

# CENTRE HOSPITALIER DE LA BASSE TERRE

## PARCOURS ET EVALUATION ONCOGERIATRIQUE

Expérience de l'Hôpital de Jour

Dr Marie LE PAULHIAC





# HISTORIQUE DE LA GERIATRIE AU CHBT

- 2016 EQUIPE MOBILE DE GERIATRIE ET CONSULTATION

COMPOSEE 1 ETP GERIATRE /1ETP IDE/0,5 ETP ERGOTHERAPEUTE / 0,5ETP SECRETARIAT

- 2022 CREATION DU COURT SEJOUR GERIATRIQUE

10 Lits : 2,5 ETP praticiens / 0,5ETP secrétariat/ 0,5 ETP ergothérapeute/ Equipe paramédicale/ Temps dédiés auxiliaires paramédicaux (kiné,psychologue,assistante sociale,dieteticiennes)

Localisation du CSG à proximité de HDJ oncologie a conduit à une forte collaboration entre les 2 équipes tant sur le plan médical que sur le plan paramédical

Participation systématique de l'oncogériatre aux RCP bi-hebdomadaire

# HDJ ONCOGERIATRIQUE / HDJ GERIATRIQUE

- Evaluation Gériatrique et onco gériatrique complexe
  - Possibilité d'avoir 2 places en accord avec le responsable Oncologue

Moyens humains existants avec interventions de l'équipe mobile de gériatrie

Plateau technique permet programmation des examens complémentaires et des avis de spécialistes au lit du patient / EMSP
- Evolution de l'activité en HDJ Gériatrie/Onco Gériatrie
  - 2022 : 19 HDJ réalisés
  - 2023 : 31 HDJ réalisés
  - 2024 : 87 HDJ réalisés
  - 2025 : 148 HDJ réalisés

# Principes de l'Hôpital de Jour

- Médecin coordonnateur de l'Hôpital de Jour
- Au moins 2 intervenants paramédicaux ou avis spécialisés
- Examens paracliniques Imagerie, ECG et autres

La validation pour un HDJ comporte 4 intervenants au moins (en dehors du médecin coordonnateur et biologie ...)

# Programmation des HDJ

## Praticien Onco gériatre coordonnateur et secrétariat ++ /EMG

- Praticien: HDJ programmé à environ de 2 semaines à 1 mois de la demande  
Au vu du dossier: demande anticipée des examens paracliniques ou avis spécialisé –intervenant paramédicaux
- Secrétariat: Coordination avec confirmation des RDV
- Les Interventions en HDJ Oncogeriatrique
  - Geriatrie : IDE EMG, Ergothérapeute, diététicienne ,psychologue Oncogeriatre  
Assistante Sociale
  - Oncologie : Cs d'anesthésiste, chirurgien viscéral, onco –hématologue, Gynécologue,oncologue, Soins palliatifs , Radiologie (scanner et IRM) cardiologie
  - IDE HDJ : Biologie, ECG, Poids,paramètres

# Parcours de soins Oncogériatriques

L'évaluation oncogériatrique complexe nécessitant un HDJ oncogériatrique repose sur le praticien Onco gériatre en relation directe avec l'oncologue ou le spécialiste ou le médecin traitant

- Evaluation oncogériatrique préopératoire
- Evaluation préthérapeutique avant présentation dossier RCP
- Suivi Onco gériatrique complexe

les demandes émanent des Médecins traitants, spécialistes CHBT et CHU, RCP et Cs Oncogériatrie et Equipe Mobile de Gériatrie

l'évaluation onco gériatrique complexe intervient aussi en amont du diagnostic de cancer et peut orienter les projets de poursuite ou non des explorations d'une forte suspicion de pathologie cancéreuse



# ACTIVITES AMBULATOIRES EN GERIATRIE /ONCOGERIATRIE AU CHBT

- Consultations Oncogériatriques et Gériatriques

- 2023 : 118 Cs Oncogériatriques et 129 Cs de gériatrie ( 2 praticiens)
- 2024 : 141 Cs Oncogériatriques et 208 Cs de gériatrie (2 praticiens)
- 2025 : 176 Cs Oncogériatrie et 271 Cs de gériatrie (3 praticiens )

Très forte progression des Cs externes de Gériatrie et Oncogériatrie avec parallèlement la mise en place des HDJ Gériatriques et Oncogériatriques qui s'impose naturellement

- 2023 : 31 HDJ
- 2024 : 87 HDJ
- 2025 : 148 HDJ

# ANALYSE ET TYPOLOGIE DES HDJ EN 2025

Profil des patients âgés pris en charge en HDJ onco gériatrie/Gériatrie

Homme : 49                  Femme : 68                  OMS moyen: 1,94

Moyenne d'âge : 86,4 ans

HDJ Onco gériatrie: 75      HDJ Gériatrie : 43

HDJ thérapeutique par Fer injecté : 30 en dehors des HDJ d'évaluation

L'activité des HDJ en Onco Gériatrie ou en Gériatrie dépend des médecins gériatres responsables des HDJ selon leurs compétences et appétences

# Typologie des HDJ Onco Gériatrique

- Analyse des types de cancer en HDJ Onco geriatrique
  - Cancers digestifs (colon et autres ) : 31
  - Cancers du sein /gynecologique: 14
  - Cancer de prostate /urologie: 12
  - Myelome et autres: 12
  - Poumon : 6

30 patients âgés atteints de cancer évalués en HDJ sont en prise en charge Soins Palliatifs

# Consultations et HDJ Onco Gériatrique: Objectifs

- Prise en charge gériatrique globale ,dépister les fragilités et intégrer les mesures correctives au PPS des patients âgés atteints de cancer
- Suivi Oncogériatrique en lien avec spécialistes /EMSP/  
Médecin Traitant /HAD



# Consultations et HDJ Onco Gériatrique au CHBT

- Prise en charge gériatrique globale ,dépister les fragilités et intégrer les mesures correctives au PPS des patients âgés atteints de cancer
- Suivi Oncogériatrique en lien avec spécialistes /EMSP/ Médecin Traitant /HAD
- Participer aux projets thérapeutiques en RCP Oncologie et autres et présentation dossier en RCP Onco
- Suivi oncogériatrique des patients sous chimiothérapie orale en lien avec oncologue





# MERCI DE VOTRE ATTENTION



**15:00 – 16:00**

Salle de conférence

## Cancers chez la personne âgée

Modérateurs : S. BARTHOLET-GAZEUSE (Fort-de-France), L. VAINQUEUR (Pointe-à-Pitre)

- Parcours et évaluation oncogériatrique au CHBT : expérience de l'HDJ  
M. LEPAULHIAC (Basse-Terre)
- Survie et cancer prostate : évaluation oncogériatrique au CHUM  
S. BARTHOLET-GAZEUSE (Fort-de-France)
- Cas clinique croisé gériatre/ oncologue  
L. MOUNSAMY (Les Abymes), W. LAFRANCE (Les Abymes)

# Survie à 12 mois des patients 70 ans et plus atteints de cancer de la prostate en Martinique

Dr Seendy BARTHOLET-GAZEUSE / Karl MICHANOL

Le 30/01/2026

## Introduction

- Cancer de la prostate = exemple type d'un modèle d'oncogériatrie
- 35% des cancers surviennent après 70 ans
- Âge médian au diagnostic: 68 ans
- Cancer de la prostate = 39% des évaluations d'oncogériatrie au CHU de la Martinique

# L'oncogériatrie - Pourquoi?

- Diagnostic et PEC plus tardifs / à un stade plus avancé
- PEC inadaptée: « sous-traités » > « sur-traités »
  
- Etat général plus altéré
- Poids des comorbidités associées
- Absence d'études +++.

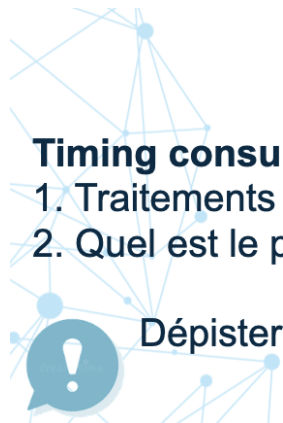
Balance Efficacité / toxicité / qualité de vie /souhaits du patient

## Timing consultation limité avec enjeux majeurs

1. Traitements = accélérateurs du vieillissement → rapport B/R du traitement?
2. Quel est le projet de vie du patient? Ce qu'il faudrait faire // Ce que le patient voudrait faire...

Dépister la fragilité qui conduirait à une perte d'autonomie ou d'indépendance

→ **qualité de l'information pour faire un choix**



## Objectifs

- **Principal :**
  - Évaluer la survie globale à 1 an des patients > 70 ans atteints de cancer de la prostate en Martinique.
- **Secondaire :**
  - Identifier les facteurs pronostiques (Gériatriques vs Tumoraux) influençant la survie.



## Matériels et méthodes

- **Type d'étude** : Rétrospective, observationnelle, analytique longitudinale .
- **Population** : Patients > 70 ans, atteints d'un cancer de la prostate, ayant eu une EGS au CHUM entre 2013 et 2024.
- Caractéristiques gériatriques, tumorales et PEC thérapeutique
- **Analyses** :
  - Descriptives
  - Modèle de Cox (Uni et Multivarié).

# Matériels et méthodes

## Critères d'inclusion

- Être âgé de  $\geq 70$  ans au moment du diagnostic de cancer de la prostate.
- Avoir un diagnostic confirmé de cancer de la prostate.
- Avoir bénéficié d'une évaluation gériatrique standardisée au CHU de Martinique.

## Critères de non inclusion

- Être atteint de tout autre cancer ou d'un cancer associé autre ou d'une hémopathie
- Avoir bénéficié d'une évaluation gériatrique ou d'une évaluation gériatrique antérieure au diagnostic de cancer
- Avoir récidivé un cancer connu et/ou ayant développé une métastase sur un cancer déjà connu avant 2013
- Avoir exprimé son opposition à l'utilisation de ses données à l'étude

Le critère de jugement principal retenu est le délai jusqu'au décès, évaluant ainsi la survie à 12 mois

# Résultats

Sur 134 patients éligibles, 69 ont été inclus

13 décès ont été enregistrés

→ **taux de survie globale à 12 mois :**  
**81,16 %.**

**Tableau 1 : Caractéristiques gériatriques de la population :**

Caractéristiques	Effectif	Pourcentage (%)
<b>Âge (ans)</b>		
≥ 85 ans	18	26.09 %
< 85 ans	51	73.91 %
<b>Évaluation Gériatrique (EGS)</b>		
Dénutrition (Critères HAS)	31	44.93 %
Troubles cognitifs (MMSE < 24)	45	65.22 %
Mobilité altérée (TUGT pathologique)	42	60.87 %
Dépendance (ADL < 5)	22	31.88 %
Dépendance (IADL < 7)	54	78.26 %
Polymédication (> 4 molécules/jour)	32	46.38 %
Dépression (GDS > 7)	11	16.18 %
<b>Environnement Social</b>		
Vit seul	12	17.39 %
Vit entouré	57	82.61 %
Présence d'aides à domicile	36	52.17 %



## Résultats

**Tableau 2: Caractéristiques tumorales**

<b>Statut Tumoral</b>		
Présence de métastases	40	58.82 %
Preuve histologique obtenue	61	92.42 %
<b>Prise en charge initiale</b>		
Visée curative	21	30,4 %
Visée palliative	48	69,6 %
Radiothérapie	40	57,97 %
Chimiothérapie	3	4,35 %
Hormonothérapie	63	91,30 %
Chirurgie	1	1,45 %

# Résultats

Tableau 3 : Analyse univariée des caractéristiques de la population et tumorale

Caractéristiques	Effectif (n)	Rapport de Risque (HR)	IC à 95%	Valeur p
≥ 85 ans	18	1,066	[0.600–5.607]	0.2874
Polymédication (> 4)	32	0.714	[0.234-2.182]	0.5543
<b>Dénutrition (Critères HAS)</b>	<b>31</b>	<b>4,380</b>	<b>[1,205 – 15,919]</b>	<b>0,0249</b>
Troubles cognitifs (MMSE < 24)	45	3,026	[0,671 – 13,654]	0,149
Dépression (GDS ≥ 7)	11	2,984	[0,914 – 9,745]	0,0702
Dépendance (ADL < 5)	22	2,784	[0,935 – 8,292]	0,066
Dépendance (IADL < 7)	54	13517654	0.000	0.9930
Mobilité altérée (TUGT pathologique)	42	0,528	[0,177 – 1,572]	0,251
Présence de métastases	35	2,074	[0,658 – 6,535]	0,212
<b>Preuve histologique obtenue</b>	<b>61</b>	<b>0,225</b>	<b>[0,061 – 0,831]</b>	<b>0,025</b>
<b>Radiothérapie</b>	<b>40</b>	<b>0,299</b>	<b>[0,092 – 0,970]</b>	<b>0,044</b>
Hormonothérapie	63	1,065	[0,138 – 8,193]	0,951
Chimiothérapie	3	1,446	[0,387 – 5,406]	0,586
Aides à domicile	36	1,433	[0,469 – 4,380]	0,528
Isolement social	12	0	0	0,9937

(p < 0,05)



# Résultats

**Tableau 4: Analyse multivariée des caractéristiques**

Variable	Hazard Ratio (HR)	Intervalle de Confiance (IC 95%)	Valeur p
Dénutrition (critères HAS)	4,262	[1,173 – 15,493]	0,0277

(p < 0,05)



## Conclusion

- Taux de **survie globale à 12 mois : 81,16%**
- Facteur associé à la survie: **DÉNUTRITION** [HR 4,262. IC95% (1,173 – 15,493), **p = 0,0277**]
- Petite taille d'échantillon, critère de jugement principal restrictif
- **1er travail** sur les caractéristiques gériatriques et cancer du SA en Martinique

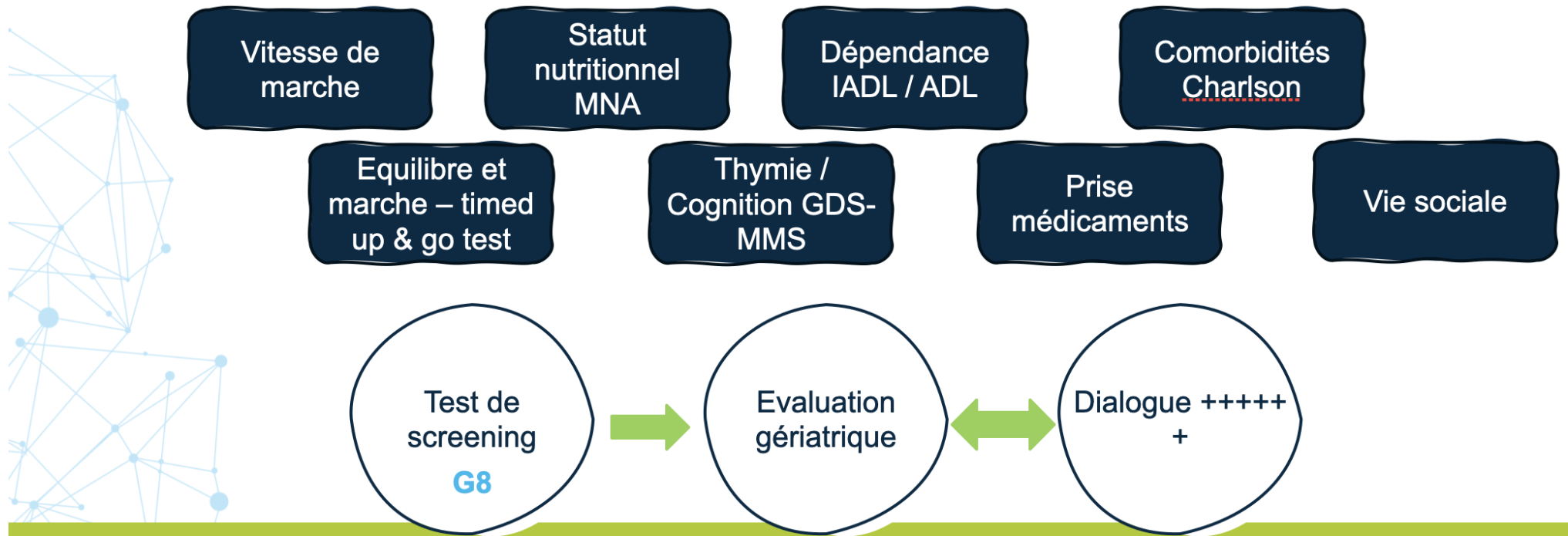
# En pratique?

## Trouver son organisation locale

**Bilan gériatrique = identification des fragilités**

→ Mise en œuvre des interventions gériatriques et des soins de support et choix thérapeutiques + suivi?

**Zone de rupture:** manque d'un dialogue inter-spécialités → dessiner un parcours de soins!



## Take home message

- **Importance de l'EGA dans l'aide à la décision** thérapeutique / repérage des pathologies sous-jacentes + fragilités pouvant interférer avec la PEC oncologique
- Hétérogénéité de l'état de santé : Dépistage de la vulnérabilité du sujet âgé → G8 puis EGS en fonction
- Nécessité d'une **collaboration** entre oncologues / radiothérapeutes / spécialistes d'organes et gériatres
- Nécessité d'**études cliniques** incluant les sujets âgés

# Take home message

ONCOGERIATRIE

2.0

## Prévention de la dépendance et maintien de l'autonomie

Comprendre les mécanismes biologiques du vieillissement qui amènent aux pathologies avec identification de biomarqueurs

## Comment améliorer la trajectoire de vieillissement?!

- Intervenir en amont avant la mise en place des fragilités en détectant précocement l'altération des capacités intrinsèques (ICOPE OMS)–

**15:00 – 16:00****Salle de conférence**

## Cancers chez la personne âgée

Modérateurs : S. BARTHOLET-GAZEUSE (Fort-de-France), L. VAINQUEUR (Pointe-à-Pitre)

- Parcours et évaluation oncogériatrique au CHBT : expérience de l'HDJ  
M. LEPAULHIAC (Basse-Terre)
- Survie et cancer prostate : évaluation oncogériatrique au CHUM  
S. BARTHOLET-GAZEUSE (Fort-de-France)
- Cas clinique croisé gériatre/ oncologue  
L. MOUNSAMY (Les Abymes), W. LAFRANCE (Les Abymes)

# Cas Clinique Oncogériatrie

## Outils d'aide à la décision

Dr Ludwig Mounsamy  
Chef de service  
Gériatrie CHUG





- Vit seule à domicile (aide-ménagère 2x/semaine). Son fils passe le WE
- Consultation pour asthénie, anorexie, perte de poids et douleurs épigastriques évoluant depuis 3 mois
- Depuis 1 mois : chutes (2 épisodes), ralentissement, étourdissement, fatigue à l'effort

**ATCD** : HTA, diabète type 2, insuffisance rénale chronique (DFG 45), FA sous anticoagulant, ostéoporose

**TTT** : AOD, bêtabloquant, IEC, metformine, sulfamide hypoglycémiant, IPP « à la demande », benzodiazépine le soir  
Pas d'allergies connues

**Examen clinique** :

IMC 19 (anciennement 23), **-8 kg/4 mois**

TA 105/60, FC 88/min irrégulière, pâleur conjonctivale

Douleur épigastrique modérée, pas de masse

Neuropathie périphérique



## Examens complémentaires

Hb 8,9 g/dL, microcytose, Albumine 30 g/L, CRP 18,  
HbA1c 5.9%, DFG 35



Endoscopie : lésion ulcéro-bourgeonnante antre, biopsies :  
**adénocarcinome gastrique**



Scanner TAP : épaissement antral + adénopathies  
régionales, pas de métastase évidente



Discussion RCP : **stade localement avancé résécable** (à  
préciser selon bilan complet)

## Quel outil est le plus adapté en première intention pour dépister une vulnérabilité gériatrique avant décision en RCP ?

- A. ECOG Performance Status
- B. G8
- C. Charlson Comorbidity Index
- D. ADL/IADL
- E. G Code

## Quel outil est le plus adapté en première intention pour dépister une vulnérabilité gériatrique avant décision en RCP ?

- A. ECOG Performance Status
- B. G8**
- C. Charlson Comorbidity Index
- D. ADL/IADL
- E. G Code

# G Code

- Outils pronostique chez le patient âgé atteint de cancer
- Mini évaluation des éléments de fragilité du sujet âgé atteint de cancer
- Créé pour implémentation en recherche dans les essais thérapeutiques

Items		Réponse/Score	Recommandations
1. Statut social (2 questions)	"vivez-vous seul ?"	O/N	Pour les patients vivant en EPHAD/maison de retraite, la réponse est non
	"Avez-vous une personne ou un soignant capable de vous aider ?"	O/N	Répondre oui à la question suppose que le patient a un aidant principal ou un cercle familial, d'amis ou de voisins capables de l'aider
2. Autonomie fonctionnelle	ADL (Annexe 2)(5)	Score sur 6 points	1 : Autonome 0.5 : Aide partielle 0 : Aide totale
	4-IADL (Annexe 3)(6)	Score sur 4 points	
3. Mobilité	Time Up and Go test (7)(Annexe 4)	Score sur 4 points et temps en secondes	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se lever d'un fauteuil avec accoudoirs</li> <li>- Traverser la pièce - distance de 3 mètres</li> <li>- Faire demi-tour</li> <li>- Revenir s'asseoir</li> </ul> Résultat <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fait : 1</li> <li>- Ne fait pas : 0</li> <li>- Non réalisable</li> </ul>
4. Nutrition	Perte de poids non intentionnelle en 6 mois		
	Indice de masse corporelle		IMC = poids (kg)/ taille (m <sup>2</sup> )
5. Etat cognitif	1. Rappel des		Mémoriser les trois mots
	3 mots		suivants : - Clé - Citron - Ballon
	2. Test de la montre/horloge	Score simplifié Horloge correct : Oui/Non	L'examineur dessine une montre, et on demande au patient de placer les chiffres indiquant les heures dans le cadran (de 1 à 12), puis indiquer 11h10 avec les aiguilles
	3. Rappel des 3 mots	Score = 0 à 3 (1 point par mot correct)	
6. Etat thymique	Mini-GDS (7)(Annexe 5)	Score sur 4 points	
7. Comorbidités	Index de morbidité de Charlson ajusté (Annexe 6)	Score sur 24 points	



G8

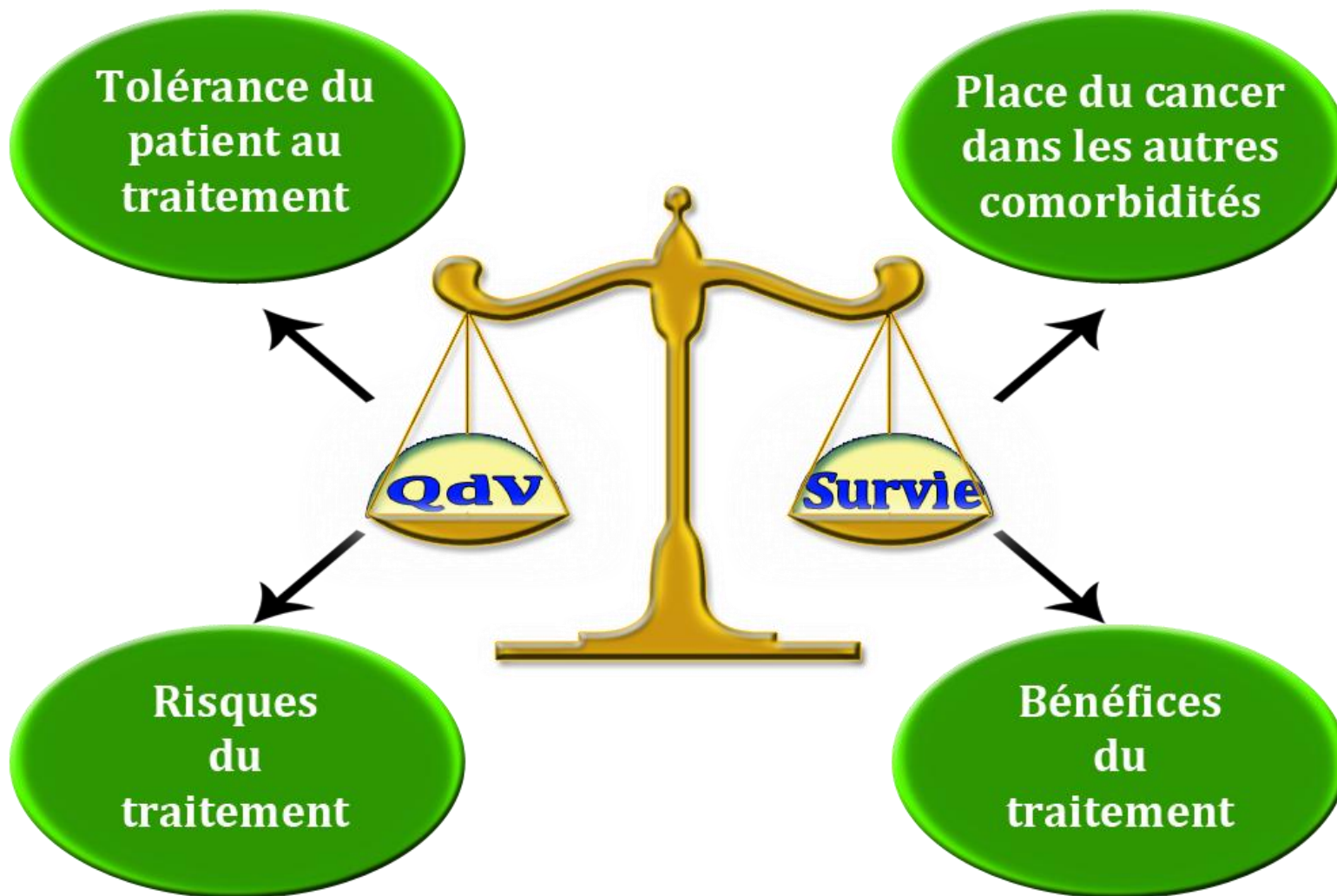
G8 : 7

**Proposition**

- chimio néoadjuvante
- puis chirurgie gastrique

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	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
Perte de poids dans les 3 derniers mois	>3 Kg Ne sait pas Entre 1 et 3 Kg Pas de perte de poids	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
Motricité	Lit – Fauteuil Autonome à l'intérieur Sort du domicile	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
Troubles neuro-psychiatriques	Démence ou dépression sévère Démence ou dépression modérée Pas de trouble psychiatrique	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
Indice de Masse Corporelle = Poids/(Taille) <sup>2</sup>	< 19 19 – 21 21 – 23 > 23	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
Plus de 3 médicaments	Oui Non	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0,5 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
Age	> 85 ans 80 – 85 ans < 80 ans	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
Score total		/17
Interprétation	> 14 = Prise en charge standard ≤ 14 = Evaluation gériatrique spécialisée	





## Quel paramètre gériatrique est le meilleur prédicteur de complications et perte d'autonomie postopératoire ?

- A. Âge chronologique
- B. Score ASA anesthésique
- C. Performance fonctionnelle globale
- D. Charlson Comorbidity Index
- E. ECOG Performance Status



## Quel paramètre gériatrique est le meilleur prédicteur de complications et perte d'autonomie postopératoire ?

- A. Âge chronologique
- B. Score ASA anesthésique
- C. Performance fonctionnelle globale**
- D. Charlson Comorbidity Index
- E. ECOG Performance Status

*Chez le sujet jeune, on applique  
des référentiels standardisés.*

*Chez la personne âgée, il n'existe  
pas de "chapitre unique" : soigner  
suppose de comprendre son  
histoire, son parcours et son  
mode de vie.*



# Parmi ces outils, lequel est le plus orienté prédiction de complications chirurgicales ?

- A. CARG
- B. CRASH
- C. ACS-NSQIP
- D. G8
- E. GDS



# Parmi ces outils, lequel est le plus orienté prédiction de complications chirurgicales ?

- A. CARG
- B. CRASH
- C. ACS-NSQIP
- D. G8
- E. GDS



## Choix thérapeutique : absence de chimiothérapie néoadjuvante

*Décision motivée par un **risque élevé de toxicité**, lié à l'insuffisance rénale, à une neuropathie périphérique préexistante et au **refus éclairé de la patiente**, dans un contexte de vécu négatif antérieur de la chimiothérapie dans son entourage.*

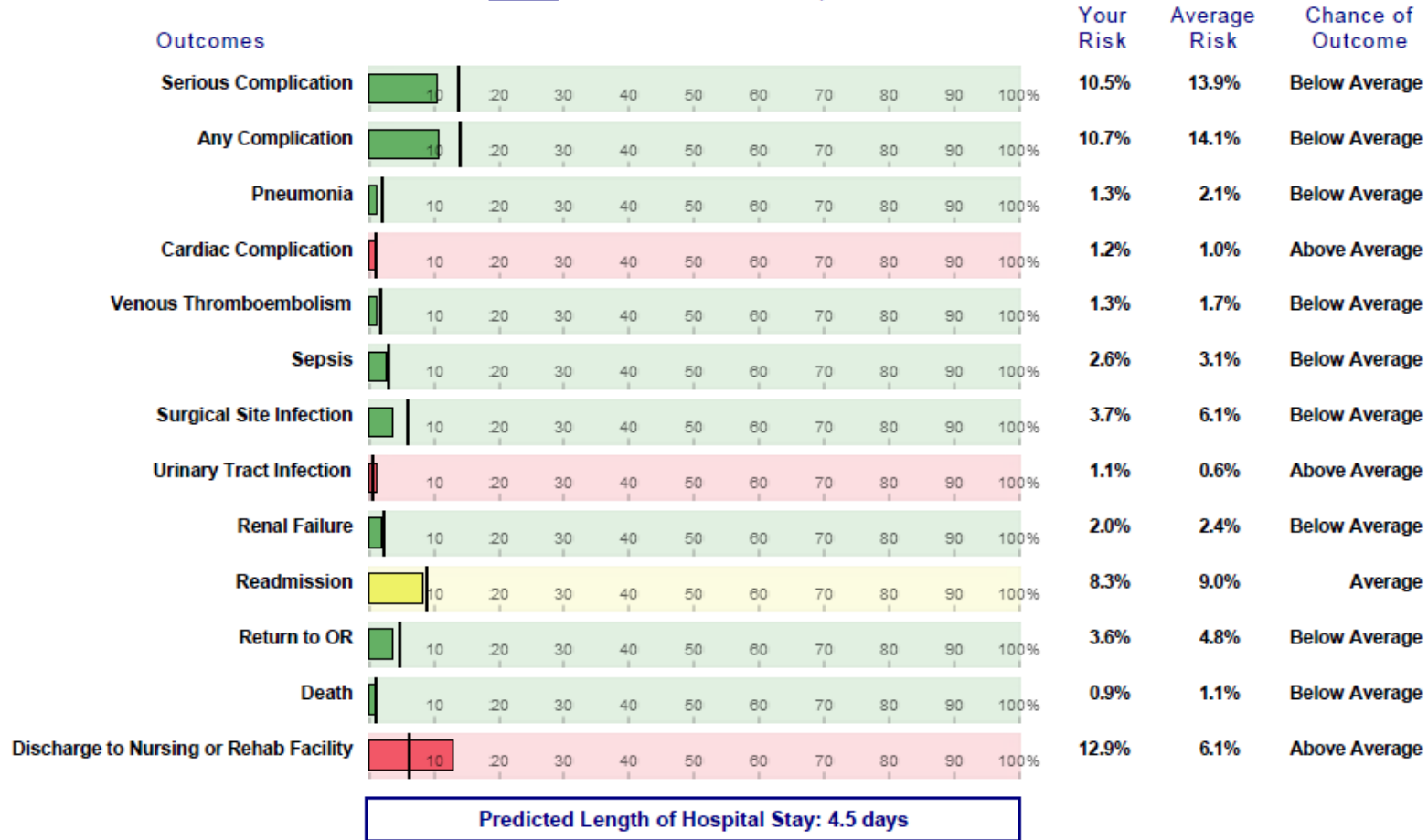
**Une mauvaise tolérance de la chimiothérapie aurait pu compromettre l'accès au traitement chirurgical**, qui reste ici le seul traitement à visée curative.

## Mise en place d'une stratégie de préhabilitation :

Prise en charge en **hospitalisation à domicile**, **nutrition entérale** pour corriger la dénutrition, **rééducation fonctionnelle** (kinésithérapie), **correction de l'anémie**, **révision du traitement médicamenteux** afin de limiter la iatrogénie.

Report Name: Me L.  
 Procedure: 43831 - Gastrectomy, partial, distal; with gastroduodenostomy  
 Risk Factors: Age (82), Female, Mild systemic disease, Diabetes (Oral), HTN, BMI (20.67)

Note: Your Risk has been rounded to one decimal point.





Pour estimer une espérance de vie indépendante du cancer et éclairer le bénéfice d'un traitement lourd, quel couple est le plus adapté ?

- A. Stade TNM + courbes de survie du cancer gastrique
- B. Score de Lee (ePrognosis) associé à l'évaluation fonctionnelle et de la fragilité
- C. ECOG Performance Status seul
- D. Score ASA anesthésique
- E. Score de Walter utilisé isolément



Pour estimer une espérance de vie indépendante du cancer et éclairer le bénéfice d'un traitement lourd, quel couple est le plus adapté ?

- A. Stade TNM + courbes de survie du cancer gastrique
- B. Score de Lee (ePrognosis) associé à l'évaluation fonctionnelle et de la fragilité**
- C. ECOG Performance Status seul
- D. Score ASA anesthésique
- E. Score de Walter utilisé isolément

# Estimation de l'espérance de vie

Facteurs de risque	Points	Score du patient
<b>Age</b>		
60-64	1	
65-69	2	
70-74	3	
75-79	4	
80-84	5	
>85	7	
Masculin	2	
Diabète	1	<b>9</b>
Cancer	2	
Pathologie pulmonaire	2	
Insuffisance cardiaque	2	
BMI<25	1	
Fumeur (tabagisme actif)	2	
<b>Problèmes de dépendance</b>		
Dépendance pour la toilette	2	
Dépendance pour la gestion de l'argent	2	
Difficultés à marcher au-delà de 500 m	2	
Difficultés à pousser ou tirer des objets lourds (> 5 kg)	1	
<b>Total</b>		

## Résultats et interprétation du score

- |   |   |
|---|---|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 0-5 points : mortalité à 4 ans estimée à 3%,</li> <li>2. 6-9 points : mortalité à 4 ans estimée 15%,</li> <li>3. 10-13 points : mortalité à 4 ans estimée 41%,</li> <li>4. ≥14 points : mortalité à 4 ans estimée 65%,</li> </ol> | <p>Low risk</p> <p>Medium risk</p> <p>high risk</p> <p>highest risk</p> |
|---|---|

SJ Lee et al. Development and validation of a prognostic index for 4-year mortality in older adults. JAMA 2006 295: 801-808.



Journal d'OncoGériatrie (<https://www.le-jog.com>)



## Cancers Gériatriques 10 signes d'alerte à prendre en compte

- 1 Fatigue ou perte d'indépendance (d'autonomie) inexplicée
- 2 Douleur nouvelle et prolongée
- 3 Masse perceptible
- 4 Perte de poids ou d'appétit inexplicée
- 5 Signes digestifs dont sang dans les selles et/ ou modification du transit / nausées ou vomissements récurrents
- 6 Signes urinaires dont sang dans les urines
- 7 Toux chronique / Expectorations sanglantes
- 8 Saignement gynécologique après la ménopause
- 9 Fièvre récurrente / Sueurs nocturnes / ganglions lymphatiques hypertrophiés
- 10 Changements de taille ou de couleur d'une lésion cutanée/ nævus / lésion qui ne cicatrise pas



# TAKE HOME MESSAGE

- L'oncogériatrie commence par une question clinique simple :  
“**Qu'est-ce qui est réellement bénéfique pour ce patient précis ?**”
- La **performance fonctionnelle** prime sur l'âge chronologique pour prédire la tolérance des traitements et le devenir postopératoire
- Les outils oncogériatriques **n'imposent pas une décision**
- Réduire la toxicité évitable, sécuriser le parcours, préserver l'autonomie : c'est ainsi que l'on **maintient l'accès aux traitements** réellement curatifs, quand ils existent.



# JCVMA

2<sup>e</sup> édition des Journées Caribéennes  
Vieillesse et Maintien de l'Autonomie

PAUSE  
VISITE  
DES STANDS  
ET POSTERS

NOUS REMERCIONS  
NOS PARTENAIRES

