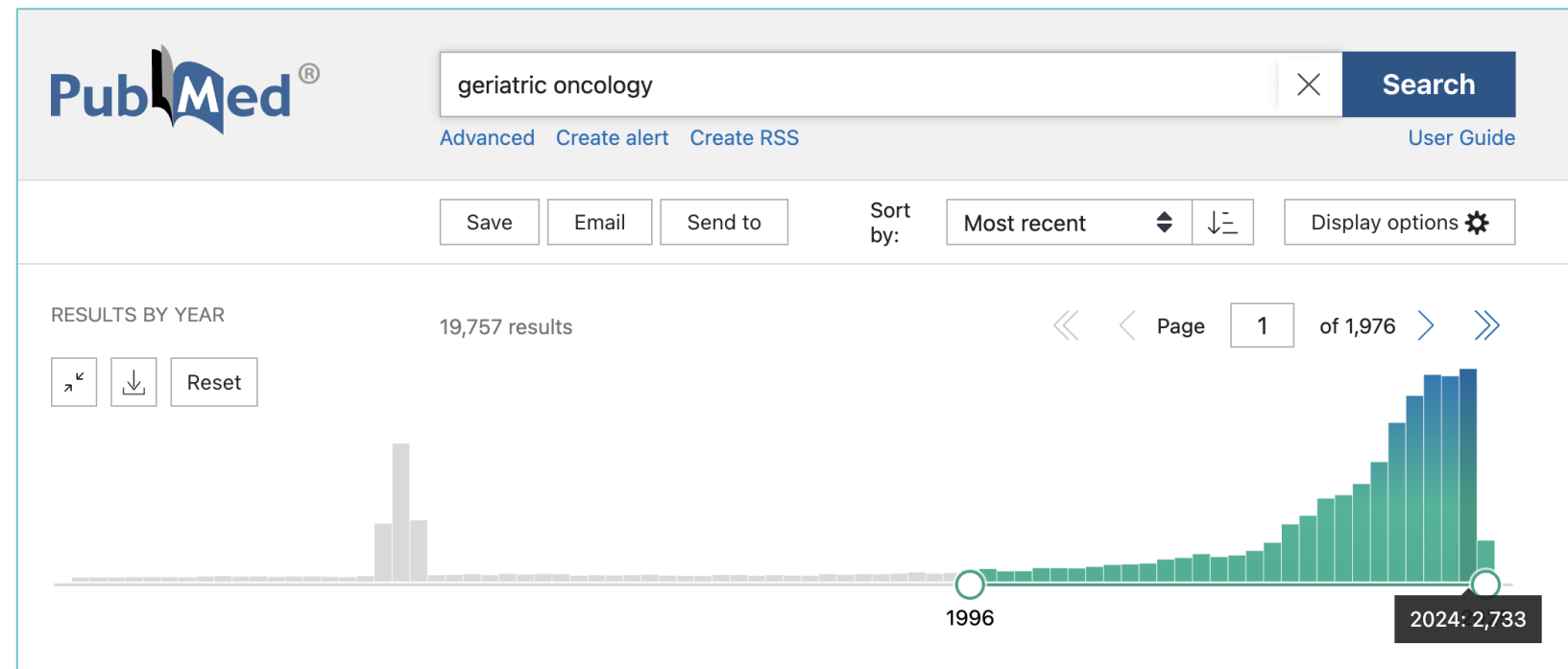
Le cancer est une maladie du grand âge

[Annexe A8] Âge médian au diagnostic et au décès en 2012, par localisation, chez l'homme et chez la femme

	HOMMES		FEMMES	
	Âge médian au diagnostic	Âge médian au décès	Âge médian au diagnostic	Âge médian au décès
Lèvre, cavité orale, pharynx	61	63	63	68
Œsophage	67	68	73	77
Estomac	72	74	77	80
Côlon-rectum	71	77	75	81
Foie*	69		74	
Pancréas*	69		76	
Larynx	63	66	64	68
Poumon	66	68	65	67
Mélanome de la peau	64	69	61	74
Sein			63	73
Col de l'utérus			51	64
Corps de l'utérus			69	78
Ovaire			66	76
Prostate**		83		
Testicule	36	48		
Vessie	74	78	79	83
Rein	66	75	70	80
Système nerveux central	62	64	64	67
Thyroïde	56	73	53	81
Tous cancers	68	73	67	77

Gériatrie oncologique ou oncogériatrie?

Une question de sémantique? Pas vraiment!





Quels arguments utiliser pour convaincre les oncologues de faire appel à la gériatrie pour évaluer les personnes âgées présentant un cancer avant de débuter un traitement?

1. Évaluation globale de la personne âgée

La gériatrie permet une évaluation gériatrique approfondie (EGA), qui prend en compte non seulement l'état oncologique, mais aussi la fonctionnalité, la cognition, la nutrition, la polymédication et le soutien social.

Une EGA identifie les fragilités qui peuvent impacter la tolérance au traitement.

2. Meilleure personnalisation du traitement

Les personnes âgées présentent une hétérogénéité importante en termes d'état de santé.

L'évaluation gériatrique aide à distinguer les patients pouvant bénéficier d'un traitement intensif de ceux qui nécessitent une approche adaptée.

Elle permet d'éviter un sous-traitement (par peur des effets secondaires) ou un sur-traitement (lorsque les risques surpassent les bénéfices).

3. Réduction des toxicités et amélioration de la tolérance

Une meilleure évaluation des comorbidités, du statut fonctionnel et de la réserve physiologique permet d'adapter le protocole pour réduire les complications et améliorer la qualité de vie.

Certaines interventions gériatriques (nutrition, rééducation, optimisation médicamenteuse) améliorent la tolérance aux traitements oncologiques.

4. Impact sur la survie et la qualité de vie

Des études montrent que l'intégration de la gériatrie en oncologie améliore la survie globale, réduit les hospitalisations et favorise le maintien de l'autonomie.

L'évaluation permet de mieux anticiper les risques et d'orienter les patients vers des stratégies thérapeutiques optimisées.

5. Recommandations et reconnaissance internationale

De nombreuses sociétés savantes (ESMO, ASCO, SIOG) recommandent une évaluation gériatrique avant de débuter un traitement oncologique chez les patients âgés.

La collaboration entre oncologues et gériatres est de plus en plus considérée comme une bonne pratique clinique.

Plan de la présentation

- 1. Évaluation globale de la personne âgée**
- 2. Meilleure individualisation du traitement**
- 3. Réduction des toxicités et amélioration de la tolérance**
- 4. Impact sur la survie et la qualité de vie**
- 5. Recommandations et reconnaissance internationale**

1. Evaluation globale de la personne âgée

Utilisez leur littérature...

Table 1. Geriatric assessment domains and tools		
Geriatric assessment domain	Tools ^a	Interventions for positive finding
Functional status	• Self-reported: ◦ Activities of daily living ◦ Instrumental activities of daily living ◦ Falls • Objective tests: ◦ Timed up and go test ◦ Gait speed ◦ Short physical performance battery	1. Mobility and health aids 2. Home safety equipment 3. Promote physical activity 4. Physical therapy and rehabilitation
Comorbidity	• Charlson Comorbidity Index • Cumulative Index Rating Scale-Geriatric • Adult Comorbidity Evaluation-27	1. Comorbidity management 2. Referral to a geriatrician or other specialists 3. Clarify goals of care
Social functioning and support	• Medical Outcomes Study survey • RAND-36 Healthcare Survey	1. Consult social work 2. Consult financial services
Cognition	• Blessed Orientation Memory Concentration test • Mini Cog • Mini Mental State Examination • Montreal Cognitive Assessment	1. Counseling 2. Assess inappropriate medications 3. Evaluate decisional capacity 4. Referral to geriatric neuropsychologist
Psychological status	• Distress Thermometer • Geriatric Depression Scale (several versions available) • Mental Health Inventory • Patient Health Questionnaire (several versions available)	1. Cognitive behavioral therapy 2. Non-pharmacological approaches (meditation) 3. Anti-depressants 4. Referral to a geriatric psychiatrist 5. Communicate with primary care team
Nutrition	• Weight loss • Body mass index • Mini Nutritional Assessment • Malnutrition Universal Screening Tool	1. Address factors contributing to malnutrition 2. Address chemotherapy-induced adverse effects like nausea/vomiting 3. Oral care 4. Supplemental nutrition 5. Refer to dietitian
Polypharmacy	• Beers Criteria • Medication Appropriateness Index • STOPP/START criteria	1. Medication reconciliation 2. Evaluate adherence 3. Evaluate drug interactions 4. Deprescribing 5. Home health for medication management



REVIEW

Adequate assessment yields appropriate care—the role of geriatric assessment and management in older adults with cancer: a position paper from the ESMO/SIOG Cancer in the Elderly Working Group

2. Meilleure personnalisation du traitement

Utilisez leur littérature... Expliquez leur rôle dans le screening et l'évaluation... Montrez ce qui se fait déjà partout ailleurs sauf chez eux...

1. Population cible : les 70+ (et 65+ quand possible)
2. Evaluation **avant** le traitement, dès que possible, et **avant** la concertation oncologique multidisciplinaire : influence sur le choix du traitement (modalités, type de traitement)
3. Si l'EGA ne peut pas être réalisée chez tous les patients, identifier par un **screening** de fragilité les patients fragiles les plus susceptibles d'en bénéficier
4. Adapter l'EGA selon les ressources locales et le type d'unités de soins (gériatres experts en oncologie, oncologues experts en gériatrie, ou « other allied health care professionals.
5. Utiliser le Cancer and Aging Research Group (CARG) or le Chemotherapy Risk Assessment Scale for High-Age Patients (CRASH) pour évaluer le risque de toxicité à la chimiothérapie



REVIEW

Adequate assessment yields appropriate care—the role of geriatric assessment and management in older adults with cancer: a position paper from the ESMO/SIOG Cancer in the Elderly Working Group

3. Réduction des toxicités et amélioration de la tolérance

CARG Score : <https://www.mycarg.org>

- Sex → 1 = Male
- Age, years → 2 = ≥72
- Cancer type → 2 = Gastrointestinal or genitourinary
- Dosage → 2 = **Standard dose** / 0 = **Reduced dose**
- Number of chemotherapy drugs → 2 = **>1 (poly)** / 0 = **1 (mono)**
- Hemoglobin, g/dL → 3 = <11 g/dL
- Creatinine clearance, mL/min → 0 = ≥34 mL/min
- Hearing → 2 = Fair/poor/totally deaf
- Number of falls → 3 = ≥1
- Needs help taking meds → 1 = Yes
- Walking ability → 2 = Limited
- Social activity → 1 = Decreased due to health
- Hemoglobin, g/dL → 3 = <11 g/dL
- Creatinine clearance, mL/min → 0 = ≥34 mL/min
- Hearing → 0 = Excellent/good
- Number of falls → 0 = None
- Needs help taking meds → 1 = Yes
- Walking ability → 2 = Limited
- Social activity → 1 = Decreased due to health

mise au point

Scores de toxicité en oncogériatrie

Chemotherapy toxicity risk scores in older adults with cancer

T. Lamy* La Lettre du Cancérologue 2022;31(8):484-8.

	Score de risque total	%Risque	N
Faible	1 à 3	25%	28
	4 à 5	32%	100
Moyen	6 à 7	50%	136
	8 à 9	54%	91
Élevé	10 à 11	77%	62
	12 à 19	89%	47

3. Réduction des toxicités et amélioration de la tolérance

CRASH Score :

Chemotherapy risk → 1 = 1

Diastolic blood pressure, mmHg → 0 = ≤72 mmHg

Instrumental Activities of Daily Living score (IADL) → 1 = 10-25

Lactate dehydrogenase, U/L → 0 = 0-459 U/L

Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) Performance Status → 2 = 3-4

Mini Mental Health Status → 2 = <30

Mini Nutritional Assessment → 2 = <28

CRASH Points ^b		
0	1	2
Capecitabine 2g Cisplatin/pemetrexed Dacarbazine Docetaxel weekly FOLFIRI Gemcitabine 1 g 3/4 wk Gemcitabine 1.25 g 3/4 wk Paclitaxel weekly Pemetrexed	Capecitabine 2.5 g Carboplatin/gemcitabine AUC 4-6/1 g d1,d8 Carboplatin/pemetrexed Carboplatin/paclitaxel q3w Cisplatin/gemcitabine d1,d8 ECF Fludarabine FOLFOX 85 mg Gemcitabine 7/8 wk then 3/4 wk Gemcitabine/irinotecan PEG doxorubicin 50 mg q4w Topotecan weekly XELOX	5-FU/LV (Roswell-Park) 5-FU/LV (Mayo) 5-FU/LV and bevacizumab CAF Carboplatin/docetaxel q3w CHOP Cisplatin/docetaxel 75/75 Cisplatin/etoposide Cisplatin/gemcitabine d1,d8,d15 Cisplatin/paclitaxel 135-24 h q3w CMF classic Doxorubicin q3w FOLFOX 100-130 mg Gemcitabine/pemetrexed d8 Irinotecan q3w Paclitaxel q3w Docetaxel q3w Topotecan monthly

Interpretation:

Score	Points	Risk category
Hematologic Score	0-1	Low
	2-3	Low-intermediate
	4-5	Intermediate-high
	≥6	High
Nonhematologic Score	0-2	Low
	3-4	Low-intermediate
	5-6	Intermediate-high
	≥7	High
Combined Score	0-3	Low
	4-6	Low-intermediate
	7-9	Intermediate-high
	≥10	High

Combined score: 8 points

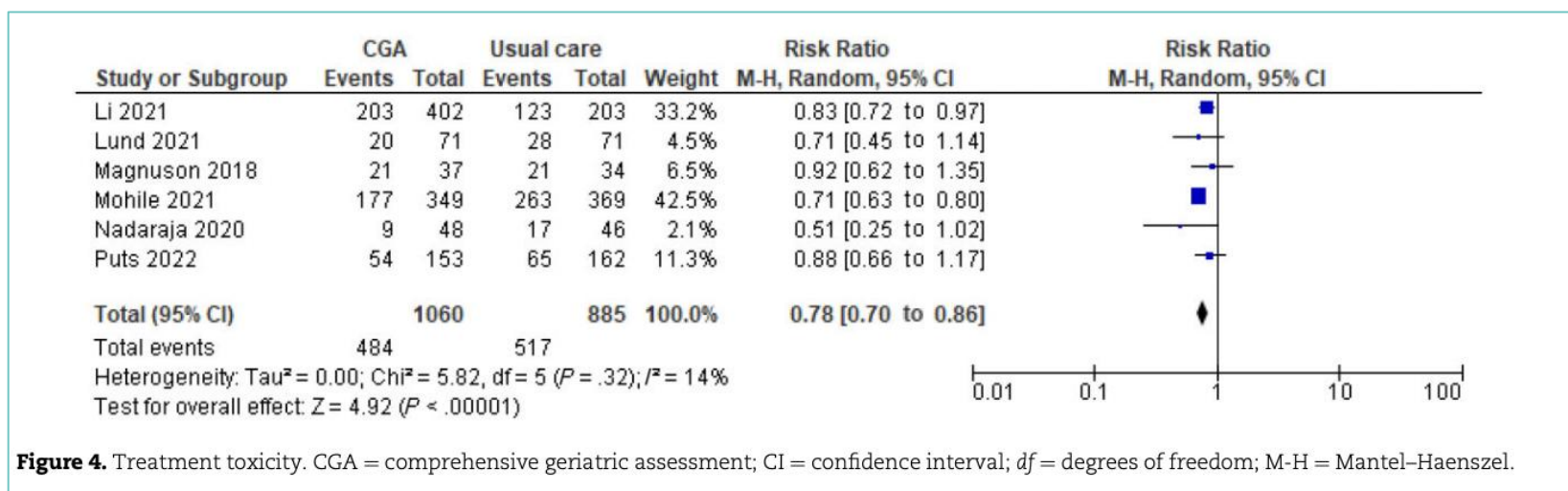
Hematologic score: 2 points

Nonhematologic score: 7 points

3. Réduction des toxicités et amélioration de la tolérance

Montrez l'évidence, même si parfois, elle est encore faible...

Effet sur la toxicité

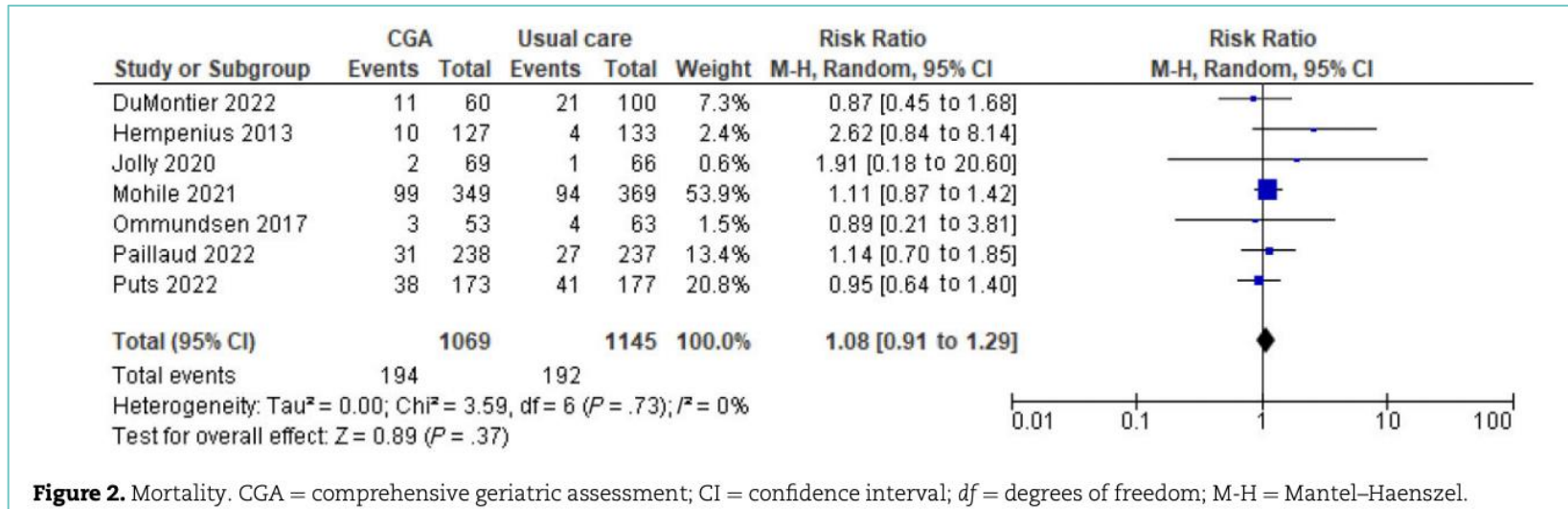


JNCI: Journal of the National Cancer Institute, 2023, 115(12), 1483-1496
<https://doi.org/10.1093/jnci/djad200>
Advance Access Publication Date: September 20, 2023
Review

Effectiveness of geriatric assessment and management in older cancer patients: a systematic review and meta-analysis

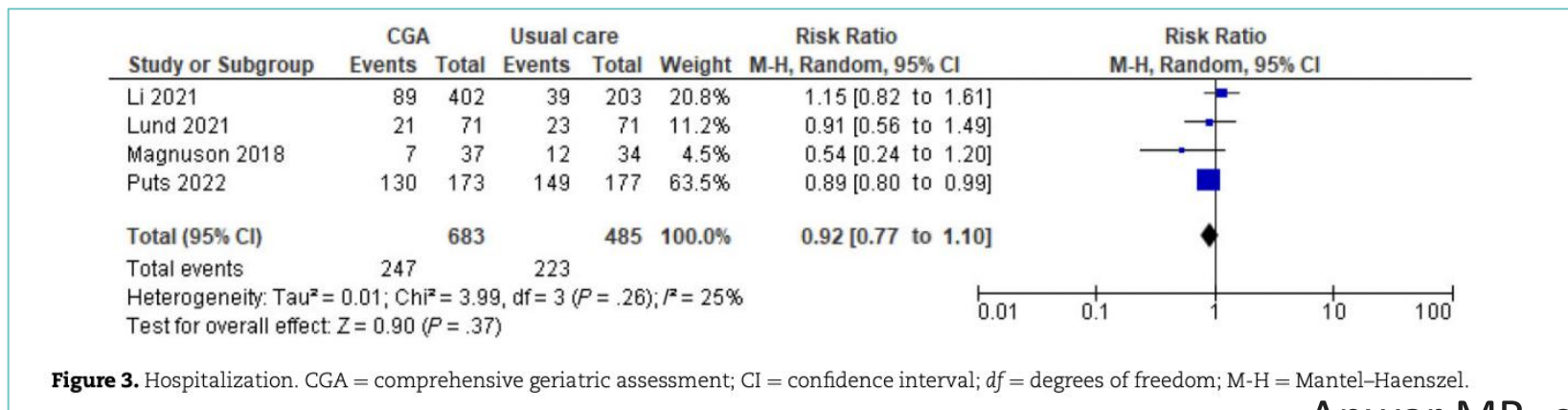
RR = 0,78, IC à 95% = 0,70 à 0,86

Effet sur la mortalité



RR = 1,08, IC à 95% = 0,91 à 1,29

Effet sur l'admission



RR = 0,92, IC à 95% = 0,77 à 1,10

4. Impact sur la survie et la qualité de vie

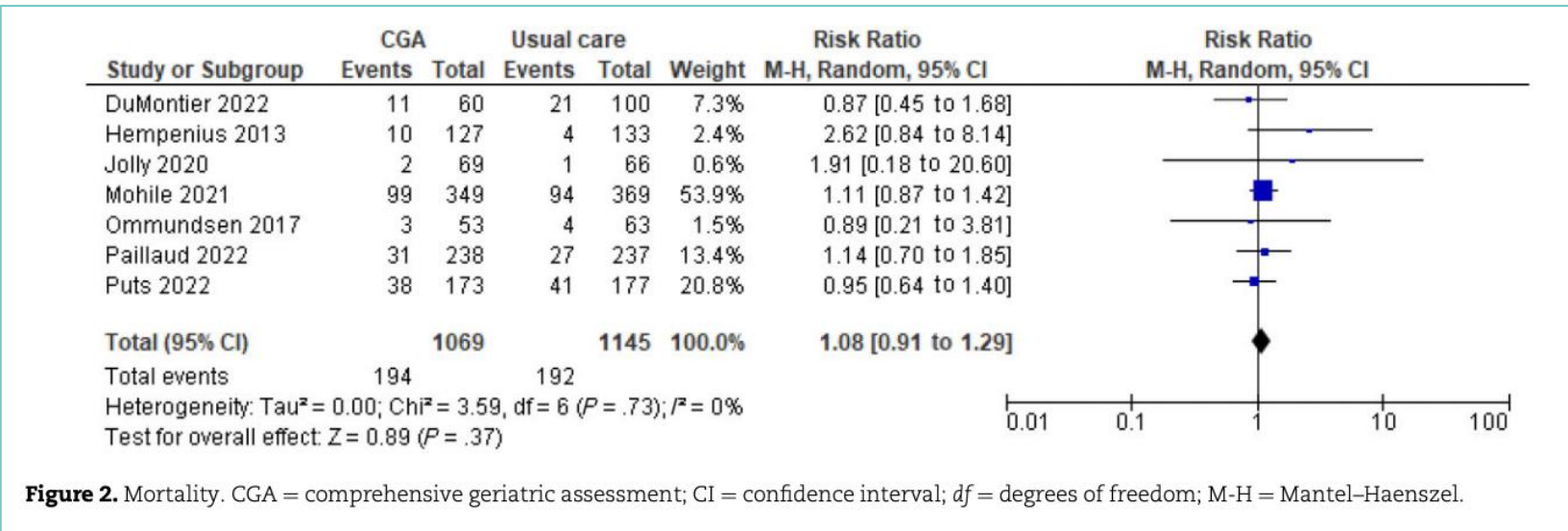
La survie sans progression, la survie globale... appropriiez-vous leur langage!



JNCI: Journal of the National Cancer Institute, 2023, 115(12), 1483-1496
<https://doi.org/10.1093/jnci/djad200>
Advance Access Publication Date: September 20, 2023
Review

Effectiveness of geriatric assessment and management in older cancer patients: a systematic review and meta-analysis

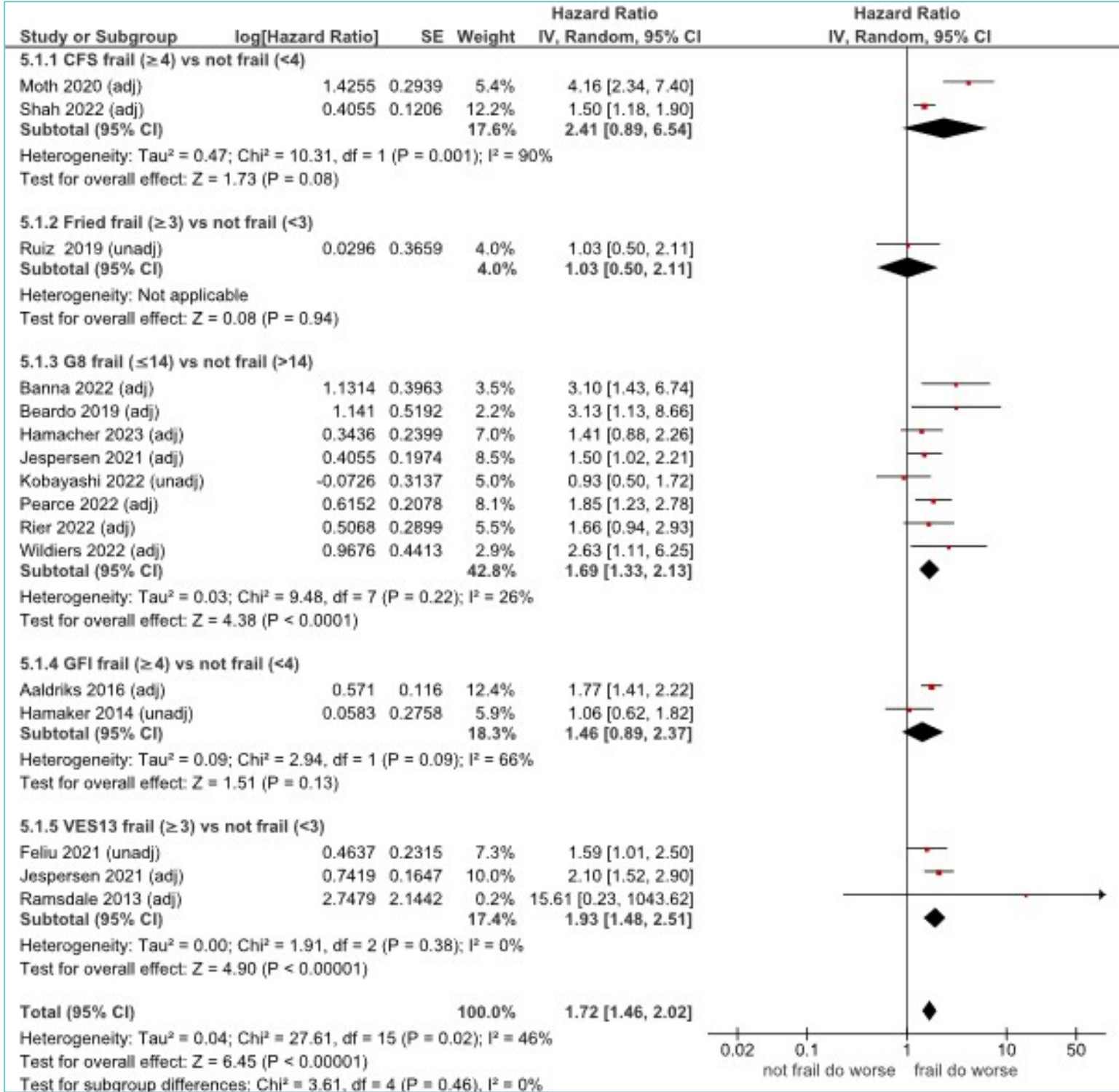
Effet sur la mortalité



RR = 1,08, IC à 95% = 0,91 à 1,29

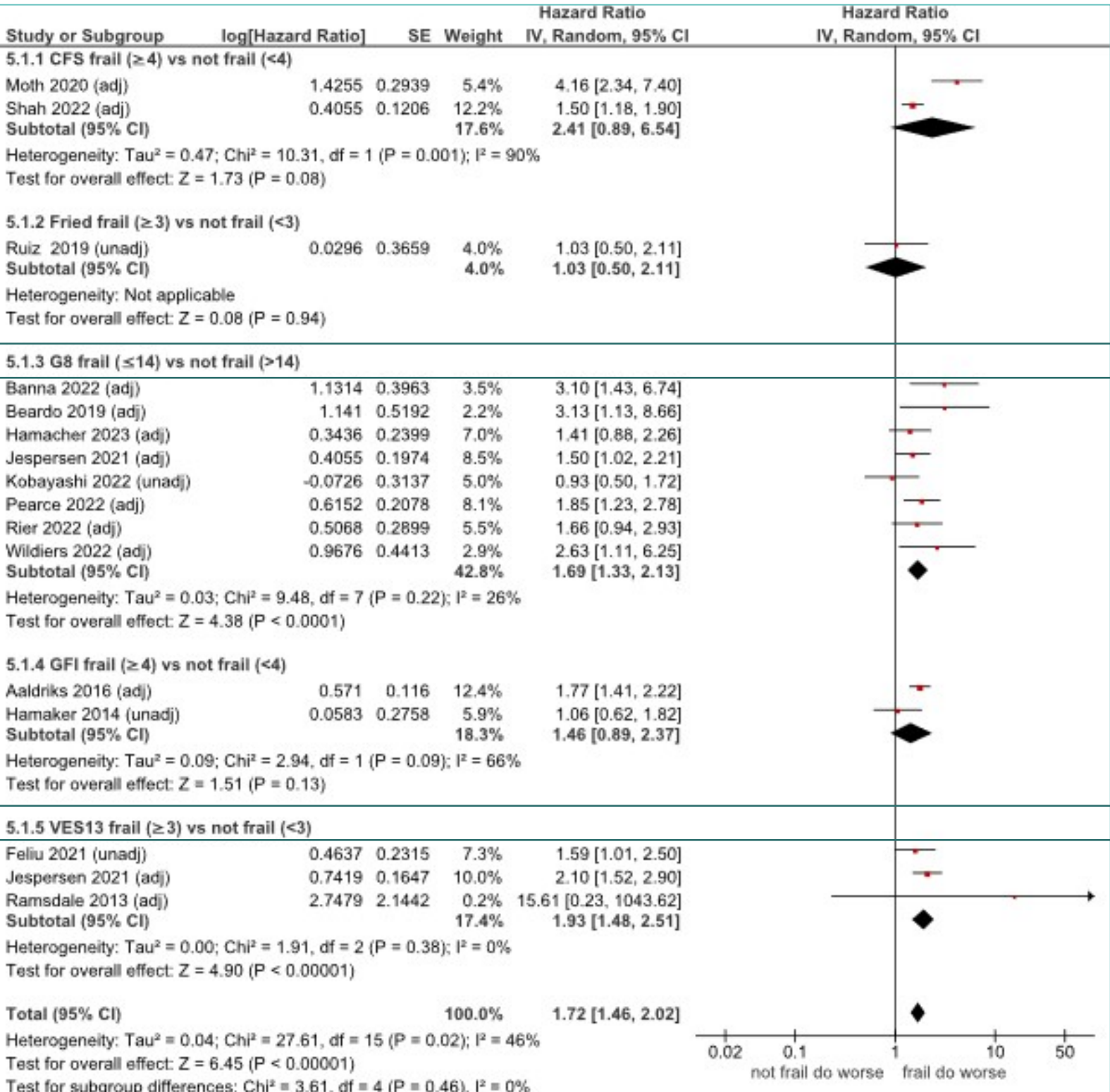
4. Impact sur la survie et la qualité de vie

Effet sur la mortalité



HR = 1.68, 95% CI = 1.41-2.00

4. Impact sur la survie et la qualité de vie



Apprenez-leur la fragilité et les syndromes gériatriques, encore beaucoup d'oncologues ne savent pas ce que c'est!

Chez les patients traités par thérapies systémiques, la fragilité dépistée par la G8 ou le VES-13 majore le risque de :

- Mortalité HR 1,68 - CI95% 1,41-2,00
- Toxicité OR 1,83 – CI95% 1,24-2,68
- Intolérance au traitement OR 1,68 – CI95% 1,32-2,12
- Hospitalisation (G8) OR 1,94 – CI95% 1,32-2,83

5. Recommandations et reconnaissance internationale

Montrez l’évidence en gériatrie oncologique, même si parfois, elle est encore faible...

NCCN GUIDELINES® INSIGHTS

CE

Older Adult Oncology, Version 1.2021

Featured Updates to the NCCN Guidelines

Efrat Dotan, MD^{1,*}; Louise C. Walter, MD^{2,*}; Ilene S. Browner, MD³; Katherine Clifton, MD⁴; Harvey Jay Cohen, MD⁵; Martine Extermann, MD, PhD⁶; Cary Gross, MD⁷; Sumati Gupta, MD⁸; Genevieve Hollis, MSN, CRNP⁹; Joleen Hubbard, MD¹⁰; Reshma Jagsi, MD, DPhil¹¹; Nancy L. Keating, MD, MPH¹²; Elizabeth Kessler, MD¹³; Thuy Koll, MD¹⁴; Beatriz Korc-Grodzicki, MD, PhD¹⁵; June M. McKoy, MD, MBA, JD, MPH¹⁶; Sumi Misra, MD¹⁷; Dominic Moon, MD¹⁸; Tracey O'Connor, MD¹⁹; Cynthia Owusu, MD, MS²⁰; Ashley Rosko, MD²¹; Marcia Russell, MD²²; Mina Sedrak, MD, MS²³; Fareeha Siddiqui, MD²⁴; Amy Stella, MD²⁵; Derek L. Stirewalt, MD²⁶; Ishwaria M. Subbiah, MD, MS²⁷; William P. Tew, MD¹⁵; Grant R. Williams, MD²⁸; Liz Hollinger, BSN, RN^{29,*}; Giby V. George, MD^{29,*}; and Hema Sundar, PhD^{29,*}

VOLUME 32 · NUMBER 24 · AUGUST 20 2014

JOURNAL OF CLINICAL ONCOLOGY

REVIEW ARTICLE

International Society of Geriatric Oncology Consensus on Geriatric Assessment in Older Patients With Cancer

Hans Wildiers, Pieter Heeren, Martine Puts, Eva Topinkova, Maryska L.G. Janssen-Heijnen, Martine Extermann, Claire Falandry, Andrew Artz, Etienne Brain, Giuseppe Colloca, Johan Flamaing, Theodora Karnakis, Cindy Kenis, Riccardo A. Audisio, Supriya Mohile, Lazzaro Repetto, Barbara Van Leeuwen, Koen Milisen, and Arti Hurria

Hans Wildiers, Pieter Heeren, Johan Flamaing, Cindy Kenis, and Koen Milisen, University Hospitals Leuven, KU Leuven, Leuven, Leuven, Belgium:

OXFORD

JNCI: Journal of the National Cancer Institute, 2023, 115(12), 1483–1496
<https://doi.org/10.1093/jnci/djad200>
Advance Access Publication Date: September 20, 2023
Review

Effectiveness of geriatric assessment and management in older cancer patients: a systematic review and meta-analysis

ESMO
GOOD SCIENCE
BETTER MEDICINE
BEST PRACTICE

ESMO
OPEN
SCIENCE FOR OPTIMAL
CANCER CARE

REVIEW

Adequate assessment yields appropriate care—the role of geriatric assessment and management in older adults with cancer: a position paper from the ESMO/SIOG Cancer in the Elderly Working Group

5. Recommandations et reconnaissance internationale

Efficacité d'une EGA

Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital: meta-analysis of randomised controlled trials

 OPEN ACCESS

Older patients are more likely to be alive and in their own homes at follow-up if they received CGA on admission to hospital. We are uncertain whether data show a difference in effect between wards and teams, as this analysis was underpowered. CGA may lead to a small increase in costs, and evidence for cost-effectiveness is of low-certainty due to imprecision and inconsistency among studies. Further research that reports cost estimates that are setting-specific across different sectors of care are required.

Ellis G, et al. Cochrane Database of Syst Rev 2017; 6: CD006211.

Efficacité de la liaison gériatrique

ORIGINAL ARTICLE 
Journal of Cachexia, Sarcopenia and Muscle 2024; 15: 361–369
Published online 28 November 2023 in Wiley Online Library (wileyonlinelibrary.com) DOI: 10.1002/jcsm.13374

Effectiveness of a randomized intervention by a geriatric team in frail hospital inpatients in non-geriatric settings: FRAILCLINIC project

Marta Checa-López¹, Alba Costa-Grille^{1,2}, Alejandro Álvarez-Bustos³, Jose A. Carnicero-Carreño^{3,4}, Alan Sinclair^{5,6}, Angelo Scuteri⁷, Francesco Landi⁸, Juan José Solano-Jaurieta⁹, Srikanth Bellary¹⁰ & Leocadio Rodríguez-Mañas^{1,3*} 

	Intention to treat analysis		Per protocol analysis	
	OR (95% CI)	P-value	OR (95% CI)	P-value
Barthel Index				
All	0.72 (0.51–1.01)	0.055	0.67 (0.47–0.96)	0.027
ER	0.49 (0.26–0.91)	0.024	0.53 (0.28–0.99)	0.047
Car	0.94 (0.46–1.93)	0.876	0.88 (0.42–1.84)	0.742
ES	0.61 (0.28–1.34)	0.220	0.45 (0.19–1.05)	0.065
US	0.98 (0.48–2.00)	0.947	0.96 (0.45–2.03)	0.915
Mortality				
All	0.64 (0.37–1.10)	0.105	0.29 (0.14–0.57)	<0.001
ER	0.65 (0.25–1.72)	0.390	0.31 (0.10–1.00)	0.049
Car	0.60 (0.20–1.82)	0.366	0.21 (0.04–0.99)	0.049
ES	0.70 (0.15–3.27)	0.654	0.45 (0.07–2.84)	0.393
US	0.52 (0.19–1.46)	0.216	0.28 (0.07–1.07)	0.062

Note: In bold: P-value <0.05.
Abbreviations: Car, cardiology; CI, confidence interval; ER, emergency room; ES, elective surgery; OR, odds ratio; US, urgent surgery.

Comment amorcer l'évaluation oncogériatrique?



Première étape : dépister la fragilité

Score G8 (Se: 77% Spe: 64%)

Questionnaire G8

Test de dépistage du recours au gériatre chez un patient âgé atteint de cancer

Questions (temps médian de remplissage = 4,4 minutes)	Réponses	Cotations
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?	Anorexie sévère Anorexie modérée Pas d'anorexie	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2
Perte de poids dans les 3 derniers mois	>3 Kg Ne sait pas Entre 1 et 3 Kg Pas de perte de poids	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3
Motricité	Lit – Fauteuil Autonome à l'intérieur Sort du domicile	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2
Troubles neuro-psychiatriques	Démence ou dépression sévère Démence ou dépression modérée Pas de trouble psychiatrique	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2
Indice de Masse Corporelle = Poids/(Taille) ²	< 19 19 – 21 21 – 23 > 23	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3
Plus de 3 médicaments	Oui Non	☐ 0 ☐ 1
Le patient se sent-il en meilleure ou en moins bonne santé que la plupart des personnes de son âge?	Moins bonne Ne sais pas Aussi bonne Meilleure	☐ 0 ☐ 0,5 ☐ 1 ☐ 2
Age	> 85 ans 80 – 85 ans < 80 ans	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2
Score total	/17	
Interprétation	> 14 = Prise en charge standard ≤ 14 = Evaluation gériatrique spécialisée	

Score G8 + VES-13 (Se: 87% Spe: 53%)

Les sociétés internationales d'oncologie (ASCO) / oncogériatrie (SLOG) recommandent le dépistage de la fragilité chez les patients âgés (65+).

Score VES-13 (Se 69%, Sp 74%)

1. Age_____

SCORE : 1 POINT SI AGE DE 75 à 84 ANS
3 POINTS SI AGE ≥ 85 ANS

2. D'une façon générale, par comparaison aux personnes de votre âge, diriez-vous que votre santé est :
☐ Mauvaise*
☐ Correcte*
☐ Bonne
☐ Très bonne
☐ Excellente

SCORE : 1 POINT SI REPONSE MARQUEE *
(CORRECTE ou MAUVAISE)

3. En moyenne, à quel point avez-vous des difficultés pour faire les activités physiques suivantes ?

	Aucune difficulté	Légères difficultés	Quelques difficultés	Beaucoup de difficultés	Incapable de le faire
a. Se pencher, s'accroupir ou se mettre à genoux ?.....	☐	☐	☐	☐ *	☐ *
b. Soulever ou porter des objets d'au moins 4 kg ?.....	☐	☐	☐	☐ *	☐ *
c. Lever ou étendre les bras au-dessus du niveau des épaules ?.....	☐	☐	☐	☐ *	☐ *
d. Ecrire, manipuler ou saisir de petits objets ?.....	☐	☐	☐	☐ *	☐ *
e. Marcher 400 mètres ?.....	☐	☐	☐	☐ *	☐ *
f. Faire des tâches ménagères difficiles comme frotter les planchers ou laver des vitres ?.....	☐	☐	☐	☐ *	☐ *

SCORE : 1 POINT POUR CHAQUE REPONSE DE LA QUESTION 3 (a à f) MARQUEE *; SCORE MAXIMUM = 2 POINTS

Première étape : dépister la fragilité

Score G8 (Se: 77% Spe: 64%)

Questionnaire G8		
Test de dépistage du recours au gériatre chez un patient âgé atteint de cancer		
Questions (temps médian de remplissage = 4,4 minutes)	Réponses	Cotations
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?	Anorexie sévère Anorexie modérée Pas d'anorexie	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2
Perte de poids dans les 3 derniers mois	>3 Kg Ne sait pas Entre 1 et 3 Kg Pas de perte de poids	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3
Motricité	Lit – Fauteuil Autonome à l'intérieur Sort du domicile	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2
Troubles neuro-psychiatriques	Démence ou dépression sévère Démence ou dépression modérée Pas de trouble psychiatrique	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2
Indice de Masse Corporelle = Poids/(Taille) ²	< 19 19 – 21 21 – 23 > 23	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3
Plus de 3 médicaments	Oui Non	☐ 0 ☐ 1
Le patient se sent-il en meilleure ou en moins bonne santé que la plupart des personnes de son âge?	Moins bonne Ne sais pas Aussi bonne Meilleure	☐ 0 ☐ 0,5 ☐ 1 ☐ 2
Age	> 85 ans 80 – 85 ans < 80 ans	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2
Score total	/17	
Interprétation	> 14 = Prise en charge standard ≤ 14 = Evaluation gériatrique spécialisée	

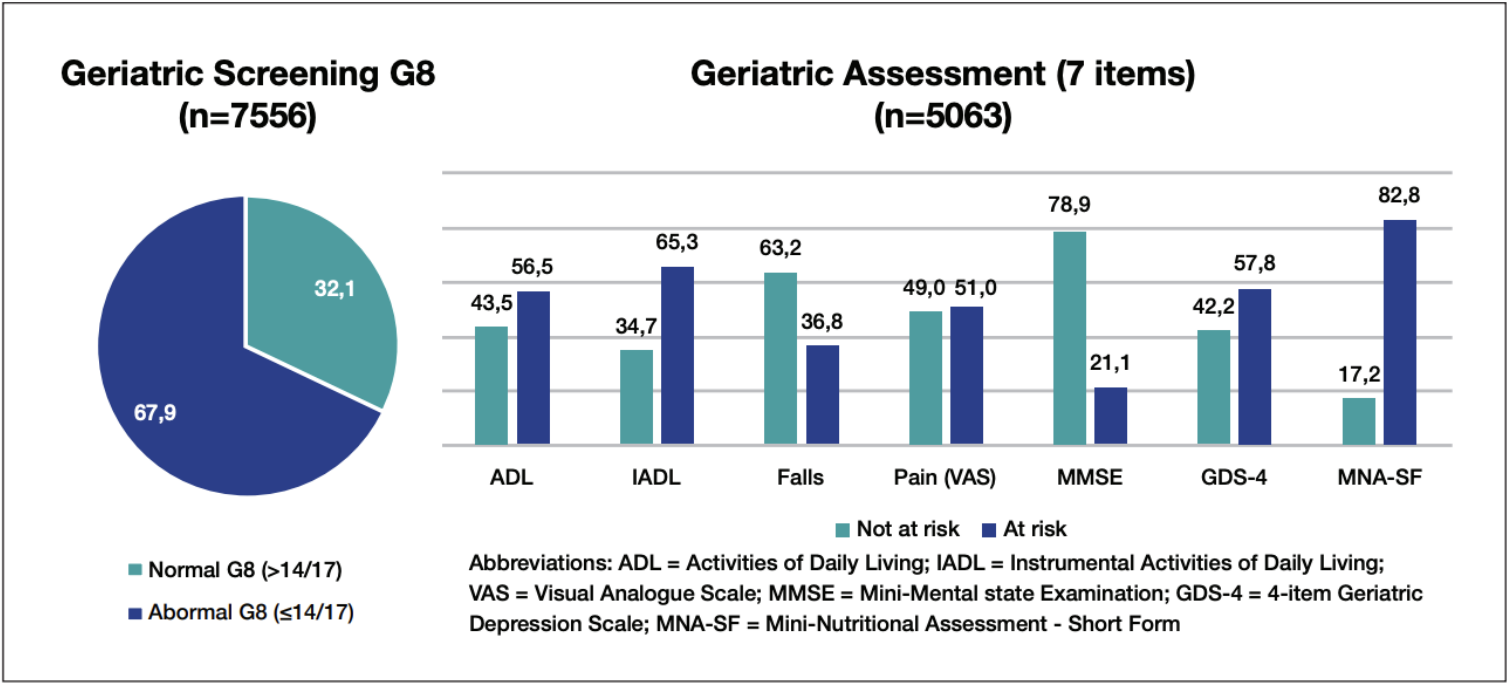


FIGURE 1. Geriatric screening with G8 and geriatric assessment results at cancer diagnosis in older patients.

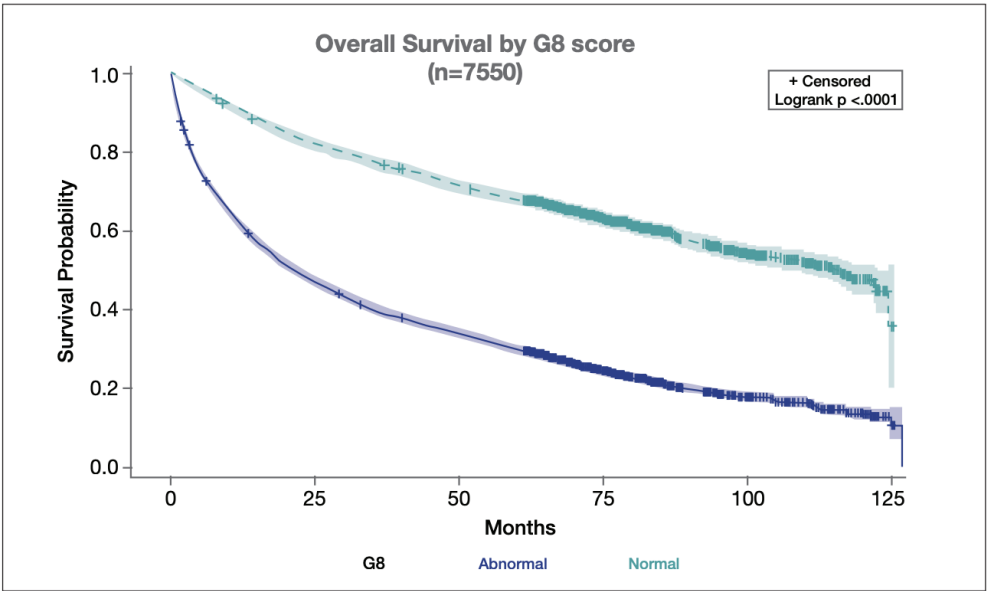


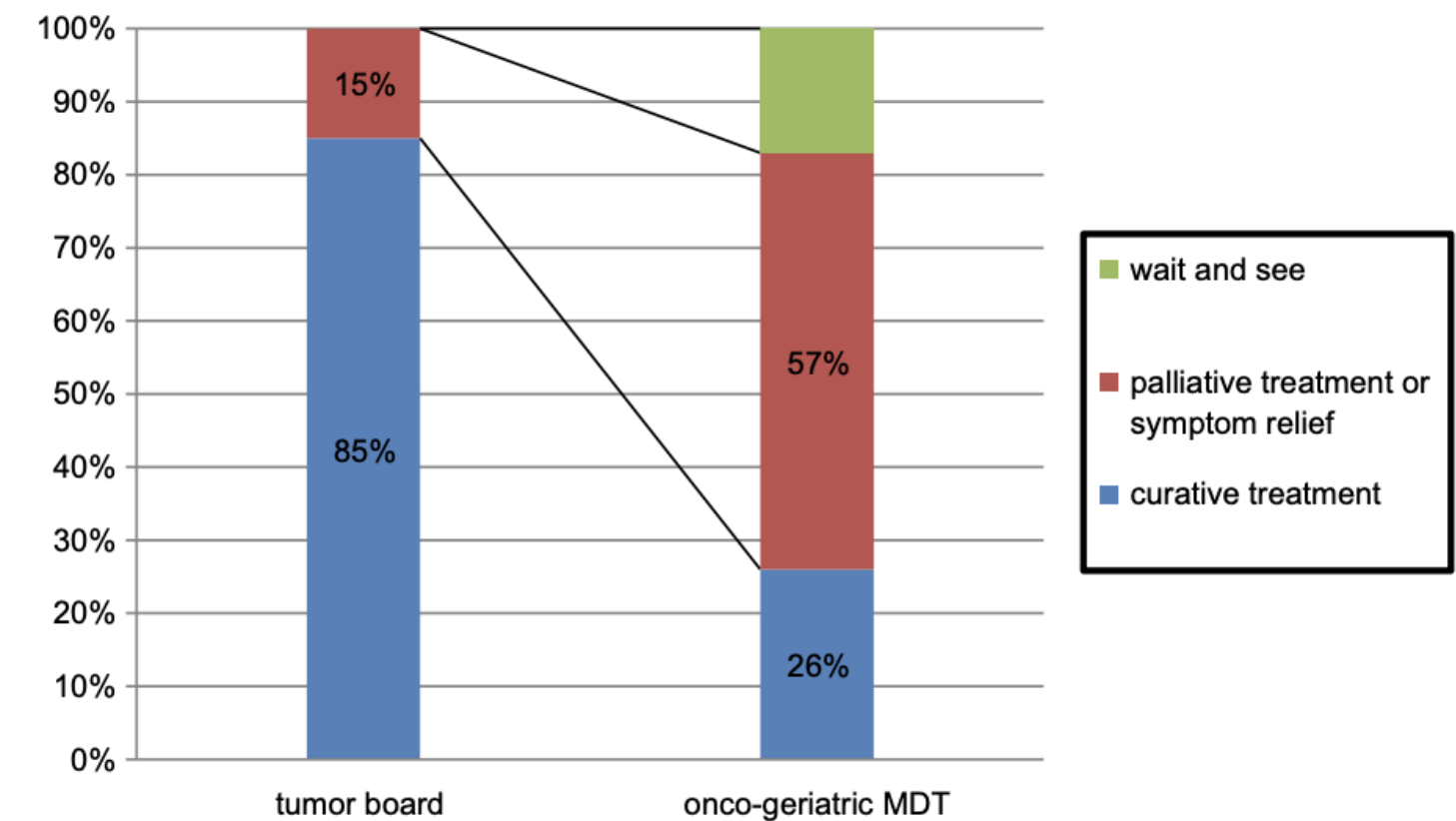
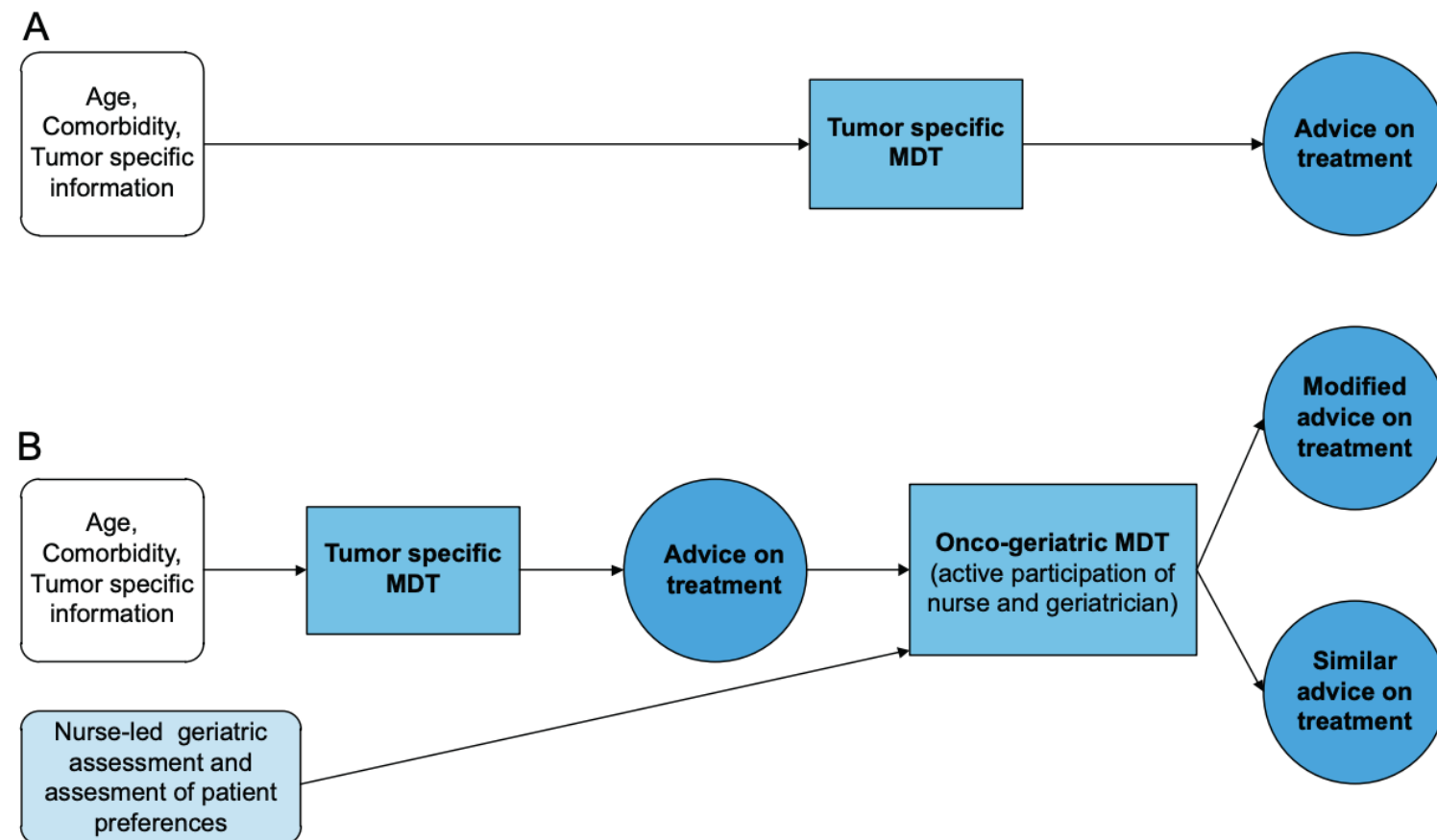
FIGURE 2. Kaplan-Meier curves with associated log-rank test showing overall survival since cancer diagnosis according to G8 score in older patients with cancer.

Deuxième étape: évaluer les syndromes gériatriques chez les patients fragiles

L'évaluation gériatrique approfondie (anglais : Comprehensive Geriatric Assessment) est un processus multidimensionnel qui identifie les besoins médicaux, sociaux et fonctionnels, et aboutit à l'élaboration d'un plan de soins intégré / coordonné pour répondre à ces besoins.

Table 1. Geriatric assessment domains and tools		
Geriatric assessment domain	Tools ^a	Interventions for positive finding
Functional status	• Self-reported: ◦ Activities of daily living ◦ Instrumental activities of daily living ◦ Falls • Objective tests: ◦ Timed up and go test ◦ Gait speed ◦ Short physical performance battery	1. Mobility and health aids 2. Home safety equipment 3. Promote physical activity 4. Physical therapy and rehabilitation
Comorbidity	• Charlson Comorbidity Index • Cumulative Index Rating Scale-Geriatric • Adult Comorbidity Evaluation-27	1. Comorbidity management 2. Referral to a geriatrician or other specialists 3. Clarify goals of care
Social functioning and support	• Medical Outcomes Study survey • RAND-36 Healthcare Survey	1. Consult social work 2. Consult financial services
Cognition	• Blessed Orientation Memory Concentration test • Mini Cog • Mini Mental State Examination • Montreal Cognitive Assessment	1. Counseling 2. Assess inappropriate medications 3. Evaluate decisional capacity 4. Referral to geriatric neuropsychologist
Psychological status	• Distress Thermometer • Geriatric Depression Scale (several versions available) • Mental Health Inventory • Patient Health Questionnaire (several versions available)	1. Cognitive behavioral therapy 2. Non-pharmacological approaches (meditation) 3. Anti-depressants 4. Referral to a geriatric psychiatrist 5. Communicate with primary care team
Nutrition	• Weight loss • Body mass index • Mini Nutritional Assessment • Malnutrition Universal Screening Tool	1. Address factors contributing to malnutrition 2. Address chemotherapy-induced adverse effects like nausea/vomiting 3. Oral care 4. Supplemental nutrition 5. Refer to dietitian
Polypharmacy	• Beers Criteria • Medication Appropriateness Index • STOPP/START criteria	1. Medication reconciliation 2. Evaluate adherence 3. Evaluate drug interactions 4. Deprescribing 5. Home health for medication management

Troisième étape: intégrer le gériatre dans la concertation oncologique multidisciplinaire



Troisième étape: intégrer le gériatre dans la concertation oncologique multidisciplinaire

1. Existe-t-il une (forte) indication pour le traitement recommandé ? **Guidelines onco**
2. Quelle serait l'espérance de vie de ce patient sans la maladie actuelle ? **Score de Lee**
3. Quelle est l'espérance de vie avec la maladie si elle n'est pas traitée ? **Charlson, score de Lee**
4. Quel est le poids de la maladie en l'absence de traitement ? **Expertise**
5. Le traitement augmente-t-il l'espérance de vie du patient ? **Guidelines onco**
6. Le patient présente-t-il des troubles physiques susceptibles d'être résolus par le traitement ? **Qualité de vie**
7. Quelle est la charge du traitement (admissions et visites à l'hôpital, risque de complications) ? **Expertise**
8. Quelles sont les autres options thérapeutiques (y compris les traitements palliatifs) ? **Expertise**
9. Quels sont les objectifs, les préférences et les attentes du patient ? Quelle est l'influence de le traitement proposé sur ces objectifs ? **Expertise**

Cas clinique n° 1

Mr C, 87 ans

Carcinome de vessie de haut grade
pT1 cN0 cMx - 5 REV depuis 2013

HTA – Hchol – HfpEF d'origine ischémique (STEMI, stent IVAm 2007, ACR avec stent CD 2019) et rythmique (FA, SP fermeture de l'auricule 2021) – RGO – IPMT (2021) - cure de hernie inguinale bilat (2014) – appendicectomie (1992) – cure de cataracte bilat (date ?).

Indication de chimiothérapie néo-adjuvante puis de cystectomie selon Bricker

Cas clinique n° 1

Mr C, 87 ans

Carcinome de vessie de haut grade
pT1 cN0 cMx - 5 REV depuis 2013

Fragilité	CFS : 2/9 G8 : 13/17
Comorbidité	ASA 3 Charlson 3
Polymédication	5 médic par jour
AVJ AIVJ	24/24 31/31
Force musculaire Jamar Timed Up and Go test	40 kg 9,4 sec
Cognition (niv 3)	MMSE 27/30
Humeur	GDS 0/4
Etat nutritionnel	MNA-sf 13/14
Qualité de vie	FACT-BI 86

Cas clinique n° 2

Mr G, 77 ans
Vessie radique

HTA résistante, HChol, diabète de type 2 IR, HFpEF d'origine ischémique (IVA, Cx, stents CD 2023) et valvulaire (SP TAVI 2023), BAV1 et BBG inter, IRC G4A3, IAMI 1 (SP TEA carrefours fémoraux), embolie pulmonaire 2023, endocardite post-TAVI à Serratia Marcescens (2023), **adénocarcinome prostatique traité par radio-hormonothérapie en rémission (2010)**, extraction de calcul vésical et pose de Pigtail pour hydronéphrose bilatérale sur pyélonéphrite obstructive à Candida (6/2024), cystite radique traitée par caisson hyperbare (été 2024), adénoC pulmonaire pT2aN0M0 (SP lobectomie sup D 2016)

Indication de cystectomie selon Bricker

Cas clinique n° 2

Mr G, 77 ans
Vessie radique

Fragilité	CFS : 2/9 G8 : 4/17
Comorbidité	ASA 4 Charlson 9
Polymédication	13
AVQ AIVQ	21/24 22/31
Force musculaire Timed Up and Go test	22 (>27) 15,0 sec
Cognition	MMSE 28/30
Humeur	GDS 1/4
Etat nutritionnel	MNA 6/14
Qualité de vie	FACT-BI 120

Conclusions

Le patient âgé fragile présentant un cancer représente **un défi** pour les oncologues, la fragilité augmentant le risque d'évolution péjorative (mortalité,

L'équipe de gériatrie peut assurer (le screening et) l'évaluation gériatrique approfondie

L'objectif de la collaboration oncologie - gériatrie est de sélectionner le bon traitement pour le bon patient, afin de préserver au mieux leur qualité de vie et leur autonomie