



HAL
open science

Spécificités onco-gériatriques des soins de support

Elena Paillaud, Philippe Caillet, Catherine Conti, Soraya Mebarki

► **To cite this version:**

Elena Paillaud, Philippe Caillet, Catherine Conti, Soraya Mebarki. Spécificités onco-gériatriques des soins de support. *Bulletin du Cancer*, 2022, 109 (5), pp.568-578. 10.1016/j.bulcan.2021.12.004 . hal-04149303

HAL Id: hal-04149303

<https://hal.u-pec.fr/hal-04149303v1>

Submitted on 3 Jul 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Spécificités onco-gériatriques des soins de support

Specificities of supportive care in geriatric oncology

Elena Paillaud ^{1,2,3} Philippe Caillet ^{1,3}, Catherine Conti ^{1,3} Soraya Mebarki ¹

1 APHP, Paris Cancer Institute CARPEM, Hôpital européen Georges Pompidou, Service de gériatrie, Paris 75015, France

2 University of Paris, F-75006 Paris, France

3 Université Paris-Est Créteil, Clinical Epidemiology and Ageing, IMRB-UPEC/Inserm U955, Créteil 94000, France

Corresponding author : Professeur Elena Paillaud, Service de gériatrie, Hôpital européen Georges Pompidou, , Paris 75015, France ; elena.paillaud@aphp.fr

Adresses électroniques des autres auteurs

philippe.caillet@aphp.fr

catherine.conti@aphp.fr

soraya.mebarki@aphp.fr

Résumé /Abstract (250 mots)

Les soins de support en onco-gériatrie sont des soins indispensables qui sont à mettre en place dès le début du traitement du cancer. Plus que la quantité de vie, la qualité de vie est un objectif primordial lors du traitement du cancer chez le sujet âgé. Un dépistage de la fragilité des sujets âgés par le score G8 conduisant à une évaluation gériatrique multidimensionnelle doit être réalisé. Les 8 domaines de santé nécessitant une évaluation gériatrique approfondie sont l'environnement social, l'autonomie, la marche et l'équilibre, la cognition, l'état psychologique, la comorbidité et la polymédication, la nutrition et les troubles sensoriels. L'altération de ces domaines impactent le devenir du patient, sa qualité de vie et la tolérance du traitement. Un des enjeux majeurs est de maintenir l'autonomie du patient âgé, ce qui implique de préserver son état fonctionnel, neuropsychologique et nutritionnel. Des actions correctives pour chacun des domaines doivent être mises en place et sont à ajuster tout le long du parcours. Il est également important d'anticiper certains risques qui peuvent compromettre ou retarder la poursuite du traitement anti-tumoral tels que les chutes, le syndrome confusionnel, la décompensation d'organe, le risque iatrogénique et l'isolement social.

Mots-clés / Keywords: cancer, supportive care, geriatric assessment, older, frailty,

1_Introduction

La prise en charge des personnes âgées atteintes de cancer est devenue un enjeu de santé publique dans les pays occidentaux en raison du vieillissement de la population et de l'augmentation de l'incidence du cancer avec l'âge. Actuellement, en Europe, près d'un cancer sur deux et 2/3 des décès par cancer surviennent chez les sujets âgés de 70 ans et plus [1].

Il existe des difficultés propres à la prise en charge des patients âgés du fait de leur âge, de leur sous-représentation dans les essais thérapeutiques [2], de la tendance à un traitement sub-optimal et en raison de la sur-toxicité des traitements. De plus, cette prise en charge est rendue complexe du fait des fragilités associées à la maladie cancéreuse, du risque de perte d'autonomie, de dépendance et de décompensation d'organe au cours du traitement anti-tumoral. Il existe, en effet, une grande hétérogénéité de la population âgée en terme de réserves fonctionnelles, de comorbidités et d'autonomie.

Il est rapidement apparu la nécessité d'adapter la prise en charge des patients âgés atteints de cancer en fonction de leur fragilité, en faisant appel à la multidisciplinarité. L'Institut National du Cancer (INCa) a défini l'onco-gériatrie comme « *le rapprochement de deux spécialités : la cancérologie et la gériatrie. Cette pratique vise à garantir, à tout patient âgé atteint de cancer, un traitement adapté à son état grâce à une approche multidisciplinaire et multi-professionnelle* ». La prise en charge du sujet âgé atteint de cancer nécessite donc une approche globale de l'état de santé et un dépistage de la fragilité avant décision de traitement anti-tumoral. Elle impose une évaluation gériatrique (EG) pour les sujets âgés dépistés fragiles, et une prise en charge des comorbidités et syndromes gériatriques avant le traitement anti-cancer par la mise en place de soins de support spécifiques [3]. Enfin, elle nécessite un suivi personnalisé de ces sujets âgés fragiles et une adaptation des soins de support pendant toute la durée du traitement anti-tumoral. Des outils spécifiques et des parcours de soins ont été proposés pour aider à cette prise en charge du sujet âgé atteint de cancer [4-5].

2_La fragilité en onco-gériatrie

La fragilité a été définie par la société française de gériatrie et gérontologie (SFGG) comme étant un processus dynamique, potentiellement réversible qui « *reflète une diminution des capacités physiologiques de réserve, qui altère les mécanismes d'adaptation au stress. Son expression clinique est modulée par les comorbidités et des facteurs psychologiques, sociaux, économiques et comportementaux* » [6]. Ce concept, bien qu'évident cliniquement, n'a pas une définition opérationnelle consensuelle à ce jour. Il est la résultante du cumul du

vieillesse avec la diminution des réserves physiologiques, de la perte fonctionnelle et des pathologies.

La fragilité expose ainsi à une augmentation de la morbidité et de la mortalité avec notamment la survenue d'évènements indésirables, tels que les décompensations d'organes, les hospitalisations non programmées, la iatrogénie, la perte d'autonomie, les chutes et l'entrée en institution. La prise en charge des déterminants de la fragilité peut réduire ou retarder ses conséquences.

Plusieurs approches (phénotype de Fried de la fragilité physique ; indice cumulé de Rockwood de la fragilité globale) ont été proposées au cours du temps. Le modèle adopté en onco-gériatrie est une approche globale multi-domaine [7-8]. Ainsi, la fragilité est définie par l'altération d'au moins un des domaines gériatriques explorés lors de l'EG.

Des tests de dépistage de la fragilité des sujets âgés atteints de cancer ont été proposés, permettant de cibler la population vulnérable nécessitant une EGA. L'outil de dépistage recommandé en France par l'INCa est le score G8 [9-10]. Cet outil de dépistage de la fragilité en 8 questions a été développé dans une large population de sujets âgés français atteints de cancers solides et de lymphomes, et validé dans de larges cohortes indépendantes comprenant différents types de cancers. Son utilisation est simple et rapide, et ses performances diagnostiques sont acceptables.

3_L'évaluation gériatrique en oncogériatrie

Les patients âgés atteints de cancer dépistés « fragiles » par le G8 doivent avoir une évaluation gériatrique multidimensionnelle avant la décision de traitement de leur cancer. Cette EG réalise une évaluation globale et standardisée des problèmes de santé des patients âgés. Elle identifie les éléments de fragilités, souvent méconnus avant la prise en charge de la maladie cancéreuse, et guide les actions spécifiques correctives et préventives à mettre en œuvre.

L'EG évalue les domaines suivants : l'environnement social, l'autonomie, la marche et l'équilibre, la cognition, l'état psychologique, la comorbidité et la polymédication, la nutrition, les troubles sensoriels [11-12].

Pour chacun de ces domaines, des outils d'évaluation validés en population gériatrique générale, reproductibles, et secondairement étudiés dans la population âgée atteinte de cancer sont disponibles et ont été répertoriés par la Société Internationale d'Oncogériatrie (SIOG)[13]. Le tableau 1 présente les domaines et les principales échelles gériatriques utilisées lors de l'EG [5,13].

L'EG guide la mise en place des soins de support spécifiques. Les principaux soins de support mis en place concernent les domaines nutritionnels (70% des cas), sociaux (46%), psychologiques (36%), ou cognitifs (21%) [14]. Tout récemment, quatre essais randomisés contrôlés chez les sujets âgés atteints de cancer ont montré que la mise en place d'interventions guidées par l'EG ont permis une amélioration de la qualité de vie et une diminution de la toxicité des traitements systémiques, sans impact sur la survie [15].

La mise en place des interventions guidées par l'EG et le suivi des soins de support des patients âgés nécessitent une coordination ville hôpital optimum qui est une étape majeure et complexe en oncogériatrie. En effet cette coordination des soins fait intervenir à la fois l'aidant principal familial et une diversité d'intervenants en ville dans les différents champs sanitaire, social et médico-social. Ainsi parmi les intervenants, les infirmières à domicile, les auxiliaires de vie, les kinésithérapeutes, le pharmacien, les psychologues, et le médecin coordonnateur sont les professionnels le plus souvent sollicités. Cette coordination implique le médecin généraliste, qui a un rôle central mais également les réseaux ville-hôpital du territoire et l'hospitalisation à domicile. Les réseaux ville-hôpital souvent multidisciplinaire (gériatrie, oncologie, soins palliatifs), ont évolué récemment vers des Dispositifs d'Appui à la Coordination (DAC) issus de la fusion des différents dispositifs de coordination du territoire tels que les MAIA (Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'Aides et de soins dans le champ de l'autonomie) et les Plateformes Territoriales d'Appui (PTA). La connaissance de l'ensemble de ces structures d'appui à la coordination est essentielle et spécifique au sujet âgé malade.

4_ Soins de support dans le domaine nutritionnel

Les patients âgés atteints de cancer sont particulièrement exposés au risque de dénutrition qui varie de 10 à 80% suivant le type de cancer et le stade évolutif de la maladie lors de l'évaluation gériatrique avant la décision thérapeutique [16,17]. Les conséquences de la dénutrition dans cette population sont majeures : la dénutrition est un facteur indépendant associé à la modification du plan de traitement [14], à la mortalité précoce en cours de chimiothérapie [18], ou encore à la mortalité à un an [19].

Les actions de prise en charge nutritionnelle chez un patient âgé atteint de cancer sont présentées dans le tableau 2. Elles comprennent à la fois des mesures générales et des actions ciblées sur les causes et les facteurs de risque de dénutrition, nombreux et le plus souvent intriqués. Une prise en charge multimodale associant le support nutritionnel avec l'activité physique et un soutien psychologique est fortement conseillée [20, 21].

5_ Soins de support dans le domaine fonctionnel

Chez la personne âgée, la marche est une activité essentielle de la vie courante qui conditionne le niveau d'indépendance pour les activités de base et instrumentales de la vie quotidienne, et de ce fait le lieu de vie (domicile vs. institution gériatrique) ou encore les activités sociales. La marche est une fonction automatique mais fragile, qui s'altère rapidement chez les patients âgés sans entraînement, particulièrement en situation pathologique, et notamment au cours des cancers et/ou de leur traitement. Plus particulièrement la diminution de la vitesse de marche est associée à une augmentation des complications postopératoires et de la mortalité à 6 mois [22].

Les troubles de la marche et le risque de chute sont présents chez 35 à 55% des sujets âgés atteints de cancer [16,23]. Les chutes peuvent avoir des conséquences graves telles qu'un retard au traitement ou son interruption transitoire, avec pour conséquence un pronostic plus péjoratif [24,25]. Un dépistage précoce des troubles de la marche et du risque de chute est donc nécessaire avant tout traitement anti-tumoral. La prise en charge d'une personne âgée à risque de chute est multimodale, et son objectif principal est de limiter ce risque, ou de prévenir le risque de nouvelles chutes. Les actions spécifiques de prise en charge pour corriger les facteurs de risque des troubles de la marche et du risque de chute [26] sont présentées dans le tableau 3.

6_ Soins de support dans le domaine neuropsychologique

Près un tiers des sujets âgés atteints de cancer vus en consultation onco-gériatrique avant une modalité de traitement présentent une dépression [27]. La sémiologie de la dépression dans la population âgée atteinte de cancer est complexe, hétérogène et souvent trompeuse. La dépression est donc sous diagnostiquée et sous traitée. [28,29]. Elle est associée dans le contexte du cancer à un risque accru de complications post-opératoires, d'altération fonctionnelle et de la qualité de vie, à des hospitalisations non programmées, et à une diminution de la survie [12,30]. Il est donc important de dépister tout épisode dépressif par un interrogatoire approfondi. Les facteurs associés à la dépression chez le sujet âgé atteint de cancer, indépendamment du sexe et du stade métastatique, sont l'altération de la mobilité et de l'autonomie, un environnement social défavorable, une altération des fonctions cognitives, une comorbidité importante, la polymédication et la douleur [27]. La prise en charge doit donc tenir compte de la correction de ces facteurs. Elle inclue une psychothérapie de soutien par le médecin référent ou un psychologue, des conseils de mode de vie (respect du sommeil,

activité physique régulière, aides sociales, rapprochement familial) et si nécessaire un médicament antidépresseur dont le choix de la molécule chez les sujets âgés repose sur le profil de tolérance. De ce fait, les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine sont les antidépresseurs prescrits en première intention. Ils sont à débiter à petite dose avec augmentation progressive de la posologie. Ils nécessitent une surveillance clinique rapprochée en raison du risque accru d'effets indésirables chez le sujet âgé (hypotension orthostatique, chutes, hyponatrémie, syndrome confusionnel, troubles du sommeil et digestifs).

La prévalence des troubles cognitifs chez le sujet âgé atteint de cancer est mal évaluée. Elle varie de 6 à 40% selon les études [16]. La présence des troubles cognitifs est associée à un risque accru de toxicité des traitements anti-cancer, d'hospitalisations non programmées, et de mortalité [12,30,31], ou encore de syndrome confusionnel postopératoire ou au cours de la chimiothérapie [32]. Les autres facteurs prédisposant au syndrome confusionnel sont la dépression, les troubles du sommeil, la contention physique, les modifications du lieu de vie, les déficits sensoriels, la polymorbidité, la polymédication, la consommation ou le sevrage d'alcool ou de psychotropes, les médicaments à effet anticholinergiques et les opiacés [32]. Un dépistage précoce des troubles cognitifs et du risque de syndrome confusionnel est donc nécessaire avant un traitement anti-tumoral, en particulier avant la chirurgie. La prise en charge d'une personne âgée à risque de syndrome confusionnel est multimodale, et l'objectif principal est de limiter ce risque. En présence d'une confusion, les facteurs précipitants sont à rechercher. Toute pathologie aigüe ou stress socio-environnemental peut provoquer le syndrome confusionnel sur un terrain prédisposé. Des facteurs liés au cancer et ses traitements peuvent également être impliqués tels que la présence de métastases cérébrales, la survenue d'une encéphalopathie radique, et certaines chimiothérapies : méthotrexate, cisplatine, vincristine, procarbazine, asparaginase, cytarabine (cytosine arabinoside), 5-fluorouracil, ifosfamide, etoposide (haute dose), nitrosurée, agents alkylants (haute dose ou voie artérielle). Les actions à mettre en place pour prévenir ou traiter le syndrome confusionnel sont présentées dans tableau 4 [33].

Des problèmes éthiques se posent souvent en présence d'un cancer et d'une démence. La coexistence de ces deux pathologies graves complique la prise en charge et questionne sur l'information donnée au patient, son consentement, les objectifs de soins et l'intérêt des démarches diagnostiques et thérapeutiques.

7_Soins de support dans le domaine de la comorbidité

La comorbidité est fréquente chez le sujet âgé atteint de cancer : 25 à 80% des patients présentent 3 comorbidités significatives ou plus au moment de l'EGA [16]. Elle est un facteur indépendant associé à une mortalité accrue et à des hospitalisations non programmées [12]. Certaines pathologies sont à explorer plus particulièrement en raison de leurs relations étroites avec le traitement anti-tumoraux.

Ostéoporose

Le risque d'ostéoporose augmente avec l'âge (perte osseuse : entre 0,5% et 1% par an à partir de 50 ans environ quel que soit le sexe ; 3 à 5% par an chez la femme dans les 5 ans après la ménopause [34]). Le diagnostic d'ostéoporose est clinique (fracture sur un site ostéoporotique : extrémité supérieure du fémur, vertèbre, poignet), et/ou ostéodensitométrique (T-score \leq -2,5).

La conséquence majeure est le risque de fracture, particulièrement chez les patients à risque de chute (cf. ci-dessus) et/ou qui reçoivent ou ont reçu certains traitements : corticothérapie systémique \geq 7,5mg/j d'équivalent prednisone pendant 3 mois consécutifs ou plus, hormonothérapie prolongée par inhibiteur de l'aromatase (IA) ou par analogue de la GN-RH. Les patientes traitées par IA ont un taux de fractures 1,5 fois supérieur à celui observé chez les patientes traitées par tamoxifène [35], et 2 fois supérieur à celui observé chez des femmes ménopausées en bonne santé.

La prise en charge de l'ostéoporose repose sur :

- la prévention des chutes (cf. ci-dessus),
- l'arrêt de l'intoxication tabagique et/ou éthylique,
- la promotion d'une activité physique régulière adaptée aux capacités du patient,
- le recours à un traitement anti-ostéoporotique spécifique par bisphosphonates en première intention (contre-indications : débit de filtration glomérulaire $<$ 30 mL/min et/ou d'hypocalcémie), ou par denosumab en seconde intention ou en cas de contre-indications aux bisphosphonates (contre-indication : débit de filtration glomérulaire $<$ 15 mL/min et/ou d'hypocalcémie).
- Le traitement spécifique associe toujours une supplémentation vitamino-calcique selon les apports recommandés : 1g/j de calcium, et 800UI/j de vitamine D ; 100.000UI de vitamine D tous les 3 mois.

Chez les patients âgés atteints de cancer traités par hormonothérapie (IA ou analogue GNRH) et/ou corticothérapie au long cours, le traitement anti-ostéoporotique sera proposé en fonction

du pronostic global (espérance de vie attendue supérieure à un an) et de l'évolution de la pathologie tumorale sous traitement.

Insuffisance cardiaque

Chez le patient âgé atteint de cancer, la fréquence de l'insuffisance cardiaque (IC) est estimée entre 12 et 15% environ [13,18]. L'IC au cours du cancer est associée à une augmentation de la mortalité toute cause comparativement aux patients avec IC sans cancer, ou avec cancer sans IC. L'IC est également une complication de certains traitements anti-tumoraux : toxicité cumulative et non réversible des anthracyclines ou de la radiothérapie, dose-dépendante et réversible à l'arrêt du traitement par bortezomib, inhibiteur de tyrosine kinase, anti-HER2, ou bevacizumab [36,37].

La prise en charge thérapeutique de l'IC chez le sujet âgé cancéreux n'est pas spécifique. Elle repose d'abord par la prévention : optimisation des facteurs de risque cardiovasculaires souvent plus fréquents chez les malades âgés ; optimisation du traitement d'une IC préexistante ; recherche d'une IC préexistante et son traitement si nécessaire. La surveillance clinique étroite, et échocardiographique si nécessaire, permet une gestion précoce de la survenue d'une IC liée au traitement anti-tumoral grâce aux médicaments classiques de l'IC, au traitement des effets secondaires qui peuvent aggraver l'IC (hypertension secondaire aux thérapies ciblées), à l'adaptation du traitement anti-tumoral en cause si elle est possible, ou à l'arrêt définitif du traitement dans le cas contraire.

Anémie

L'anémie telle que défini par l'OMS ne dépend pas de l'âge chez l'adulte et correspond à un taux d'hémoglobine (Hb) inférieur à 12 g/dL pour la femme et 13 g/dL pour l'homme. C'est une pathologie fréquente chez le sujet âgé [38].

L'anémie chez le sujet âgé est un facteur indépendant de morbidité et de mortalité quelle qu'en soit la cause [39]. La présence d'une anémie est associée à une perte d'autonomie, au déclin cognitif, à l'augmentation des chutes et à la décompensation de comorbidité [40]. Elle a non seulement un impact important sur la qualité de vie des patients âgés, mais elle est également reconnue comme un facteur prédictif de toxicité à la chimiothérapie dans différents scores utilisés en onco-gériatrie [41,42].

En onco-gériatrie, les étiologies de l'anémie sont nombreuses et multifactorielles : anémies chimio-induites, anémies dues au cancer et anémies d'autres étiologies fréquente chez le sujet âgé qu'il faudra systématiquement rechercher (carence en vitamine B12 et/ou en folates, insuffisance rénale chronique sévère, dénutrition profonde, dysthyroïdie).

Au-delà du recours à la supplémentation ferrique par voie intraveineuse et de la prescription d'érythropoïétine, il faudra être vigilant à rechercher ces différentes étiologies afin de les corriger rapidement.

Le recours à la transfusion de concentrés globulaires est également possible en tenant compte du risque de surcharge volémique et de ses conséquences (OAP), notamment en cas d'insuffisance cardiaque. Les recommandations HAS 2014 précisent la nécessité de transfuser lentement, en prescrivant un concentré globulaire à la fois.

Insuffisance rénale

La fréquence de l'insuffisance rénale chronique est très élevée dans la population gériatrique avec une prévalence qui s'accroît avec l'âge [43]. Avant chaque initiation de traitement systémique, il faudra donc veiller à apprécier la fonction rénale en utilisant la formule la plus recommandée chez le sujet âgé pour estimer le débit de filtration glomérulaire, à savoir, la formule « Modification of the Diet in Renal Disease » (MDRD) mais également évaluer le statut hydrique, les comorbidités et la polymédication [44,45]. En effet, certains médicaments oncologiques nécessitent une adaptation posologique en fonction du débit de filtration glomérulaire, en particulier les médicaments à élimination rénale ou à marge thérapeutique étroite [42].

De plus, l'altération de la fonction rénale a été décrite comme un des facteurs prédictifs de non réalisation de la chimiothérapie [46] et elle est incluse dans un des scores prédictifs de toxicité de la chimiothérapie [41]. La société internationale d'onco-gériatrie (SIOG) préconise, au sein d'une même classe thérapeutique, l'utilisation des agents les moins néphrotoxiques, les moins susceptibles d'être influencés par la clairance rénale, ou pour lesquels des méthodes appropriées de prévention de la toxicité rénale existent. L'administration concomitante de plusieurs médicaments néphrotoxiques est également à éviter. [45]

Polymédication et iatrogénie

La iatrogénie médicamenteuse est fréquente en gériatrie du fait de la polymédication des sujets âgés et de la modification de la pharmacocinétique liée à l'âge. Le nombre de médicaments prescrites augmente avec l'âge [47]. Les patients âgés de plus de 65 ans atteints de cancer consomment en moyenne 4,4 médicaments différents par jour. Cette polymédication a de nombreux impacts tels que la mauvaise observance, la survenue d'effets indésirables ou d'interactions médicamenteuses, mais également une augmentation des hospitalisations, des passages aux urgences ou du risque de chute ou de fracture [48]. Il est

important de réévaluer fréquemment la pertinence des médicaments en arrêtant les médicaments potentiellement inappropriés dont le rapport bénéfice/risque est défavorable ou dont l'efficacité est discutée. Il est possible de s'aider d'outil simple tel que le STOPP/START ou d'échelle identifiant les médicaments potentiellement inappropriés chez la personne âgée comme les critères de BEARS où la liste française de LAROCHE. Un interrogatoire approfondi de tous les médicaments délivrés avec ou sans ordonnance, sans oublier les plantes médicinales est également recommandé. [49,50]

Des programmes de conciliation médicamenteuse et de consultation pharmaceutique avec l'intervention d'un pharmacien formé sont également préconisées afin de garantir la qualité de la prise en charge médicamenteuse et d'apporter des conseils pour la prévention du risque de la iatrogénie. [51,52]. Enfin des programmes d'éducation thérapeutiques adaptés au sujet âgé permettent de mieux comprendre la maladie cancéreuse et son traitement et contribue à limiter la iatrogénie et à améliorer la qualité de vie.

8_ Soins de support dans le domaine social

Le soutien social, tel qu'il est défini par le National Cancer Institute (NCI), est « *un réseau de famille, d'amis, de voisins et de membres de la communauté qui est disponible en cas de besoin pour fournir une aide psychologique, physique et financière aux patients atteints de cancer* ».

Le soutien social a un impact direct sur la santé physique, l'adaptation émotionnelle, le bien-être et la survie globale des patients atteints de cancer [53]. Les personnes âgées sont à haut risque de vulnérabilité sociale. En effet, elles subissent une réduction de leur réseau de soutien social, au cours du temps, en raison d'événements de la vie, comme le veuvage et la retraite. Cela peut conduire à l'isolement et à la solitude, et exacerber la réponse émotionnelle au cancer. De plus, les personnes âgées ont des maladies chroniques, et sont à risque d'altérations des fonctions physiques et cognitives, ce qui diminue leur capacité adaptative à faire face à la maladie cancéreuse et à son traitement, et accroît leurs besoins d'aides sociales [54]. Il est donc impératif de discuter avec le patient la mise en place des soins de support dans le domaine social tout au long de la maladie cancéreuse en proposant une intervention du réseau de soins au domicile, une aide au transport, une auxiliaire de vie, un soutien psychologique au patient et à l'aidant principal, un groupe de parole, des activités diverses physiques et spirituelles. [21]

L'aidant principal a un rôle essentiel dans la prise en charge du cancer chez le sujet âgé. En effet, il contribue à la faisabilité, à l'adhérence, à la tolérance et à la surveillance du traitement

anti-tumoral. Enfin la personne de confiance peut aider à replacer le patient au centre de la décision et du projet de soins en favorisant sa compréhension et son consentement.

En conclusion

Les soins de support en oncogériatrie sont essentiels, ils permettent d'assurer une meilleure tolérance et d'optimiser l'observance du traitement anti-tumoral. Pour chacun d'entre eux, il existe des particularités gériatriques. Une évaluation gériatrique pour les sujets âgés dépistés fragiles par le G8, et une prise en charge des éléments de fragilité avant le traitement anti-cancer dans les domaines suivants : l'environnement social, l'autonomie, la marche et l'équilibre, la cognition, l'état psychologique, la comorbidité, la polymédication, la nutrition et les troubles sensoriels par la mise en place de soins de support spécifiques est indispensable.

Références

- [1] Surveillance, Epidemiology and End Results: SEER Cancer Statistics Review. 2009–2016 ; 2016 <https://seer.cancer.gov/statfacts/html/all.html>. Accessed date: 12 July 2016.
- [2] Canouï-Poitrine F, Lièvre A, Dayde F, Lopez-Trabada-Ataz D, Baumgaertner I, Dubreuil O et al. Inclusion of Older Patients with Cancer in Clinical Trials: The SAGE Prospective Multicenter Cohort Survey. *Oncologist*. 2019;24:e1351-59.
- [3] Caillet P, Pamoukdjian F, Obraztsova A, Paillaud E. Comprehensive Geriatric Assessment in Cancer Patients In: Pilotto A, Finbarr M, Ed. *Comprehensive Geriatric Assessment*. Springer International;2017:111-21.
- [4] Pamoukdjian F, Liuu E, Caillet P, Herbaud S, Gisselbrecht M, Poisson J et al. *Am J Clin Oncol*. 2019;42:109-16
- [5] Pamoukdjian F, Liuu E, Caillet P, Gisselbrecht M, Herbaud S, Boudou-Rouquette P, Zelek L, Paillaud E.[Geriatric assessment and prognostic scores in older cancer patient: Additional support to the therapeutic decision?]. *Bull Cancer*. 2017 Nov;104(11):946-955.
- [6] Rolland Y, Benetos A, Gentric A, Ankri A, Blanchard F, Bonnefoy M. et al. La fragilité de la personne âgée : un consensus bref de la Société française de gériatrie et gérontologie. *Geriatric et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillissement* 2011;9(4):387-90.
- [7] Balducci L, Beghe C. The application of the principles of geriatrics to the management of the older person with cancer. *Crit Rev Oncol Hematol*. 2000 Sep;35(3):147-54
- [8] Ferrat E, Paillaud E, Caillet P, Laurent M, Tournigand C, Lagrange JL, Droz JP, Balducci L, Audureau E, Canouï-Poitrine F, Bastuji-Garin S. Performance of Four Frailty Classifications in Older Patients With Cancer: Prospective Elderly Cancer Patients Cohort Study. *J Clin Oncol*. 2017 Mar;35(7):766-777.
- [9] Soubeyran P, Bellera C, Goyard J, Heitz D, Curé H, Rousselot H et al. Screening for vulnerability in older cancer patients: the ONCODAGE Prospective Multicenter Cohort Study. *PLoS One*. 2014;9:e115060.
- [10] Sabbagh C, Cosse C, Fournier R, Carola E, Chauffert B, Dumesnil R, Regimbeau JM. The use of the G8 score for the patient of more than 75years old in digestive surgery for cancer]. *Bull Cancer*. 2016 Oct;103(10):896-897.
- [11] Helissey C, Geiss R, Baldini C, Noret A, Frelaut M, Rodrigues M, Bringuier M. [Why and how to assess older people with cancer?]. *Bull Cancer*. 2021 May;108(5):513-520. doi: 10.1016/j.bulcan.2021.01.011. Epub 2021 Apr 6.

- [12] Rostoft S, O'Donovan A, Soubeyran P, Alibhai SMH, Hamaker ME. Geriatric Assessment and Management in Cancer. *J Clin Oncol*. 2021 Jul 1;39(19):2058-2067.
- [13] Wildiers H, Heeren P, Puts M, Topinkova E, Janssen-Heijnen ML, Extermann M al. International Society of Geriatric Oncology consensus on geriatric assessment in older patients with cancer. *J Clin Oncol*. 2014 Aug 20;32(24):2595-603.
- [14] Caillet P, Canoui-Poitrine F, Vouriot J, Berle M, Reinald N, Krypciak S et al. Comprehensive geriatric assessment in the decision-making process in elderly patients with cancer: ELCAPA Study. *J Clin Oncol*. 2011; 29: 3636-42
- [15] Soto-Perez-de-Celis E, Aapro M, Muss H ASCO 2020: The Geriatric Assessment Comes of Age. *Oncologist*. 2020 Nov;25(11):909-912
- [16] Caillet P, Laurent M, Bastuji-Garin S, Liuu E, Culine S, Lagrange JL, et al. Optimal management of elderly cancer patients: usefulness of the Comprehensive Geriatric Assessment. *Clin Interv Aging* 2014;9:1645-60
- [17] D'Aalmeida CA, Peres WAF, De Pinho NB, Martucci RB, Rodrigues VD, Ramalho A. Prevalence of malnutrition in older hospitalized cancer Patients: a multicenter and multiregional study. *J Nutr Health Aging* 2020;24:166-71
- [18] Soubeyran P, Fonck M, Blanc-Bisson C, Blanc JF, Ceccaldi J, Mertens C, et al. Predictors of early death risk in older patients treated with first-line chemotherapy for cancer. *J Clin Oncol* 2012;30:1829-34
- [19] Ferrat E, Paillaud E, Laurent M, Le Thuaut A, Caillet P, Tournigand C, et al. Predictors of 1-year mortality in a prospective cohort of elderly patients with cancer. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2015;70:1148-55.
- [20] Arends J, Strasser F, Gonella S, Solheim TS, Madeddu C, Ravasco P et al ; ESMO Guidelines Committee. Electronic address: clinicalguidelines@esmo.org. Cancer cachexia in adult patients: ESMO Clinical Practice Guidelines☆. *ESMO Open*. 2021 Jun;6(3):100092.
- [21] Mohile SG, Dale W, Somerfield MR, Schonberg MA, Boyd CM, Burhenn PS et al. Practical Assessment and Management of Vulnerabilities in Older Patients Receiving Chemotherapy: ASCO Guideline for Geriatric Oncology. *J Clin Oncol*. 2018;36:2326-47.
- [22] Pamoukdjian F, Lévy V, Sebbane G, Boubaya M, Landre T, Bloch-Queyrat C, et al. Slow gait speed is an independent predictor of early death in older cancer outpatients: results from a prospective cohort study. *J Nutr Health Aging* 2017;21(2):202-06
- [23] Pandya C, Magnuson A, Flannery M, Zittel J, Duberstein P, Loh KP. Association between symptom burden and physical function in older patients with cancer. *J Am Geriatr Soc* 2019;67:998-1004

- [24] Sattar S, Alibhai SMH, Spoelstra SL, Puts MTE. The assessment, management, and reporting of falls, and the impact of falls on cancer treatment in community-dwelling older patients receiving cancer treatment: Results from a mixed-methods study. *J Geriatr Oncol* 2019;10(1):98-104
- [25] Bruijnen CP van Harten-Krouwel DG, Koldenhof JJ, Emmelot-Vonk MH, Witteveen PO. Predictive value of each geriatric assessment domain for older patients with cancer: A systematic review. *J Geriatr Oncol* 2019;10:859-73
- [26] Wildes TM, Dua P, Fowler SA, Miller JP, Carpenter CR, Avidan MS, et al. Systematic review of falls in older adults with cancer. *J Geriatr Oncol* 2015;6:70-83
- [27] Canoui-Poittrine F, Reinald N, Laurent M, Guery E, Caillet P, David JP et al ; ELCAPA Study Group. Geriatric assessment findings independently associated with clinical depression in 1092 older patients with cancer: the ELCAPA Cohort Study. *Psychooncology*. 2016 Jan;25(1):104-11
- [28] Saracino RM, Rosenfeld B, Nelson CJ. Towards a new conceptualization of depression in older adult cancer patients: A review of the literature. *Aging Ment Health* 2016;20:123042
- [29] Gouraud C, Paillaud E, Martinez- Tapia C, Segaux L, Reinald N, Laurent M et al. Depressive Symptom Profiles and Survival in Older Patients with Cancer: Latent Class Analysis of the ELCAPA Cohort Study. *Oncologist*. 2019; 24(7): e458-66.
- [30] Aparicio T, Jouve JL, Teillet L, Gargot D, Subtil F, Le Brun-Ly V et al. Geriatric factors predict chemotherapy feasibility: ancillary results of FFCD 2001-02 phase III study in first-line chemotherapy for metastatic colorectal cancer in elderly patients. *J Clin Oncol*. 2013 10;31:1464-70
- [31] Antoine V, Courtial M, de Wazieres B, Di Castri A, Duvjnak S, Geronimi L, Labarias C, Le Guillou C, Martin-Allier A, Matelot D, Moitrelle C, Santoni F, Solinas G, Viala M. [Cognitive decline in geriatric oncology: Trends, evaluation and treatment]. *Bull Cancer*. 2018 Jul-Aug;105(7-8):720-734.
- [32] Jung P, Puts M, Frankel N, Syed AT, Alam Z, Yeung L et al: Delirium incidence, risk factors, and treatments in older adults receiving chemotherapy: A systematic review and metaanalysis. *J Geriatr Oncol* 2021;12:352-60
- [33] Bush SH, Lawlor PG, Ryan K, Centeno C, Lucchesi M, Kanji S et al. ESMO Guidelines Committee. Delirium in adult cancer patients: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Ann Oncol*. 2018 ;29(Suppl 4):iv143-65
- [34] VanderWalde A, Hurria A. Aging and osteoporosis in breast and prostate cancer. *CA Cancer J Clin* 2011;61:139–156

- [35] Coleman RE, Banks LM, Girgis SI et al. Skeletal effects of exemestane on bonemineral density, bone biomarkers, and fracture incidence in postmenopausal women with early breast cancer participating in the Intergroup Exemestane Study (IES): a randomised controlled study. *Lancet Oncol* 2007;8 :119-27
- [36] Abdel-Qadir H, Amir E, Thavendiranathan P. Prévention, detection, and management of chemotherapy-related cardiac dysfunction. *Can J Cardiol* 2016;32:891-9
- [37] Totzeck M, Schuler M, Stuschke M, Heuschd G, Rassaf T. Cardio-oncology - strategies for management of cancer-therapy related cardiovascular disease. *Int J Cardiol* 2019;280:163-75
- [38] Patel KV. Epidemiology of anemia in older adults. *Semin Hematol.* 2008;45:210-7.
- [39] Izaks GJ, Westendorp RG, Knook DL. The definition of anemia in older persons. *JAMA.* 1999; 281:1714–1717
- [40] Culleton BF, Manns BJ, Zhang J, Tonelli M, Klarenbach S, Hemmelgarn BR. Impact of anemia on hospitalization and mortality in older adults. *Blood.* 2006 May 15;107(10):3841-6
- [41] Hurria A, Togawa K, Mohile SG, Owusu C, Klepin HD, Gross CP et al. Predicting chemotherapy toxicity in older adults with cancer: a prospective multicenter study. *J Clin Oncol.* 2011;29:3457-65.
- [42] Extermann M, Boler I, Reich RR, Lyman GH, Brown RH, DeFelice J et al: Predicting the risk of chemotherapy toxicity in older patients: The Chemotherapy Risk Assessment Scale for High-age patients (CRASH) score. *Cancer* 2012 ;118:3377-86.
- [43] Swedko PJ, Clark HD, Paramsothy K, Akbari A. Serum creatinine is an inadequate screening test for renal failure in elderly patients. *Arch Intern Med* 2003; 163 (3): 356–60
- [44] Levey AS, Bosch JP, Lewis JB et al. A more accurate method to estimate glomerular filtration rate from serum creatinine: a new prediction equation. Modification of Diet in Renal Disease Study Group. *Ann Intern Med* 1999; 130: 461–470
- [45] Lichtman SM, Wildiers H, Launay-Vacher V, Steer C, Chatelut E, Aapro M. International Society of Geriatric Oncology (SIOG) recommendations for the adjustment of dosing in elderly cancer patients with renal insufficiency. *Eur J Cancer* 2007; 43 (1): 14–34
- [46] Laurent M, Paillaud E, Tournigand C, Caillet P, Le Thuaut A, Lagrange JL et al. Assessment of solid cancer treatment feasibility in older patients: A prospective cohort study. *Oncologist.* 2014; 19: 275- 82.
- [47] Gandhi TK, Weingart SN, Borus J, Seger AC, Peterson J, Burdick E, et al. Adverse drug events in ambulatory care. *N Engl J Med* 2003 ; 348 (16): 1556-64

- [48] Nightingale G, Skonecki E, Boparai MK. The Impact of Polypharmacy on Patient Outcomes in Older Adults With Cancer. *Cancer J*. 2017;23:211-218.
- [49] Delafuente JC. Understanding and preventing drug interactions in elderly patients. *Crit Rev Oncol Hematol* 2003 ; 48: 133-43
- [50] Zhan C, Sangl J, Bierman AS, Miller MR, Friedman B, Wickizer SW, et al. Potentially inappropriate medication use in the community-dwelling elderly: findings from the 1996 Medical Expenditure Panel Survey. *JAMA* 2001 ; 286: 2823-9
- [51] Nipp RD, Ruddy M, Fuh CX, Zangardi ML, Chio C, Kim EB et al. Pilot randomized trial of a pharmacy intervention for older adults with cancer. *Oncologist*. 2019;24:211-18.
- [52] Deliens C, Deliens G, Filleul O, Pepersack T, Awada A, Piccart M et al. Drugs prescribed for patients hospitalized in a geriatric oncology unit: Potentially inappropriate medications and impact of a clinical pharmacist. *J Geriatr Oncol*. 2016 Nov;7(6):463-470.
- [53] Kadambi S, Soto-Perez-de-Celis E, Garg T, Loh KP, Krok-Schoen JL, Battisti NML et al. Social support for older adults with cancer: Young International Society of Geriatric Oncology review paper. *J Geriatr Oncol*. 2020;11:217-224
- [54] Robb C, Lee A, Jacobsen P, Dobbin KK, Extermann M. Health and personal resources in older patients with cancer undergoing chemotherapy. *J Geriatr Oncol* 2013;4: 166–73.

Tableau 1. Les domaines et outils utilisés de l'évaluation gériatrique approfondie (EGA).

Domaines	Outils d'évaluation
Environnement social	- Questions simples sur isolement social - MOSSSS
Autonomie	- AGGIR - ADL - IADL
Comorbidités	- CIRS-G - Index de Charlson
Polymédication	- Nombre de molécules prises par jour - Critères de Beers
Mobilité et risque de chute	- Nombre de chutes lors des 6 derniers mois - Test d'appui unipodal - Tests de marche (TGUG, SPPB, Vitesse de marche sur 4 m)
Etat nutritionnel	- Perte de poids dans les 3 ou 6 derniers mois - IMC - MNA-SF, MNA
Etat psychologique	- GDS - HADS
Cognition	- MMSE - Test de l'horloge - Rappel des 3 ou 5 mots - SPMSQ - CAM (syndrome confusionnel)
Troubles sensoriels	- Vision - Audition

Abréviations : MOSSSS : medical outcomes study social support survey ; AGGIR : autonomie gérontologie groupe iso-ressources ; ADL : activity of daily living ; IADL : instrumental activity of daily living ; CIRS-G : cumulative illness rating scale for geriatrics ; TGUG : timed get up and go test ; SPPB : short physical performance battery ; IMC : indice de masse corporelle ; MNA-SF : mini nutritional assessment short form ; MNA : mini nutritional assessment ; GDS : geriatric depression scale ; HADS : hospitalized anxiety and depression scale ; MMSE : mini mental state examination ; SPMSQ : short portable mental status ; CAM : confusion assessment method.

Tableau 2. Prise en charge nutritionnelle chez le patient âgé atteint de cancer.

Actions générales de la prise en charge nutritionnelle	
<ul style="list-style-type: none"> • Prise en charge multimodale associant activité physique et soutien psychologique. • Augmentation des apports en situation d'hypercatabolisme : <ul style="list-style-type: none"> - énergétiques (35 à 40 kCal/kg/j), - protéiques (1,5 à 2 g/kg/j), - hydriques (35 à 45 mL/kg/j, plus 0,3 à 0,5 L par degré supplémentaire au-dessus de 37°C en cas de fièvre). • Conseils hygiéno-diététiques : fractionnement des repas (quantités plus petites et répétées tout au long de la journée) ; alimentation enrichie par des aliments à haute valeur protéino-énergétique et n'augmentant pas significativement le volume des ingesta (crème fraîche, gruyère râpé, viande mixée) ; adaptation des textures alimentaires en cas de troubles de la déglutition ou de problème bucco-dentaires ; maintien d'une activité physique régulière adaptée. • Recours à l'alimentation artificielle en cas d'apports protéino-énergétiques insuffisants : <ul style="list-style-type: none"> - Compléments nutritionnels oraux (CNO), proposés au mieux en collations, à distance des repas, en tenant compte de goût et des aversions du patient. - Alimentation entérale administrée soit par une sonde nasogastrique (durée prévisible courte), soit par une gastrostomie percutanée (durée prévisible longue ou impossibilité d'alimentation orale). - Alimentation parentérale par voie veineuse centrale, peu recommandée chez le sujet âgé : risque élevé d'infection, d'hypervolémie et de troubles hydroélectrolytiques. 	
Actions ciblées en fonction des facteurs de risque de dénutrition	
Dépendance pour les activités de vie quotidiennes	<ul style="list-style-type: none"> • Mise en place d'aides humaines (aide-ménagère) pour les courses, la préparation des repas ou une aide à l'alimentation. • Portage des repas.
Régimes restrictifs (sans sel, diabétique strict, hypolipémiant)	Réévaluer l'indication d'un régime, ou adaptation des objectifs en fonction du pronostic global de la maladie et des traitements.
Polymédication	Réévaluation de l'indication des médicaments habituels, particulièrement ceux pouvant être responsable d'altération du goût ou d'une hypoasilie
Conditions liées à la pathologie cancéreuse : - Type de cancer : tumeur ORL, de l'œsophage, de l'estomac, du pancréas - Evolution (carcinose péritonéale responsable d'un ralentissement du transit voire d'une sub-occlusion)	<ul style="list-style-type: none"> • Traitement spécifique du cancer • Traitements symptomatiques des conséquences évolutives du cancer
Toxicité des traitements anti-tumoraux (nausée et vomissements principalement ; diarrhées ou au contraire constipation ; mucites)	Traitements symptomatiques : - antiémétiques, des troubles du transit, - d'une mucite, - d'une mycose oro-pharyngée associée à une mucite.
Situations d'hypercatabolisme : infection, lyse tumorale, processus de cicatrisation (postopératoire, fracture, escarre)	Traitement(s) étiologique(s) adapté(s).
Facteurs socio-environnementaux : isolement social, ressources financières limitées, hospitalisation	Evaluation sociale pour mise en place d'aides financières et humaines.
Troubles cognitifs et/ou thymiques	<ul style="list-style-type: none"> • Traitement d'un syndrome confusionnel • Traitement antidépresseur
Troubles de la déglutition	<ul style="list-style-type: none"> • Bonne hygiène bucco-dentaire • Vérifier l'adaptation des prothèses dentaires • Adaptation des textures alimentaires
Douleur, quelle que soit sa localisation	Traitement antalgique adapté à la tolérance et à l'efficacité

Tableau 3. Prise en charge des troubles de la marche et/ou du risque de chute en fonction des facteurs de risque identifiés chez le patient âgé atteint de cancer.

Facteurs de risque des troubles de la marche et/ou de chute	Actions correctives proposées
Troubles de la marche et de l'équilibre connus et/ou antécédents de chutes	<ul style="list-style-type: none"> • Kinésithérapie adaptée à la situation du patient : <ul style="list-style-type: none"> - rééducation motrice avec travail de l'équilibre postural statique et dynamique - renforcement musculaire des membres inférieurs - apprentissage du relevé du sol si possible • Pratique régulière de la marche et/ou de toute activité physique au moins 30 minutes par jour [
Aide technique à la marche	Kinésithérapie pour s'assurer de la bonne utilisation d'une canne ou d'un déambulateur
Syndrome post-chute	Prise en charge pluridisciplinaire (le plus souvent en hospitalisation) : kinésithérapie, psychothérapie
Iatrogénie : - polymédication (> 4 molécules/j) - certaines classes pharmacologiques : tous les psychotropes, les médicaments à effet anticholinergique, les hypotenseurs, les antiarythmiques, les opioïdes	<ul style="list-style-type: none"> • Réévaluation des médicaments habituels, particulièrement en cas de polymédication : <ul style="list-style-type: none"> - indication : arrêt des traitements inutiles - adaptation des posologies - repérer les interactions médicamenteuses potentielles au sein de traitement habituel et/ou avec les traitements anti-tumoraux (conciliation médicamenteuse) • Adaptation / titration progressive des traitements antalgiques opiacés chez le malade âgé
Perte d'autonomie (ADL et/ou IADL)	<ul style="list-style-type: none"> • Mise en place d'aides humaines (aide-ménagère, auxiliaire de vie) pour pallier les déficiences • Kinésithérapie de prévention du déconditionnement physique
Déclin cognitif	<ul style="list-style-type: none"> • Délivrance des traitements sous contrôle infirmier • Mise en place d'aides humaines (aide-ménagère, auxiliaire de vie) pour pallier les déficiences, accompagner le patient et limiter les situations de mise en danger
Syndrome dépressif et/ou traitement antidépresseur	<ul style="list-style-type: none"> • Suivi et soutien psychologique • Surveillance des effets secondaires des traitements antidépresseurs (hyponatrémie sous IRS, hypotension orthostatique, sédation)
Dénutrition protéino-énergétique et/ou sarcopénie	<ul style="list-style-type: none"> • Prise en charge nutritionnelle (cf. paragraphe ci-dessous) • Activité physique adaptée
Baisse de l'acuité visuelle et/ou hypoacousie	<ul style="list-style-type: none"> • Adaptation des corrections visuelles et/ou auditives • Bon éclairage du domicile
Facteurs environnementaux : mauvais chaussage ; sol glissant ou humide (salle de bain, cuisine), ou irrégulier (tapis) ; hauteur inadaptée d'un fauteuil, d'un lit, des toilettes ; éclairage insuffisant ; Entraves à l'autonomie	<ul style="list-style-type: none"> • Chaussage adapté (chaussures fermées, prenant le talon) • Tapis antidérapants, fixés au sol, adaptation de l'éclairage • Adaptation du mobilier et recours à du matériel médicalisé (chaise percée) • En hospitalisation, limiter les perfusions continues et les sondes susceptibles d'entraver l'autonomie
Comorbidités :	<ul style="list-style-type: none"> • Adaptation des traitements cardiovasculaires • Recherche d'hypotension orthostatique : adaptation des traitements potentiellement responsables ; contention veineuse • Adaptation des traitements néphrotoxiques et prévention de la déshydratation • Prise en charge de la confusion (cf. paragraphe ci-dessous) • Traitements des troubles métaboliques • Traitement de l'anémie (cf. paragraphe ci-dessous)
Conditions liées à la pathologie cancéreuse : - tumeur cérébrale primitive ou secondaire	<ul style="list-style-type: none"> • Traitement anti-tumoral pour obtenir le contrôle de la maladie • Radiothérapie stéréotaxique symptomatique (antalgique et/ou décompressive) en privilégiant les schémas thérapeutiques courts et adaptés à l'état général du patient

<ul style="list-style-type: none"> - tumeurs au stade métastatique métastases osseuses, compression médullaire métastatique - symptômes liés au cancer et/ou à son traitement : asthénie, douleurs, anémie - neuropathies paranéoplasiques 	<ul style="list-style-type: none"> • Traitements antalgiques (cf. chapitre) avec une surveillance rapprochée de la tolérance des opiacés chez le patient âgé • Kinésithérapie antalgique et de prévention du déconditionnement physique
<p>Chimiothérapies et nombre de cycles contenant des traitements neurotoxiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> - toxicité centrale (confusion, somnolence, ataxie, troubles de la vision, troubles de l'audition, myalgies, hypotension) - neuropathies périphériques responsables d'hypoesthésie et de paresthésies (taxanes (paclitaxel, docetaxel), sels de platine (oxaliplatine, cisplatine), alcaloïdes (vincristine, vinblastine), thérapies ciblées (thalidomide, lénalidomide, bortézomib) 	<ul style="list-style-type: none"> • Adaptation de la posologie ou interruption des traitements anti-tumoraux neurotoxiques dès l'apparition des signes de neurotoxicité, en particulier avec les molécules dont la neurotoxicité n'est pas réversible à l'arrêt du traitement (cisplatine, thalidomide, lénalidomide) • Privilégier les anti-tumoraux non neurotoxique lorsque cela est possible, particulièrement en cas de neuropathie préexistante

Tableau 4. Actions à mettre en place devant un syndrome confusionnel.

1. Enquête étiologique	Facteurs prédisposants et précipitants	Vérifier les nouvelles prescriptions / arrêts médicamenteux	Ne maintenir que les médicaments indispensables
2. Examen clinique complet	Recherche des facteurs précipitants	Température, pression artérielle, fréquence cardiaque, fréquence respiratoire, saturation, douleur, recherche globe urinaire, toucher rectal, ECG	
3. Examens para-cliniques	Biologie : NFS, ionogramme sanguin, urée, créatine, calcémie, TSH, glycémie, CRP	TDM cérébrale si : - signes de localisation neurologique - suspicion d'hémorragie méningée - traumatisme crânien - bilan de première intention négatif	Ponction lombaire et EEG si clinique évocateur, ou biologie et TDM normaux
4. Correction en urgence des facteurs précipitants	<ul style="list-style-type: none"> • Cause iatrogénique (introduction ou sevrage médicaments) • Infections • Troubles hydro-électrolytiques : hypo, hypernatrémie, hypercalcémie, déshydratation • Ischémie cérébrale ou cardiaque • Toute décompensation aiguë d'organe : insuffisance cardiaque, rénale, hépatique, respiratoire, encéphalopathie • Rétention aiguë d'urine, le fécalome • Douleur • Épilepsie partielle complexe • Complications chirurgicales, l'hémorragie 		
5. Mesures non médicamenteuses	<ul style="list-style-type: none"> • Adaptation de l'environnement du patient : réassurance du patient, atmosphère calme, orientation régulière du patient dans le temps, langage apaisant avec mots simples, éviter les changements de chambre, chambre seule • Mettre les appareil auditifs, lunettes • Minimiser isolement social : intégrer la famille (présence, photo...) • Améliorer le sommeil : minimiser les bruits nocturnes, respecter la pénombre de nuit et l'éclairage de la chambre de jour • Stimuler la journée, faire marcher, faire de la kinésithérapie, • Prévention des chutes, mettre un matelas au sol si risque de chute • Éviter les contraintes et attaches : supprimer voie veineuse, drain, sonde urinaire, sonde nasogastrique, pas de contention physique, • Surveiller transit et diurèse, favoriser alimentation orale et l'hydratation • Former le personnel soignant et prévenir la famille du risque • avis gériatrique/hospitalisation en gériatrie 		
6. Traitements	<ul style="list-style-type: none"> • Si agitation prédominante : neuroleptique sédatif atypique type halopéridol • Si anxiété importante : patient agité et résistant aux mesure de réassurance, privilégier l'utilisation de benzodiazépine à courte demi-vie (oxazépam 5mg/4h, alprazolam 0,25mg/4h si besoin). • Dans tous les cas monothérapie 24-48h • Réévaluation régulière de la tolérance et de l'indication 		
7. Surveillance des complications	<ul style="list-style-type: none"> • Déshydratation • Perte d'autonomie • Chutes, fractures 	<ul style="list-style-type: none"> • Dénutrition • Constipation • Rétention aiguë d'urine 	
8. Suivi au long cours	<ul style="list-style-type: none"> • Récupération : quelques jours à quelques semaines • Si pas de troubles cognitifs connus, réaliser entre 3 et 6 mois après un dépistage par MMSE ± bilan neurocognitif complet 		