

Le parcours de soins en oncogériatrie

Ewen BRIAND, Infirmier en Pratique Avancée mention onco-hématologie, clinique Pasteur Brest

Plan

+

•

○

- Pourquoi un parcours en oncogériatrie ?
 - . Epidémiologie
 - . Législation
- Pour qui ?
 - . G8
 - . EGP
- L'adressage sur notre parcours
- Rôle IPA
- Cas clinique



Epidémiologie

La maladie cancéreuse est une maladie du sujet âgé :

- Les cancers, chez les personnes âgées de 65 ans et plus, représentent ainsi 62,4 % des cancers estimés tous âges confondus en 2017.*

* Synthèse du rapport « Etat des lieux et perspectives en oncogériatrie », InCA, mai 2009, www.e-cancer.fr

La maladie cancéreuse est une maladie du sujet âgé :

- Les cancers, chez les personnes âgées de 65 ans et plus, représentent ainsi 62,4 % des cancers estimés tous âges confondus en 2017.*

-> Autrement dit 2/3 de cancers se retrouve chez les plus de 65 ans.

* Synthèse du rapport « Etat des lieux et perspectives en oncogériatrie », InCA, mai 2009, www.e-cancer.fr

Epidémiologie

L'incidence du cancer augmente avec l'âge :

- En 2005 : 90.000 personnes âgées de plus de 75 ans avec un diagnostic de cancer.
- En 2025 : 130.000 personnes.*

* Synthèse du rapport « Etat des lieux et perspectives en oncogériatrie », InCA, mai 2009, www.e-cancer.fr

Par ailleurs, la population française vieillit :

- Le nombre de personnes âgées de plus de 75 ans va doubler entre 2005 et 2050.*

* Synthèse du rapport « Etat des lieux et perspectives en oncogériatrie », InCA, mai 2009, www.e-cancer.fr

Epidémiologie

A l'horizon 2070, 76,5 millions d'habitants en France (soit + 10,7 millions par rapport à 2013).*

* BLANPAIN Nathalie et BUISSON Guillemette ; INSEE (Institut national de la statistique et des études économiques). Projections de population à l'horizon 2070 : Deux fois plus de personnes de 75 ans ou plus qu'en 2013. INSEE Première, 11/2016, n°1619, 4p

Epidémiologie

A l'horizon 2070, 76,5 millions d'habitants en France (soit + 10,7 millions par rapport à 2013).*

Il y aurait ainsi 2 fois plus de personnes de 75 ans et plus (13,7 millions vs 6 millions).*

* BLANPAIN Nathalie et BUISSON Guillemette ; INSEE (Institut national de la statistique et des études économiques). Projections de population à l'horizon 2070 : Deux fois plus de personnes de 75 ans ou plus qu'en 2013. INSEE Première, 11/2016, n°1619, 4p

Epidémiologie

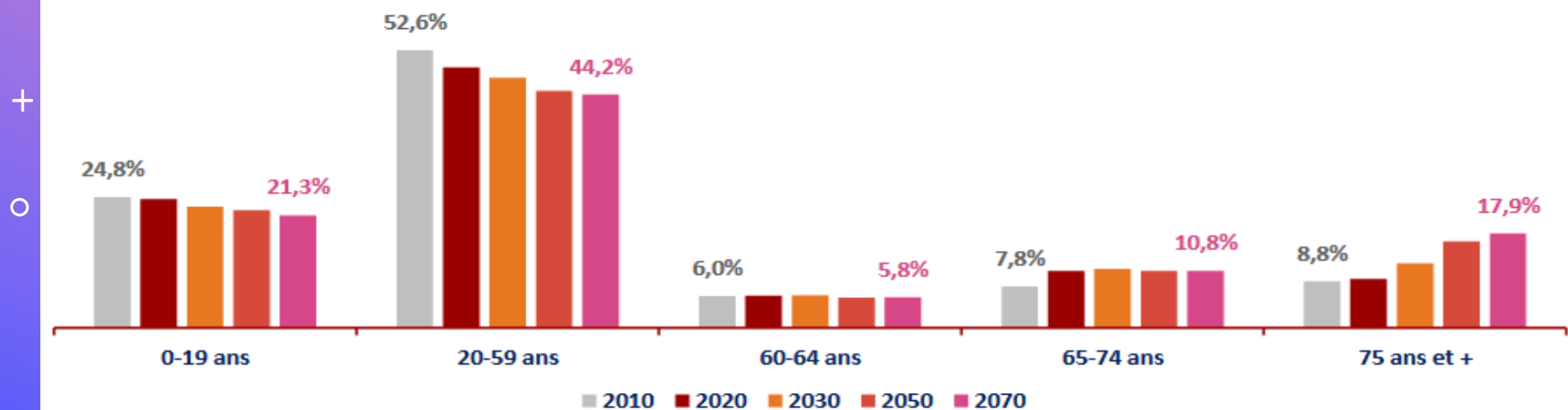
A l'horizon 2070, 76,5 millions d'habitants en France (soit + 10,7 millions par rapport à 2013).*

Il y aurait ainsi 2 fois plus de personnes de 75 ans et plus (13,7 millions vs 6 millions).*

Le nombre de personnes de 85 ans et plus pourrait quant à lui presque quadrupler passant de 1,8 million en 2013 à 6,3 millions en 2070.*

* BLANPAIN Nathalie et BUISSON Guillemette ; INSEE (Institut national de la statistique et des études économiques). Projections de population à l'horizon 2070 : Deux fois plus de personnes de 75 ans ou plus qu'en 2013. INSEE Première, 11/2016, n°1619, 4p

Évolution de la population de la France de 2010 à 2070



Source : Institut national de la statistique et des études économiques - Projections de population à l'horizon 2070



<https://www.who.int/fr/news/item/01-02-2024-global-cancer-burden-growing--amidst-mounting-need-for-services>

Plan Cancer

On estime qu'en 2050, 1 cancer sur 2 surviendra chez des personnes âgées de 75 ans et plus versus 1 cancer sur 3 en 2015.*

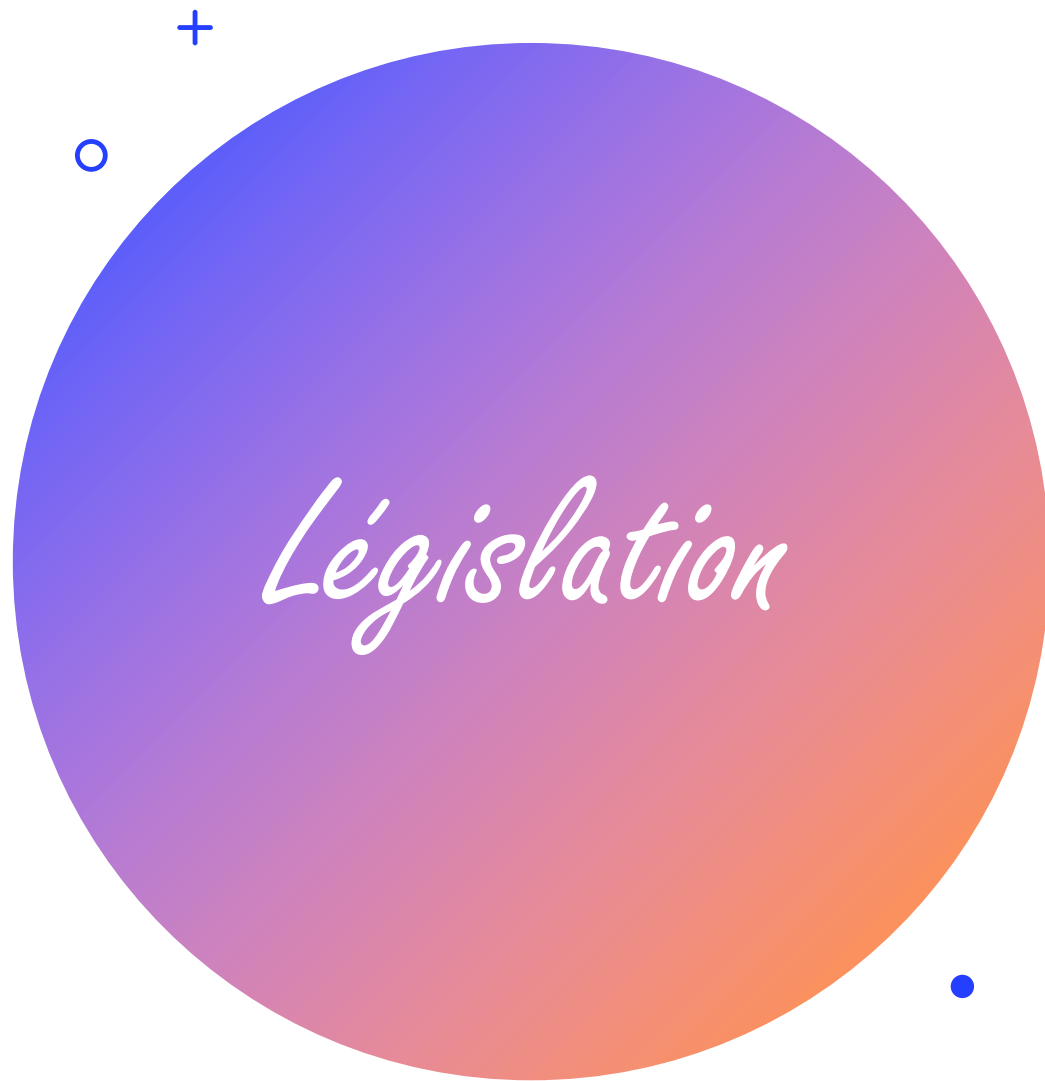
* Suivi du dispositif de prise en charge et de recherche clinique en oncogériatrie : État des lieux au 1er janvier 2015. INCA, 03/2015, 34p.

Plan Cancer

On estime qu'en 2050, 1 cancer sur 2 surviendra chez des personnes âgées de 75 ans et plus versus 1 cancer sur 3 en 2015.*

-> Dans ce contexte on a pu voir une évolution législative majeure.

* Suivi du dispositif de prise en charge et de recherche clinique en oncogériatrie : État des lieux au 1er janvier 2015. INCA, 03/2015, 34p.



Législation

Obligation médicale via le Décret du 26 avril 2022 relatif aux conditions d'exercice en cancérologie.

Législation

Art. D. 6124-131-4. – Le titulaire de l'autorisation accomplit les diligences nécessaires afin de proposer un traitement adapté aux patients âgés à risque ou en perte d'autonomie atteints de cancer. Cette organisation permet de **repérer la fragilité** chez ces patients âgés, de les accompagner, s'il y a lieu, aux fins d'une **évaluation gériatrique et d'un suivi gériatrique** en son sein ou vers l'offre de soins correspondante en milieu hospitalier ou en médecine de ville.*

* <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000045668131>

Législation

Au sein des plans cancer, demande d'un suivi adapté :

- La mesure 38 du plan cancer 2003-2007 avait pour but de « mieux adapter les modes de prise en charge et les traitements aux spécificités des personnes âgées ».*

* <https://www.e-cancer.fr/Institut-national-du-cancer/Strategie-de-lutte-contre-les-cancers-en-France/Les-Plans-cancer/Le-Plan-cancer-2003-2007>

Législation

Avec une organisation de soins :

- L'oncogériatrie est une **action coordonnée** entre oncologues médicaux, gériatres, médecins généralistes, et de façon plus générale, l'ensemble des acteurs de soin **visant à améliorer l'état de santé** du patient âgé atteint de cancer **aux différentes étapes de sa maladie.***

* <https://www.e-cancer.fr/Institut-national-du-cancer/Strategie-de-lutte-contre-les-cancers-en-France/Les-Plans-cancer/Le-Plan-cancer-2003-2007>

+

○

*Pourquoi un
parcours en
oncogériatrie
?*

●

Pourquoi un parcours en oncogériatrie ?

Le cancer chez un sujet âgé est le plus souvent une maladie plus grave, associé à une mortalité plus importante.

Cela pour diverses raisons :

Pourquoi un parcours en oncogériatrie ?

Le cancer chez un sujet âgé est le plus souvent une maladie plus grave, associé à une mortalité plus importante.

Cela pour diverses raisons :

- Diagnostic tardif
 - Effet générationnel (manque de confiance au monde médical en milieu rural, accès aux soins, personne non plaintive, associe les symptômes à l'âge)

Pourquoi un parcours en oncogériatrie ?

Le cancer chez un sujet âgé est le plus souvent une maladie plus grave, associé à une mortalité plus importante.

Cela pour diverses raisons :

- Diagnostic tardif
 - Effet générationnel (manque de confiance au monde médical en milieu rural, accès aux soins, personne non plaintive, associe les symptômes à l'âge),
 - Troubles cognitif ou psychologique qui rendent difficile la description des symptômes.

Pourquoi un parcours en oncogériatrie ?

- Mais aussi du fait d'idées préconçues
 - « Les cancers chez les sujets âgés évoluent plus lentement »

Pourquoi un parcours en oncogériatrie ?

- Mais aussi du fait d'idées préconçues
 - « Les cancers chez les sujets âgés évoluent plus lentement »
 - « Personnes âgées égales personnes fragiles »

Pourquoi un parcours en oncogériatrie ?

- Mais aussi du fait d'idées préconçues
 - « Les cancers chez les sujets âgés évoluent plus lentement »
 - « Personnes âgées égales personnes fragiles »
 - « La personne est âgée donc elle ne veut pas de traitement »

Pourquoi un parcours en oncogériatrie ?

- Mais aussi du fait d'idées préconçues
 - « Les cancers chez les sujets âgés évoluent plus lentement »
 - « Personnes âgées égales personnes fragiles »
 - « La personne est âgée donc elle ne veut pas de traitement »
- > Risque de sous-traiter les patients âgés.**

Pourquoi un parcours en oncogériatrie ?

Dans la vraie vie on se rend compte que la population âgée est une population très hétérogène :

Pourquoi un parcours en oncogériatrie ?

Dans la vraie vie on se rend compte que la population âgée est une population très hétérogène :

- des personnes indépendantes, en bon état de santé,

Pourquoi un parcours en oncogériatrie ?

Dans la vraie vie on se rend compte que la population âgée est une population très hétérogène :

- des personnes indépendantes, en bon état de santé,
- des personnes dépendantes, en mauvais état de santé du fait d'une poly pathologie,

Pourquoi un parcours en oncogériatrie ?

Dans la vraie vie on se rend compte que la population âgée est une population très hétérogène :

- des personnes indépendantes, en bon état de santé,
- des personnes dépendantes, en mauvais état de santé du fait d'une poly pathologie,
- des personnes fragiles, à l'état de santé intermédiaire, mais qui peuvent basculer rapidement dans la catégorie des personnes dépendantes en cas de pathologie grave ou d'hospitalisation prolongée.

Pourquoi un parcours en oncogériatrie ?

Dans la vraie vie on se rend compte que la population âgée est une population très hétérogène :

- des personnes indépendantes, en bon état de santé,
- des personnes dépendantes, en mauvais état de santé du fait d'une poly pathologie,
- des personnes fragiles, à l'état de santé intermédiaire, mais qui peuvent basculer rapidement dans la catégorie des personnes dépendantes en cas de pathologie grave ou d'hospitalisation prolongée.

-> Nécessité de pouvoir cibler les personnes à risque.



Pour qui ?

- Le dépistage des fragilités chez les personnes atteintes d'un cancer et âgées de plus de 75 ans, se fait via le **test G8 ou Oncodage**.
- 8 items avec un score sur 17.

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	

D'après Soubeyran P. Validation of G8 screening tool in geriatric oncology: The ONCODAGE project. JCO 2011;29:Abs9001.

Pour qui ?

- **Objectif :** détection des fragilités afin de mettre en œuvre des soins de support et un suivi, adapter au besoin les traitements oncologiques.

Pour qui ?

- Si score supérieur ou égale à 15 pas de fragilités et mise en place d'un traitement identique à celui pour une personne plus jeune avec surveillance rapprochée et possible réévaluation en cours de traitement.

Pour qui ?

- Si score supérieur ou égale à 15 pas de fragilités et mise en place d'un traitement identique à celui pour une personne plus jeune avec surveillance rapprochée et possible réévaluation en cours de traitement.
- Si score inférieur ou égale à 14 : Evaluation Gériatrique Personnalisée (EGP).

+

o

L'Évaluation Gériatrique Personnalisée

•



EGP

L'EGP est une **évaluation globale de la personne.**

L'EGP est une **évaluation globale de la personne**.

- Elle « permet d'apprécier l'état fonctionnel, les comorbidités, l'état nutritionnel, l'état psychologique, les syndromes gériatriques (troubles visuels, auditifs, incontinences, chutes, dépression, démence, fractures spontanées) et le statut socio-économique (conditions de vie, entourage, aide à domicile, etc.) de la personne âgée atteinte de cancer ».*

* Etude IPSOS pour L'Observatoire sociétal des cancers « Avoir un cancer après 75 ans Le refus de la fatalité », juin 2017, La Ligue Contre Le Cancer

Cela pour :

- Optimiser les traitements oncologiques,

Cela pour :

- Optimiser les traitements oncologiques,
- Diminuer les toxicités chimio-induites,

Cela pour :

- Optimiser les traitements oncologiques,
- Diminuer les toxicités chimio-induites,
- Diminuer la morbidité et les complications post-opératoires,

Cela pour :

- Optimiser les traitements oncologiques,
- Diminuer les toxicités chimio-induites,
- Diminuer la morbidité et les complications post-opératoires,
- Mise en place et suivi de soins de support (douleurs, diététique, psychologique, sociale, activité physique).

Prise en soin multidisciplinaire :

- IDE de parcours
- IPA
- Oncogériatre
- Oncologue- radiothérapeute

Prise en soin multidisciplinaire :

- IDE de parcours
- IPA
- IDE UCOG
- Diététicienne
- Assistante sociale
- Psychologue
- Oncogériatre
- Oncologue- radiothérapeute
- Médecin soins palliatifs
- Algologue
- Pharmacien
- APA
- Orthophoniste



*Sur notre
parcours
oncogériatrique*



Sur notre parcours oncogériatrique

Adressage par :

- Chirurgien digestif,
- Urologue,
- ORL,
- Chirurgien thoracique,
- Gynécologue.

En pré-opératoire après évaluation par G8 ou ressenti du praticien.

Sur notre parcours oncogériatrique

Parfois décision entérinée en RCP et évaluation pour optimisation des SOS : recommandations pour prévention du syndrome confusionnel, lever précoce, SSR.

Sur notre parcours oncogériatrique

Parfois décision entérinée en RCP et évaluation pour optimisation des SOS : recommandations pour prévention du syndrome confusionnel, lever précoce, SSR.

Parfois aide à la décision thérapeutique.

Sur notre parcours oncogériatrique

Parfois décision entérinée en RCP et évaluation pour optimisation des SOS : recommandations pour prévention du syndrome confusionnel, lever précoce, SSR.

Parfois aide à la décision thérapeutique.

-> Si possibilité du point de vue temporalité : adressage en pré-habilitation pour réhabilitation à l'effort, renutrition selon les situations.

Sur notre parcours oncogériatrique

Adressage par oncologue :

- Après G8,

Sur notre parcours oncogériatrique

Adressage par oncologue :

- Après G8,
- À tout moment de la prise en soins : initiation des traitements, changements de traitements après échec d'une première ligne, en cours de traitement.

Sur notre parcours oncogériatrique

Adressage par oncologue :

- Après G8,
- À tout moment de la prise en soins : initiation des traitements, changements de traitements après échec d'une première ligne, en cours de traitement.

Présence en RCP digestive de l'oncogériatre qui facilite l'adressage,

IPA présent en RCP thorax et ORL.



Rôle IPA

Rôle IPA

Point sur la compréhension de la situation avec le patient et ses proches

- Est-ce qu'ils ont compris pourquoi ils étaient adressés ?

Rôle IPA

Point sur la compréhension de la situation avec le patient et ses proches

- Est-ce qu'ils ont compris pourquoi ils étaient adressés ?
- En quoi consiste le rendez-vous du jour ?

Rôle IPA

Réalisation de l'EGP avec un regard particulier sur **les possibilités thérapeutiques envisageables dans le contexte, la possible tolérance à la chimiothérapie notamment.**

Rôle IPA

Réalisation de l'EGP avec un regard particulier sur **les possibilités thérapeutiques envisageables dans le contexte, la possible tolérance à la chimiothérapie notamment.**

Recherche des souhaits, **des appréhensions éventuelles** du patient quant aux éventuels traitements.

Rôle IPA

Bilan avec l'oncogériatre qui voit ensuite le patient

Rôle IPA

Bilan avec l'oncogériatre qui voit ensuite le patient

- Gain de temps médical non négligeable car évaluation faite en amont et restitution synthétique juste avant de voir le patient,

Rôle IPA

Bilan avec l'oncogériatre qui voit ensuite le patient

- Gain de temps médical non négligeable car évaluation faite en amont et restitution synthétique juste avant de voir le patient,
- Regard croisé sur la situation, temps d'échange nécessaire et utile.

Rôle IPA

Rédaction de recommandations au médecin adresseur via un compte rendu d'hospitalisation de jour.

Rôle IPA

Rédaction de recommandations au médecin adresseur via un compte rendu d'hospitalisation de jour.

Mise en copie du médecin traitant, des éventuels médecins spécialistes concernés, aux IDEL avec l'accord du patient, au DAC.

Rôle IPA

Selon le contexte :

- adressage en pré-habilitation pour optimiser le pré-opératoire,

Rôle IPA

Selon le contexte :

- adressage en pré-habilitation pour optimiser le pré-opératoire,
- suivi sur notre hôpital de jour de soins de support avec les professionnels para-médicaux nécessaires au patient.

Rôle IPA

Temps de coordination IPA important mais cela permet à la fois de **fluidifier le parcours de soins** du patient et de **fixer un point de repère** au patient et à son entourage.

Rôle IPA

Temps de coordination IPA important mais cela permet à la fois de **fluidifier le parcours de soins** du patient et de **fixer un point de repère** au patient et à son entourage.

Suivi possible avec oncologue et réévaluation iconographique ou sur notre parcours palliatif précoce avec médecin d'USP.







+

•

○

Cas Clinique N°1

M. R. âgé de 86 ans adressé par son urologue pour une évaluation oncogériatrique d'aide à la décision de traitement.

M. R. âgé de 86 ans adressé par son urologue pour une évaluation oncogériatrique d'aide à la décision de traitement.

3 RTUV entre novembre 2022 et mai 2023 pour réussir à obtenir le diagnostic de carcinome urothélial de vessie de haut grade avec infiltration massive du plan musculaire (TVIM), avec une composante sarcomatoïde.

M. R. âgé de 86 ans adressé par son urologue pour une évaluation oncogériatrique d'aide à la décision de traitement.

3 RTUV entre novembre 2022 et mai 2023 pour réussir à obtenir le diagnostic de carcinome urothélial de vessie de haut grade avec infiltration massive du plan musculaire (TVIM), avec une composante sarcomatoïde.

En parallèle de l'évaluation demande d'un bilan d'extension par l'urologue (TDM TAP).

Indication théorique de traitement par **chirurgie** type Cyto-prostatectomie totale et Bricker **en cas de maladie localisée.**

Indication théorique de traitement par **chirurgie** type Cyto-prostatectomie totale et Bricker **en cas de maladie localisée.**

Possibilité de **traitement tri-modal** (TTM) : radio-chimiothérapie post RTUV.

Indication théorique de traitement par **chirurgie** type Cytoprostatectomie totale et Bricker **en cas de maladie localisée.**

Possibilité de **traitement tri-modal** (TTM) : radiochimiothérapie post RTUV.

Si contre-indication possibilité de **radiothérapie seule et optimisation des soins de support.**

Si **maladie métastatique**, indication de **chimiothérapie par Sels de Platine ou soins de support exclusifs** selon état général.



Le 20/06/2023 : réalisation d'une EGP avec mise en avant de fragilités gériatriques :

- Instabilité posturale et lenteur de marche
- Fragilité thymique
- Fragilité sensorielle
- Diminution des activités du quotidien depuis 6 mois
- Comorbidités (AIT, cancer colique opéré en novembre 2022)
- Cliniquement : asthénie, essoufflement



EVALUATION	SCORE / RESULTATS / INTERPRETATION
COMORBIDITES	Médicales : -Carcinome urothélial de vessie de haut grade -Hypercholestérolémie -AIT (2019) -Début de glaucome Chirurgicales : -Hernie inguinale bilatérale (1989) - Colectomie Dr GANCEL novembre 2022 - RTUV à visée diagnostique (x3 depuis décembre 2022)
AUTONOMIE SOCIO-ECONOMIQUE	Patient autonome pour les gestes de la vie quotidienne ADL 6/6 et IADL 3/4
ISOLEMENT / ENTOURAGE FAMILIAL	Vit avec son épouse dans une maison aménagée à étage. Chambre situé à l'étage. Au quotidien M. R. ne sort pas beaucoup de son domicile, il conduit son épouse pour aller aux courses mais reste à domicile autrement. Regarde le foot à la télévision, lit les journaux, s'intéresse à l'actualité. Il cuisinait au quotidien et faisait également les courses mais asthénie plus importante depuis sa colectomie en novembre dernier. Son épouse est présente depuis pour le soutenir. Epouse présente à domicile. Une fille qui vit à Paris et qui vient pour les vacances scolaires Un petit fils dont il connaît le prénom
AIDANT PRINCIPAL	Epouse
COGNITIVE	Patient cohérent et orienté dans le temps et l'espace MMS à 29/30 perte d'un point au langage (n'arrive pas à répéter la phrase mais hypoacousie appareillé et manque un appareil ce jour). Dubois non réalisé Horloge pathologique
THYMIQUE	Dit être inquiet de son état de santé. Pas de tristesse évoquée. Pas de trouble du sommeil.
NUTRITIONNELLE	Pas de perte de poids ni de perte d'appétit
STATUT FONCTIONNEL	Instabilité posturale Test get up and go inférieur à 12' Appui monopodal inférieur à 3' en bilatéral
CONTINENCE	Polakiurie avec 2 ou 3 réveils nocturnes
DOULEURS	Pas de plainte algique ce jour
PARAMETRES SENSORIELS	Hypoacousie appareillée deousi Pas de baisse de l'acuité visuelle

Recommandations établies :

- Risque élevé de décompensation gériatrique devant l'asthénie se majorant, hospitalisations répétées depuis 6 mois, notion de chute lors d'une hospitalisation, patient anxieux, instabilité posturale.

Recommandations établies :

- Risque élevé de décompensation gériatrique devant l'asthénie se majorant, hospitalisations répétées depuis 6 mois, notion de chute lors d'une hospitalisation, patient anxieux, instabilité posturale.
- De plus, bilan d'extension en attente, TDM TAP prévu le 25/07.

Recommandations établies :

- Risque élevé de décompensation gériatrique devant l'asthénie se majorant, hospitalisations répétées depuis 6 mois, notion de chute lors d'une hospitalisation, patient anxieux, instabilité posturale.
- De plus, bilan d'extension en attente, TDM TAP prévu le 25/07.

-> Inclusion dans programme de pré-habilitation avec APA en hôpital de jour dans le délai.

Réévaluation avec résultats de scanner le 14/08

En pratique, voici les recommandations que nous vous proposons :

- dans le cadre de la prise en charge oncologique spécifique : avis oncogériatrique dans un contexte de carcinome urothélial de vessie à priori localisé mais scanner TAP en attente.

M. R■■■■ présente des fragilités en lien avec une instabilité posturale, une lenteur de marche, une anxiété, une sensation de baisse de tonus même si l'autonomie est conservée.

Contexte d'hospitalisations répétées depuis novembre 2022 (chirurgie d'un cancer colique). Décrit une chute en hospitalisation ces derniers mois.

M. R■■■■ est actuellement trop fragile pour envisager une intervention chirurgicale type cysto-prostatectomie. Il existe un risque élevé de décompensation gériatrique. Une réévaluation après le scanner et un programme d'activité physique adaptée pourrait être intéressante.

Séjour demandé auprès de l'hôpital de jour du Cap Horn en vue d'une pré-habilitation. Scanner TAP prévu le 25/07.

Nous reverrons M. R■■■■ le 14/08 à 11h00.



Le 14/08 :

- Bénéfice clinique de l'APA avec **amélioration de l'équilibre et de l'asthénie**

Deuxième rencontre le 14/08 :

- Bénéfice clinique de l'APA avec **amélioration de l'équilibre et de l'asthénie**
- Au TDM TAP : **atteinte métastatique ganglionnaire iliaque et lombo-aortique**, pour laquelle une origine colique ne peut être exclu (antécédent de chirurgie par colectomie en novembre 2022). De plus **lésion pulmonaire suspecte** (primitive ou métastatique ?)

Deuxième rencontre le 14/08 :

- Bénéfice clinique de l'APA avec **amélioration de l'équilibre et de l'asthénie**
- Au TDM TAP : **atteinte métastatique ganglionnaire iliaque et lombo-aortique**, pour laquelle une origine colique ne peut être exclu (antécédent de chirurgie par colectomie en novembre 2022). De plus **lésion pulmonaire suspecte** (primitive ou métastatique ?)

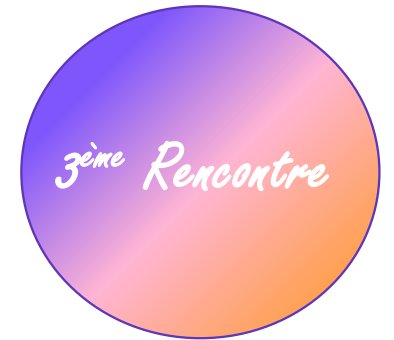
-> Pas d'indication chirurgicale dans le contexte (lésions ganglionnaires métastatiques sus et sous-diaphragmatique)

Indication à une chimiothérapie palliative mais état général non compatible avec ce jour avec mise en place d'une poly-chimiothérapie à base de Sels de Platine (PS 2, anxiété, instabilité posturale, toxicité digestive probable)

Indication à une chimiothérapie palliative mais état général non compatible avec ce jour avec mise en place d'une poly-chimiothérapie à base de Sels de Platine (PS 2, anxiété, instabilité posturale, toxicité digestive probable)

-> Décision de revoir M. R. à un mois, rendez-vous fixé le 18/09 afin qu'il poursuive l'APA en hôpital de jour.

Selon évolution clinique se rediscute l'initiation d'un traitement oncologique.



Le 18/09 :

- Stabilité clinique, PS 2, poids stable, autonome mais reste anxieux et instabilité posturale même si amélioration du fait de l'APA.

Troisième rencontre le 18/09 :

- Stabilité clinique, PS 2, poids stable, autonome mais reste anxieux et instabilité posturale même si amélioration du fait de l'APA.

-> Risque de décompensation avec initiation de chimiothérapie toujours important, la balance bénéfice – risque ne semble pas en faveur (apparition de symptômes ++ notamment digestifs).

De plus **pas de symptomatologie urinaire** (hématurie, douleurs, impériosité)

-> **Décision de soins de support exclusif** après échange avec M. R. et son épouse, acté par l'oncologue.

+

•

○

En conclusion :

- Patient âgé de 86 ans présentant un carcinome urothélial de vessie métastatique au niveau ganglionnaire sus et sous diaphragmatique et présentant une lésion pulmonaire primitive ou secondaire. Antécédent de cancer du colon opéré l'année dernière MSS.

Cliniquement : pas d'hématurie actuellement (possible épisode avec urines un peu foncées il y a 15 jours). PS 2, poids stable, autonome sur les ADL et IADL. Par contre reste instable mais amélioration avec APA à Landerneau. On rediscute du rapport bénéfice risque d'une chimiothérapie palliative : risque de décompensation gériatrique avec la fatigue et la toxicité digestive qui seront induites par les traitements alors que la qualité de vie de M. R. est plutôt bonne actuellement.

Après discussion, on privilégie des soins de confort exclusifs. Radiothérapie hémostatique à envisager si hématurie.

NB : a arrêté depuis plusieurs mois le KARDEGIC prescrit pour antécédent d'AIT. Compte tenu de la suspicion d'hématurie il y a 15 jours, je ne le réintroduis pas ce jour, à rediscuter en l'absence de récurrence.

-> **Décision de soins de support exclusif** après échange avec M. R. et son épouse, acté par l'oncologue.

En parallèle passage d'un médecin de l'unité de soins palliatifs le même jour pour **optimisation des soins de support et initiation d'un suivi sur notre parcours palliatif précoce.**

+

●

○

Première rencontre avec Mr R [REDACTED] et son épouse pour prise en charge palliative précoce d'une double néoplasie colique et vésicale avec lésions secondaires ganglionnaires et pulmonaire.

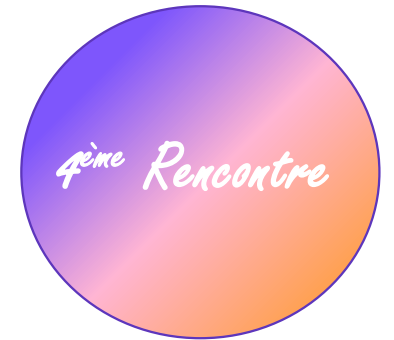
Nous échangeons sur la prise en charge palliative et revenons sur l'accompagnement que nous allons mettre en place, à l'inverse d'un abandon de Monsieur face à l'impossibilité de traitement spécifique. Il est difficile pour eux deux d'accepter cette abstention thérapeutique, mais comprennent bien que nous continuerons de les voir régulièrement pour prendre en charge tout symptôme éventuel.

Ce jour, il n'est gêné par rien, si ce n'est une difficulté d'endormissement. Ils mènent leurs activités quotidiennes de façon habituelle, la qualité de vie est très correcte.

En pratique :

Introduction ZOPICLONE 3.75mg s'il le souhaite

Prochain RDV le 16 octobre



Le 16/10 :

L'épouse de M. R. verbalise sa difficulté à accepter l'abstention thérapeutique mais comprend bien le risque de complication en lien avec une chimiothérapie.

Le 16/10 :

L'épouse de M. R. verbalise sa difficulté à accepter l'abstention thérapeutique mais comprend bien le risque de complication en lien avec une chimiothérapie.

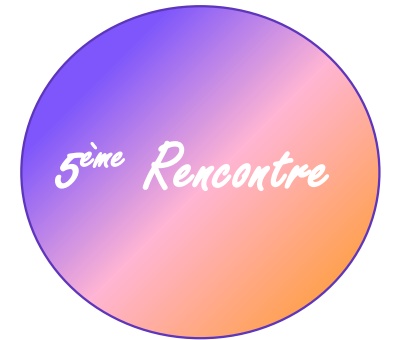
M. R. quant à lui apprécie ne pas avoir de symptômes et poursuit ses activités quotidiennes.

Le 16/10 :

L'épouse de M. R. verbalise sa difficulté à accepter l'abstention thérapeutique mais comprend bien le risque de complication en lien avec une chimiothérapie.

M. R. quant à lui apprécie ne pas avoir de symptômes et poursuit ses activités quotidiennes.

-> Nouveau rendez-vous le 27/11 sur notre parcours palliatif précoce pour réévaluation clinique.



Le 27/11 :

Persistance du maintien de l'autonomie et de la qualité de vie.

PS 2, perte de 2kg mais dit être plus actif, absence de saignement urinaire.

Reste anxieux et instable, poursuite du kiné à domicile

Le 27/11 :

Persistance du maintien de l'autonomie et de la qualité de vie.

PS 2, perte de 2kg mais dit être plus actif, absence de saignement urinaire.

Reste anxieux et instable, poursuite du kiné à domicile

Epouse toujours en questionnement sur l'abstention thérapeutique.

Le 27/11 :

Persistance du maintien de l'autonomie et de la qualité de vie.

PS 2, perte de 2kg mais dit être plus actif, absence de saignement urinaire.

Reste anxieux et instable, poursuite du kiné à domicile

Epouse toujours en questionnement sur l'abstention thérapeutique.

Réévaluation clinique début janvier.

+

•

○

Réévaluation en présence de son épouse

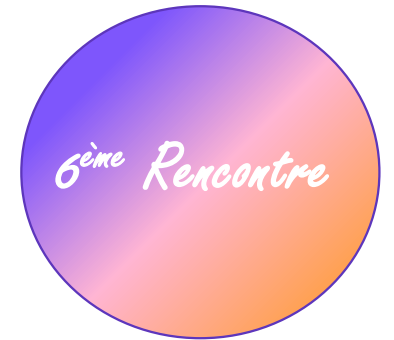
Situation toujours très stable, qualité de vie très correcte. A perdu 2kg, qu'il met sous couvert d'une activité importante justement. Reste quand même fatigué et fatigable.

Kiné 1 fois par semaine qui lui fait du bien.

Appétit très bon, transit plutôt irrégulier mais MACROGOL efficace.

Madame requestionne à nouveau l'abstention thérapeutique, et s'interroge sur la suite. Explications données sur la possibilité éventuelle d'une radiothérapie à visée hémostatique en cas de récurrence importante d'hématurie (qu'il n'a pas eu depuis des mois, depuis l'arrêt du KARDEGIC).

Nous nous reverrons le 9 janvier 2024 à 15h15



Le 09/01 :

Nette AEG avec poursuite de la perte de poids (-4kg),
Apparition d'un volumineux ganglion de Troisier,
Majoration de l'anxiété en lien avec l'apparition de nouveaux
symptômes et des explorations.
Inquiétude de l'épouse et demandeuse de prise en soins
active sur le plan oncologique.

+

•

○

Patient vu pour la première fois en juin 2023 en évaluation oncogériatrique. Scanner TAP en juillet retrouvant une atteinte métastatique ganglionnaire iliaques bilatérales et une lésion pulmonaire excavée du lobe supérieur droit.

Devant les fragilités identifiées chez M. [REDACTED] : âge, instabilité posturale, antécédent de chute, fragilité thymique, PS 2, décision de ne pas mettre en place de chimiothérapie à visée palliative ni de réaliser de biopsie pulmonaire. Soins de confort exclusifs.

Récemment apparition d'une adénopathie palpable sus claviculaire de 4 cm en échographie associé à d'autres adénopathies adjacentes et une thyroïde multi-nodulaire en faveur d'une progression de la maladie.

M. [REDACTED] et son épouse sont rencontrés dans ce cadre : on observe une anxiété importante du couple générée par l'adénopathie sus-claviculaire concomitante d'une dégradation clinique : anorexie, PS 3, troubles du sommeil. Le couple s'interroge sur la pertinence des soins de confort exclusifs. Demandeurs d'une chimiothérapie pour "qu'il reste en vie le plus longtemps possible".

Compte tenu de l'état général de M. [REDACTED] la balance bénéfice - risque ne me paraît pas en faveur de la mise en place d'une chimiothérapie (qui justifierait une ponction ganglionnaire à visée histologique pour être certain de l'origine de l'évolution métastatique : antécédent de cancer de vessie et du colon). M. [REDACTED] ne décrit pas de douleur cervicale et sus-claviculaire actuellement. Une radiothérapie pourrait s'envisager à ce niveau si symptômes gênants. J'explique à M. et Mme [REDACTED] qu'une chimiothérapie pourrait accélérer l'altération de l'état général et créer des symptômes altérant sa qualité de vie.

Ils sont demandeurs d'un 2e avis : j'envoie une demande de consultation au CHU.

+

●

○

Depuis notre dernier échange, AEG manifeste avec perte de 4kg. Apparition d'un volumineux ganglion de Troisier, non douloureux, confirmé par voie échographique (examen qui a d'ailleurs décelé un nodule thyroïdien a priori bénin).

Il ne dort pas depuis des semaines du fait d'une inquiétude majeure concernant les résultats des examens complémentaires, qu'il n'avait pas eus jusqu'à ce jour.

Nous reprenons longuement avec l'épouse le statut palliatif de la maladie, avec une évolution normale des symptômes qu'il présente. Elle nous questionne sur la possibilité d'une nutrition entérale, qui n'a pas d'indication dans ce contexte d'incurabilité de la maladie sans possibilité thérapeutique carcinologique. Nous l'incitons en revanche à continuer les CNO, qui ne présentent pas d'effet indésirable particulier.

La situation est très difficile à accepter pour Madame et Monsieur, qui reste très passif pendant l'échange.

Ils souhaitent un deuxième avis auprès du CHU de la Cavale Blanche, ce que nous leur recommandons de faire à visée de réassurance.

En pratique :

Pas de critère d'hospitalisation ce jour, ce qu'ils ont bien compris

Ajout LEXOMIL 1/4 le soir pour l'aider à dormir

Augmentation de la fréquence de nos entretiens : nous nous reverrons le 22/01/2024 pour faire le point.

Arrêt du suivi à la demande de l'épouse de M. R., ne sont pas
venu le 22/01.

Arrêt du suivi à la demande de l'épouse de M. R., ne sont pas
venu le 22/01.

Décès en février.

+

•

○

Cas Clinique N°2

M. B. âgé de 84 ans adressé par les chirurgiens digestifs après chirurgie par colectomie (18/07/2023) et mise en évidence d'un adénocarcinome moyennement différencié avec emboles vasculaires, une adénopathie métastatique (1N+/27) sans rupture capsulaire, MSS, pT3 pN1a R0.



M. B. âgé de 84 ans adressé par les chirurgiens digestifs après chirurgie par colectomie (18/07/2023) et mise en évidence d'un adénocarcinome moyennement différencié avec emboles vasculaires, une adénopathie métastatique (1N+/27) sans rupture capsulaire, MSS, pT3 pN1a R0.

Au bilan d'extension (TDM TAP) pré-opératoire : lésion tumorale circonférentielle de l'angle colique droit d'environ 5 cm de grand axe T3 N+ sans lésion secondaire pulmonaire ou hépatique.

M. B. âgé de 84 ans adressé par les chirurgiens digestifs après chirurgie par colectomie (18/07/2023) et mise en évidence d'un adénocarcinome moyennement différencié avec emboles vasculaires, une adénopathie métastatique (1N+/27) sans rupture capsulaire, MSS, pT3 pN1a R0.

Au bilan d'extension (TDM TAP) pré-opératoire : lésion tumorale circonférentielle de **l'angle colique droit d'environ 5 cm de grand axe T3 N+ sans lésion secondaire pulmonaire ou hépatique.**

En revanche **lésion d'allure tumorale urothéliale** développée sur la paroi latérale gauche de la vessie d'environ 4 cm de grand axe et 2 cm d'épaisseur.

RTUV réalisée avant l'évaluation oncogériatrique, mettant en avant un carcinome urothélial papillaire de bas grade (OMS 2022), non infiltrant, en métaplasie malpighienne. Absence de CIS. Absence d'embolie vasculaire.

RTUV réalisée avant l'évaluation oncogériatrique, mettant en avant un carcinome urothélial papillaire de bas grade (OMS 2022), non infiltrant, en métaplasie malpighienne. Absence de CIS. Absence d'embole vasculaire.

-> Pas de nécessité de traitement adjuvant, simple surveillance.

+

●

Indication théorique de traitement par **chimiothérapie adjuvante à base de 5-FU pour limiter le risque de récurrence au niveau colique.**



+



Indication théorique de traitement par **chimiothérapie adjuvante à base de 5-FU pour limiter le risque de récurrence au niveau colique.**

Possibilité de poly-chimiothérapie par XELOX (per os et IV) ou FOLFOX (IV) ou de mono-chimiothérapie par LV5-FU 2 (IV) ou XELODA (per os).



Première rencontre le 25/08/2023 : EGP réalisée avec différentes fragilités gériatriques :

- Âge
- Instabilité posturale
- Fragilité thymique
- Diminution des activités du quotidien
- Troubles cognitifs légers (horloge pathologique)



Première rencontre le 25/08/2023 : EGP réalisée avec différentes fragilités gériatriques :

- Âge
- Instabilité posturale
- Fragilité thymique
- Diminution des activités du quotidien
- Troubles cognitifs légers (horloge pathologique)

Mais récupère progressivement de sa chirurgie colique

EVALUATION	SCORE / RESULTATS / INTERPRETATION
COMORBIDITES	Médicales : -Adénocarcinome sténosant de l'angle coliquer droit dg en 07/2023 suivi par dr Jestin le Tallec -Carcinome urothéliale de vessie de bas grade non infiltrant -Primo-infection tuberculeuse à 20ans Chirurgicales : -RTUV 08/2023 Dr Marolleau -Colectomie 07/2023 -Chirurgie carcinome cutané frontale Dr Lample -Cloison nasales Allergies :
AUTONOMIE SOCIO-ECONOMIQUE	Patient de 84 ans, vivant en maison de plain pied, avec son épouse ADL : 4 IADL : 6/6
ISOLEMENT / ENTOURAGE FAMILIAL	PATient a diminué ses activités depuis l'annonce de la maladie. Il dit reprendre pregressivement cependant. il dit gérer son potager épouse 3 enfants dont 2 dans la région --> semble exister des tensions au sein de l'entourage (belle-fille), le couple se sent cependant entouré
AIDANT PRINCIPAL	épouse (âgée, douloureuse chronique, traitée par tramadol depuis 15 ans)
COGNITIVE	MMSE :23/30--> fragilité au niveau de la temporalité, et de l'organisation Horloge pathologique
THYMIQUE	fragilité thymique en lien avec l'annonce de la maladie : "j'ai déjà bien vécu, à mon âge" --> psychologue proposée: refus pour le moment
NUTRITIONNELLE	absence de perte de poids patient sous CNO depuis les interventions successives. Albumine à 39--> // CNo
STATUT FONCTIONNEL	diminution des activités depuis plusieurs mois, avant l'annonce. Le patient dit marcher dans le jardin. 1 chute il y a 4 mois sur vertiges--> pas d'Hypo TA orthostatique constatée ce jour.
CONTINENCE	algique à la miction--> urine rosée mais en diminution depuis la RTUV Absence de trouble de transit
DOULEURS	Absence
PARAMETRES SENSORIELS	porte des lunettes pour la lecture--> conseil de réévaluation par ohtalmo ou opticien hypo acousie appareillée

Recommandations établies :

- Quelques fragilités mais en phase de récupération
- Initiation d'une mono-chimiothérapie envisageable avec surveillance étroite.

Recommandations établies :

- Quelques fragilités mais en phase de récupération
- Initiation d'une mono-chimiothérapie envisageable avec surveillance étroite.

-> Initiation de XELODA après échographie cardiaque et dosage d'Uracilémie.

Recommandations établies :

- Quelques fragilités mais en phase de récupération
- Initiation d'une mono-chimiothérapie envisageable avec surveillance étroite.

-> Initiation de XELODA après échographie cardiaque et dosage d'Uracilémie.

Consultation d'annonce para-médicale prévue le 04/09 (remise PPS, ordonnances) avec consultation cardiologique organisée pour le 29/08 et Uracilémie prélevée le 25/08.

- dans le cadre de la prise en charge oncologique spécifique : évaluation oncogériatrique pour discussion chimiothérapie adjuvante (pour diminuer le risque de rechute) après chirurgie d'un adénocarcinome colique pT3 N1 (6 mois de cCAPECITABINE proposé).

M. [REDACTED] vient d'avoir une RTU vésicale mettant en avant un carcinome urothélial papillaire de bas grade (OMS 2022), non infiltrant, en métaplasie malpighienne. Absence de CIS. Absence d'embolie vasculaire.

TNM (2017) : pTa

Du point de vue gériatrique, patient fragilisé sur le plan des activités quotidiennes et cognitif (horloge pathologique notamment). Pour autant, est en train de récupérer physiquement. Un traitement oral par XELODA (CAPECITABINE) semble envisageable. Consultation cardiologique avec échographie et uracilémie demandée ce jour, consultation d'annonce prévue.

M. [REDACTED] accepte le principe du traitement ce jour. On arrêtera si mauvaise tolérance.

Suivi alterné oncologue – IPA mensuel et télésuivi via Cureety

Alerte le 27/09 en cours de premier cycle (semaine de repos) sur l'application avec éruption cutanée grade II (CTACE) et asthénie grade II

+
○

Effets secondaires reportés

- Eruption cutanée (Grade 2) 
- Asthénie (Grade 2) 
- Oedème jambes (Grade 1) 
- Vertiges (Grade 1) 

-> Vu en consultation le 28/09 :

Cliniquement : présente une sécheresse cutanée avec prurit et petites lésions à type d'acnée sur le visage et le front. Décrit également la sensation d'avoir un voile sur les yeux le matin au réveil, se dissipe dans la journée, possible conjonctivite réactionnelle à la sécheresse. Paume des mains et plante des pieds légèrement inflammatoires sans gêne fonctionnelle ni douleurs. Bonne tolérance digestive. Asthénie grade I reste actif dans son jardin, bricole.

Biologiquement : pas de perturbation de la NFS, bilan hépatique sans anomalie, ionogramme normal.

Conduite à tenir : après échange avec le Dr JESTIN – LE TALLEC, pas de reprise à la vue de la symptomatologie et des fragilités présente chez M. [REDACTED] Je revois M. vendredi prochain pour réévaluation clinique et en fonction reprise lundi 09/10 pour un deuxième cycle de XELODA.

-> Revu le 06/10 :

Cliniquement : avec application DEXERYL au visage, prurit en diminution, érythème persistant, peu de lésions acnéiformes. Persistance de la sensation de voile sur les yeux sans baisse de l'acuité visuelle d'après lui, n'a pas vu son ophtalmologue depuis 2017. Pas de syndrome main-pied. Bon appétit, transit régulier, est actif.

TA 125/51, pouls 64, saturation 96%, T° 36.2, poids 74.2 kg, EVA 0/10.

En pratique : en accord avec Dr JESTIN, reprise à partir du 09/10 à 1300 mg matin et soir, si recrudescence des symptômes doit nous appeler. J'organise un RDV avec son ophtalmologue le 10/10 (courrier transmis).

Revu par l'oncologue avant le début du troisième cycle le 24/10 :

Je revois en consultation Monsieur [REDACTED] en cours de XELODA à 1 300 mg matin et soir en traitement adjuvant d'un adénocarcinome sténosant de l'angle colique droit, opéré, pT3, N1a, R0, MSS. 1^{er} cycle à 1 500 mg et 2^{ème} réduit à 1 300 mg pour mauvaise tolérance cutanée.

Par ailleurs, a repris 1 kg, reste actif au quotidien, jardine, bricole. Pas de trouble de l'appétit. Pas de diarrhée. Chirurgie d'une cataracte bilatérale organisée en fin novembre et début décembre (voile visuel qui s'accentue).

8 cycles de chimiothérapie sont envisagés qu'on poursuit pour l'instant.

J'organise un scanner thoraco-abdomino-pelvien pour le mois de janvier.

Revu par l'IPA avant le début du quatrième cycle le 14/11 :

Je revois en consultation monsieur [REDACTED] en semaine de pause de son 3^{ème} cycle de XELODA en adjuvant à 1300mg matin et soir pour un adénocarcinome sténosant de l'angle colique droit, opéré, pT3, N1a, R0, MSS.

Biologiquement : biologie du 31/10 dans les normes, prochaine prise de sang le 20/11.

Cliniquement : bonne tolérance digestive et cutanée. Est actif, « se sent plus en forme qu'avant l'intervention » même s'il relève une fatigue. Poids stable à 74.5 kg. Quelques troubles du sommeil, ne souhaite pas prendre pour le moment de traitement. Par contre, est perturbé par une erreur de notification de prise des comprimés dans son carnet de suivi, remarque des troubles de concentration et de mémoire depuis l'instauration des traitements. Refuse le passage d'une IDEL, son épouse va l'épauler pour la retranscription des prises. TA 112/63, pouls 80, saturation 94 % AA, EVA 0/10.

En pratique : je le rassure concernant les troubles de concentration et de mémoire probablement en lien avec la fatigue induite par les 2 chirurgies et la prise de chimiothérapie, à surveiller tout de même. OK chimio sous réserve ; résultats biologiques de lundi prochain et vaccin grippe ou COVID si biologie dans la norme.

Revu par l'oncologue en cours de sixième cycle le 08/01 :

Je revois en consultation Monsieur [REDACTED] en cours de 6^{ème} cycle de XELODA sur 8 prévus, dans le cadre d'un adénocarcinome du côlon droit, opéré, classé pT3, N1a, R0, MSS.

Il a arrêté, il y a quelques jours, le XELODA car il se sent gêné par des troubles de la concentration et une fatigue visuelle. On note également une hypotension orthostatique ce jour.

Le poids est, par ailleurs, stable, pas de troubles de l'appétit, il reste actif au quotidien.

Devant la gêne ressentie, son souhait d'interrompre les traitements, on arrête le traitement adjuvant.

Un Scann-TAP vient d'être réalisé qui ne note pas de signe de récidence.

Je le reverrai dans six mois avec un Scann-TAP.

Il reverra, dans l'intervalle, le Docteur PRIGENT pour une échographie.

Je prévois, par ailleurs, une réévaluation clinique d'ici un mois à un mois et demi, auprès des infirmiers en pratique avancée, dans le cadre de l'après cancer.



Revu par l'IPA en
consultation après cancer à
un mois de la fin de ses
traitements (février).

Je vois en consultation après cancer monsieur [REDACTED] après une chimiothérapie adjuvante par XELODA 6 cures dans un contexte d'adénocarcinome du côlon droit, opéré, classé pT3, N1a, R0, MSS.

Initialement 8 cures prévues, traitement interrompu en janvier 2024 après 6 cures à la suite de troubles de la concentration et une fatigue visuelle.

Monsieur [REDACTED] depuis l'arrêt des traitements se sent beaucoup plus tonique. A repris le jardinage, le bricolage. Les troubles de concentration sont toujours présents. Il a bon appétit, le poids est stable, le transit régulier. Par contre depuis quelques jours, apparition d'une crevasse douloureuse sous le pied avec une hyperkératose au niveau des points d'appui.

-
- >> Prescription de la crème CICA D d'URIAGE et soins de pédicurie.
 - >> Proposition d'APA, ne le souhaite pas pour le moment.
 - >> Explications et coordonnées des soins de support.

+ ●

Revu par l'oncologue à six mois de la fin des traitements (août) avec un scanner de contrôle :

Je revois en consultation M. [REDACTED] en suivi d'un adénocarcinome sténosant de l'angle colique droit diagnostiqué sur anémie ferriprive, opéré classé pT3 N1a R0 MSS.

Traitement post-opératoire par XELODA.

La date d'intervention date du 18 juillet 2023.

Cliniquement : il est en bon état général, asymptomatique sur le plan digestif.

Pas d'adénopathie palpable.

Le bilan biologique est satisfaisant. L'ACE est normal.

Le scanner TAP ne note pas de signe de récidence.

Il reverra le Dr PRIGENT dans 2-3 mois pour une échographie abdominale.

Je propose pour ma part de le revoir avec un scanner TAP dans un an. Dans l'intervalle il poursuit le suivi échographique tous les trois mois.

+

•

○

Cas Clinique N°3



- M. G, 83 ans, AEG avec amaigrissement, épisodes de douleurs abdominales.



- M. G, 83 ans, AEG avec amaigrissement, épisodes de douleurs abdominales.
- Mise en évidence au scanner d'une lésion tumorale colique droite avec multiples nodules hépatiques d'allure secondaire sur l'ensemble des segments



- M. G, 83 ans, AEG avec amaigrissement, épisodes de douleurs abdominales.
- Mise en évidence au scanner d'une lésion tumorale colique droite avec multiples nodules hépatiques d'allure secondaire sur l'ensemble des segments
- **Par ailleurs carcinose péritonéale décrite en association à la tumeur colique droite.**

Patient vu en consultation le 25/08/2024 par le Dr JESTIN – LE
TALLEC :

AU TOTAL : je prévois une évaluation en oncogériatrique, un dosage d'uracilémie, un bilan cardiologique, un bilan biologique complet.

Je le reverrai avec les résultats histologiques pour discuter de la suite de la prise en charge : probable chimiothérapie mais qui devra être adaptée compte tenu de sa fragilité.

L'évaluation oncogériatrique permettra de refaire le point sur son état général de manière un peu plus précise ainsi que sur le contexte social car il est manifestement l'aidant principal de son épouse est bien présents auprès de lui et à ses enfants habitent loin.

EGS réalisée le 31/05, retrouvant des fragilités gériatriques :

- Âge
- Aidant principale de son épouse
- Légère instabilité posturale
- Perte de poids

EGS réalisée le 31/05, retrouvant des fragilités gériatriques :

- Âge
- Aidant principale de son épouse
- Constipation
- Légère instabilité posturale abdominales
- Perte de poids
- Polakiurie nocturne
- Tendance à la
- Douleurs
- Fragilité thymique

EGS réalisée le 31/05, retrouvant des fragilités gériatriques :

- Âge
- Aidant principale de son épouse
- Constipation
- Instabilité posturale
- Perte de poids
- Polakiurie nocturne
- Tendance à la
- Douleurs abdominales
- Fragilité thymique

-> Sollicitation du DAC pour optimisation du plan d'aide à domicile, prescription de CNO.

AUTONOMIE SOCIO-ECONOMIQUE

ADL : 6/6
IADL : 4/4
Patient de 83 ans, autonome au quotidien, étant l'aidant principal de son épouse; CLIC intervient : dossier APA fait : 5 à 6h archipel dont 1h300A. M déjà en cours.
SIAD : 3x/sem pour la toilette
A.M 1h30/sem +

MODE DE VIE

patient autonome,
vivant

ENTOURAGE FAMILIAL

épouse anxio dépressive nécessitant une aide constante
2 enfants vivant en région Parisienne, venant 3 à 4x/an pour un WE.--> le patient attend les résultats de la colonoscopie pour annoncer la pathologie.
Le patient est en contact avec ses enfants téléphonique

AIDANT PRINCIPAL

les enfants, mais peu présents actuellement

COGNITIVE

Absence de trouble cognitif
MMSE : 28/30 (perte d'un point au calcul / perte d'un point au rappel du mot, rappel ok à distance)

THYMIQUE

Inquiétude vis à vis de son épouse (il évoque l'impossibilité de son épouse de rester au domicile lorsque le patient sera hospitalisé
--> APPUI SANTE Sollicité

NUTRITIONNELLE

Dénutrition
Vu par la diététicienne
Perte de poids (57.5kg, contre 61 kg en octobre) par diminution des quantités (pour diminution douleur abdominale)
Langue blanche --> BdB bicarbonate prescrit ce jour
Lèvres sèches : conseil hydratation
--> CNO prescrit par la diététicienne

STATUT FONCTIONNEL

Appui monopodal réalisé" : 5 sec maintenu
mais risque d'instabilité en lien avec la perte de poids

CONTINENCE

Tendance à la constipation liée à la pathologie colique : va à la selle /j
--> incitation prise de macrogol en sb
Pollakiurie nocturne (se lève à 1h.2h.4.6h)--> habitude de sommeil "hâché " en lien avec son activité professionnelle

DOULEURS

gêne modérée à intense au niveau abdominal (site variable) 1 à 2x/sem (le patient semble minimiser cependant)
prise ponctuelle de paracétamol

PARAMETRES SENSORIELS

lunette pour la conduite
Légère hypo acousie bilatérale appareillée

Colonoscopie réalisée le 07/06 :

CONCLUSION :

Sténose infranchissable de l'angle gauche, aspect endoscopique oedématié non franchissable.
Biopsies à l'aveugle.

Colonoscopie réalisée le 07/06 :

CONCLUSION :

Sténose infranchissable de l'angle gauche, aspect endoscopique oedématié non franchissable.
Biopsies à l'aveugle.

Biopsie retrouvant :

Prélevé le 07/06/2024

CR validé le 13/06/2024

Adénocarcinome lieberkühnien moyennement différencié

Sur biopsie en immunohistochimie : conservation de l'expression des protéines MMR par les cellules tumorales : statut proficient MMR (RER-).

Décision de pris en soin chirurgicale devant le risque occlusif.
-> Programmé le 20/06

Décision de pris en soin chirurgicale devant le risque occlusif.

-> Programmé le 20/06

-> En per opératoire :

- Carcinose massive envahissant la racine du mésentère

Décision de pris en soin chirurgicale devant le risque occlusif.

-> Programmé le 20/06

-> En per opératoire :

- Carcinose massive envahissant la racine du mésentère
- Lésion volumineuse de l'angle colique gauche envahissant la face postérieur de l'estomac et le pancréas

Décision de pris en soin chirurgicale devant le risque occlusif.

-> Programmé le 20/06

-> En per opératoire :

- Carcinose massive envahissant la racine du mésentère
- Lésion volumineuse de l'angle colique gauche envahissant la face postérieur de l'estomac et le pancréas
- Coulée ganglionnaire tout le long du colon

Décision de pris en soin chirurgicale devant le risque occlusif.

-> Programmé le 20/06

-> En per opératoire :

- Carcinose massive envahissant la racine du mésentère
- Lésion volumineuse de l'angle colique gauche envahissant la face postérieur de l'estomac et le pancréas
- Coulée ganglionnaire tout le long du colon

-> Absence de dilatation du grêle ou du colon : décision de ne pas mettre en place de stomie de décharge

Réévaluation auprès de l'oncologue le 04/07 :

Cliniquement : M. G. [REDACTED] est fatigué avec un performance status à 2 – 3, le transit reste cependant conservé actuellement. L'appétit est moyen. Il vaque à ses occupations mais le tonus reste cependant faible. Son poids est à 51 kg actuellement.

Il doit rentrer en EHPAD avec son épouse dans les prochains jours. Ses enfants sont là actuellement.

Sur le plan anatomopathologique : adénocarcinome lieberkühnien au niveau colique et péritonéal.

En biologie moléculaire : pas de mutation RAS, RAF. Statut MSS.

Dosage d'uracilémie normal.

Pas de contre-indication d'ordre cardiologique à la chimiothérapie.

Au total : patient âgé de 83 ans, fragile, fatigué présentant un adénocarcinome du côlon plurimétastatique.

Discussion lors de la consultation avec M. G. [REDACTED] et ses enfants du rapport bénéfice risque incertain de la chimiothérapie.

M.G. [REDACTED] est demandeur d'essayer un traitement, le statut RAS est sauvage, je lui propose un traitement par LV5FU2 PANITUMUMAB (à doses adaptées de LV5FU2 en raison de son âge et de son état général).

On interrompra en cas de mauvaise tolérance.

Cependant, l'apport de l'anticorps VECTIBIX peut permettre d'obtenir une réponse assez rapide au niveau de la masse tumorale.

-> Initiation de sa chimiothérapie le 15/07 après de PAC.

-
- > Initiation de sa chimiothérapie le 15/07 après de PAC.
 - > Traitement réalisé en hospitalisation car patient plus rassuré d'être hospitalisé.

-
- > Initiation de sa chimiothérapie le 15/07 après de PAC.
 - > Traitement réalisé en hospitalisation car patient plus rassuré d'être hospitalisé.
 - > Réévaluation clinico-biologique par IPA en pré-thérapeutique tous les 15 jours.

+

•

-> Initiation de sa chimiothérapie le 15/07 après de PAC.

-> Traitement réalisé en hospitalisation car patient plus rassuré d'être hospitalisé.

-> Réévaluation clinico-biologique par IPA en pré-thérapeutique tous les 15 jours.

-> Scanner de réévaluation réalisé le 08/10 après 6 cures : stabilité de la plus part des lésions et diminution de certaines lésions hépatiques.

+

•

-> Initiation de sa chimiothérapie le 15/07 après de PAC.

-> Traitement réalisé en hospitalisation car patient plus rassuré d'être hospitalisé.

-> Réévaluation clinico-biologique par IPA en pré-thérapeutique tous les 15 jours.

-> Scanner de réévaluation réalisé le 08/10 après 6 cures : stabilité de la plus part des lésions et diminution de certaines lésions hépatiques.

-> Poursuite de son traitement.

+

○

•

Des questions ?