

# Rencontres Oncogériatriques

Lille-2026

---

# Particularités des patients âgés en cancérologie ORL

Point de vue du gériatre /IPA





Groupe Hospitalier de Territoire  
Somme Littoral Sud

## Intervenants :



Dr Maya ROUCOUT  
Gériatrie  
CH Abbeville



Alizée Déraulé  
IPA mention Onco-Hémato  
CH Abbeville

# Quelques éléments de contexte

- Cancer maladie du sujet âgé
  - 45%  $\geq 65$  ans
  - 30%  $\geq 70$  ans
  - 10%  $\geq 80$  ans
- Les cancers ORL représentent le 5<sup>ème</sup> cancer le plus fréquent en France
- **16 000** nouveaux patients par an en France
  - HDF: 1800 cas/an et un diagnostic souvent tardif, 70% des cas sont détectés à un stade avancé
- Âge au diagnostic entre 50- 64 ans → plus jeune que pour les autres cancers
- État physiologique plus altéré
  - Plus de comorbidités (intoxication alcoolo-tabagique)
  - Plus de facteurs de fragilité
- Diagnostic fait à des stades avancés (T3/T4)
  - Stratégie multimodale d'emblée = parcours complexes
  - Toxicité aigüe / morbidité à long terme → réduction de l'observance du traitement, qualité de vie, espérance de vie



# Le questionnaire G8 est il adapté pour les cancers ORL ?

- G8: 3 items sur la nutrition impactés dans les cancers ORL
  - Risque de sous traitement
- Score EGE (Elan Geriatric Evaluation) validé par l'étude ELAN-ONCOVAL (coopération GORTEC, IGR, GERICO)
  - Identifier précocément les fragilités des sujets âgés
  - Classer les patients en fragile (unfit) / en bonne condition (fit)
  - Proposer un traitement spécifique en fonction du statut de fragilité
- Plusieurs items testés
  - Autonomie dans les actes de la vie quotidienne
  - État cognitif avec le mini-cog
  - Existence de chute dans l'année
  - Appui monopodal
  - Humeur mini-GDS
  - Évaluation des comorbidités avec score de charlson
  - Évaluation sociale
- Au moins 1 item positif: Indication d'une évaluation gériatrique complète

Outil	EGE	G8
sensibilité	95%	91%
spécificité	60%	30%



# Cas clinique 1: Homme de 83 ans

## Bilan dysphonie évoluant depuis plusieurs mois (arrêt du tabac il y a 40ans)

- **À l'endoscopie:** lésion de la corde vocale G atteignant la commissure antérieure et la bande ventriculaire G. Pas d'atteinte sous glottique. Pas de Lésion synchrone. Larynx mobile. Pas d'ADP palpable.
- **Scanner cervico-facial et thoracique (non injecté, allergie):** lésion de la corde vocale G avec probable extension homolatérale supra-glottique sans extension infra-glottique évidente. Suspicion d'atteinte associée à la commissure antérieure avec suspicion de chondrolyse thyroïdienne antérieure en regard. Liberté du cavum. Absence d'adénomégalie cervicale. Absence de nodule pulmonaire suspect
- **IRM cervico-facial:** lésion glottique étendue aux 2 cordes vocales et à la commissure antérieure et niveau sus-glottique sans ADP cervicale

**RCP 12/12/2025**

**Carcinome épidermoïde corde vocale G classé T4N0MO** devant

la lyse cartilagineuse au scan

Relecture => atteinte de la commissure antérieure  
mais pas de visualisation d'une atteinte  
cartilagineuse

**Indication théorique à une laryngectomie totale + avis oncogériatrique**

**Consultation d'annonce médicale  
16/12/2025 et  
organisation du  
parcours sur le CHU**

# Bilan Oncogériatrique en HDJ le 20/12/24

## G8 = 9/17

SCA antérieur constitué en 04/2020 avec angioplastie de l'IVA moyenne implantation d'un stent actif  
Dysfonction VG (ETT 09/24: FEVG à 50%) avec présence d'une image évoquant un thrombus apical  
AC/FA paroxystique  
Insuffisance rénale chronique stade 3A (DFG 49 ml/mn)  
Lithiase urinaire traitée par lithotritie  
HBP  
Cure de cataracte  
Tabac arrêté il y a 40 ans : 25 PA.

ELIQUIS 5 mg x 2 par jour  
BISOPROLOL 2,5 mg  
SPIRONOLACTONE 12,5 mg  
AMIODARONE 200 mg 1 jour/2  
ATORVASTATINE  
PERINDOPRIL 4 mg  
TAMSULOSINE LP 0,4 mg  
ZYMAD 50 000 U par mois

Marié vit avec épouse autonome  
Autonomie préservée pour les AVQ et IADL  
Trouble de l'équilibre et de la marche: élargissement du polygone de sustentation.  
Besoin d'une canne pour se déplacer, notion de chute il y a 3mois.  
Fonctions cognitives et psychiques conservées  
Poids 80 kg – taille 1m84 – IMC 25 kg/m2. Albumine 38g  
Sur le plan pronostic: IK à 70% - OMS 2 - Score de Lee 11 soit espérance de vie à 4 ans sans cancer entre 55-57%  
**En synthèse : Patient classé en Balducci 3 en faveur de facteurs de fragilité irréversibles par ses comorbidités cardiaques**  
**Avec un statut cognitif et une autonomie conservée, le patient peut bénéficier d'une laryngectomie si avis CPA favorable**  
Préconisations:  
Déambulateur à roulettes – chaussures type CHUT – chaussettes de contention – séances de kinésithérapie  
Explorations de déficit moteur des MI (radio bassin – rachis et consultation neuro avec EMG)

### Consultation d'annonce médicale

Pour exposer le projet traitement curatif: laryngectomie totale et curage ganglionnaire bilatéral.

### Avis neuro 21/01/25

**Trouble de l'équilibre depuis 2020** pour lequel il avait bénéficié d'ex complémentaires.  
**Au total : éléments en faveur d'un syndrome vestibulaire gauche**, possiblement associé à une atteinte proprioceptive des MI avec ROT conservés sans signe d'irritation pyramide.  
=> séances de kiné , IRMC et des conduits auditifs internes +EMG

# Stratégie Carcinologique

## Laryngectomie totale 23/01/2025

- **Curage partiel** devant facteur de mauvais pronostic anesthésique, intervention trop longue
- Mise en place d'une sonde naso-gastrique pour alimentation exclusive jusqu'à J10. Reprise alimentaire et retrait de la SNG à J12.
- Réalisation d'une trachéostomie
- Hospitalisation du 22/01 au 4/02/2025
- Prescription sortie
  - Aérosol GOMENOL + sérum physiologique
  - PARACETAMOL
  - Soins de trachéostomie et du larytube
  - Bilan orthophonique avec rééducation vocale pour acquisition de la voix oesophagienne

## RCP post-opératoire

Carcinome épidermoïde infiltrant bien différencié kératinisant  
Étage glottique avec extension sus et sous-glottique  
Taille: 3,5 cm de grand axe  
Absence d'engainement tumoral péricrânien  
Absence d'embolie vasculaire  
Exérèse complète  
Curage ganglionnaire : absence de métastase (0/1)  
Classification TNM (AJCC 8<sup>ème</sup> édition)  
pT4aN0MxR0

## Décision de radiothérapie post-opératoire

## Radiothérapie adjuvante Du 13/03 au 24/04/2025

- OMS 1, poids 79kg
  - 60 Gy en 30 fractions technique VMAT au niveau du lit tumoral
  - Dose prophylactique au niveau des ganglions (54 Gy en 30 fractions)
  - EI: radiodermite grade I et odynophagie grade I-II
    - Impact modéré
    - État nutritionnel (dysgueusie, dysphagie): 2CNO/j,
    - Poids fin RT = 78,2kg
    - Gouttières fluorées
- => Résolutifs à 3 mois de la RT

# Ce jour

## Sur le plan oncologique

### ➤ Examens de réévaluation :

- Dernier examen scanographique en juillet 2025 rassurant.
- Fev 26: Nasofibroscopie parfaitement normale jusqu'au néo-pharynx. La bouche œsophagienne est franchissable. Muqueuse saine. Pas de stase salivaire.

### ➤ Cliniquement :

- OMS 1, poids stable 78kg , 1cno/j. Il mange normalement.
- Pas de dysphagie, pas De franche hyposialie, pas de dysgueusie.
- Examen endobuccal pas de lésion suspecte visualisée, il porte bien ses gouttières fluorées. Bonne tolérance du matériel de la trachéotomie. Examen tracheoscopique normal jusqu'à la carène.

### ➤ Evaluation orthophoniste en septembre :

- Communique essentiellement par écrit avec ardoise ou ordinateur
- l'épouse le comprend mais pas forcément l'entourage => test laryngophone

=> **Ce jour ne souhaite pas de réhabilitation**, pas de PEC orthophonique du fait lecture labiale compréhensible.

### ➤ Organisation du suivi oncologique en alternance

- Avril 2026 : scanner à 1an fin de ttt
- Mai 2026: radiothérapie
- Aout 2026 : chirurgien

## Sur le plan gériatrique

- Appel patient car n'a pas souhaité venir en cs oncoG
- Proposer une consultation oncoG de suivi lors de sa prochaine cs de RT en mai au CHU (éviter de multiplier les A-R )
- Appel évaluation auprès MT
- Vient de débiter PEC kinésithérapeute vestibulaire
- G8 estimation : 13,5 vs 9 avec derniers éléments clinique
  - pas d anorexie
  - pas de perte de poids car stable depuis +3mois
  - Sort, OMS 1
  - pas de tb cognitif, pas de tb de l'humeur
  - IMC =23
  - +3 médicaments
  - Ressenti : ne sait pas
  - Age 84



## Cas clinique 2: Homme de 78 ans

- Bilan d'une dysphagie avec une hypoesthésie linguale, des crachats hémoptoïques depuis un mois, troubles de la déglutition
- S'alimente uniquement de mixés et soupes
- Pas de fausse route aux liquides, pas de dysphonie, pas de dyspnée, pas d'otalgie réflexe
- Examen clinique endo buccal
  - Volumineuse lésion ulcéro-bourgeonnante intéressant le plancher buccal antérieur et s'étendant au plancher postérieur avec un débord au niveau gingival. La lésion s'étend en sous muqueux au niveau de la langue mobile quasiment la toto langue droite et gauche avec un bord libre gauche parfaitement sain et souple à la palpation
  - Pas de lyse mandibulaire
  - Pas d'adénopathie suspecte à la palpation cervicale
  - Pas de trismus
- Nasofibroscopie
  - Pas de lésion synchrone au niveau pharyngo laryngé avec un larynx parfaitement mobile et symétrique

# Bilan du cancer

- **Endoscopie sous anesthésie générale**
  - Présence d'une lésion ulcéro-nécrotique du plancher buccal latéral droit atteignant le plancher antérieur et postérieur, la lésion arrivant au contact de la muqueuse alvéolaire sur l'ensemble de l'arcade mandibulaire inférieure droite. A la palpation la lésion infiltre largement l'ensemble du 1/3 antérieur de la langue mobile dépassant la ligne médiane et laissant le bord libre gauche sain
  - En cervical adénopathie cervicale gauche de 2.5 cm fixée en secteur IIa et deux adénopathies cervicales droites secteur IIa/III.
- **Bilan d'extension**
  - **Scanner cervico thoracique:**
    - Lésion intéressant la région pelvi linguale avec une atteinte osseuse en regard des dents 44 et 45 associées à une lésion franchissant la ligne médiane
    - Adénomégalie cervicale nécrotique
    - Masse pulmonaire inférieure de 57 mm évocatrice a priori d'une lésion primitive
  - **IRM cervico-faciale**
    - Lésion plancher buccal et langue mobile droite dépassant la ligne médiane + lyse corticale osseuse mandibulaire
  - **TEP scan**
    - Hyperfixation centrée sur plancher buccal et la langue mobile
    - Adénopathie hypermétabolique droit et gauche
    - Masse pulmonaire lobaire inférieure droite
  - **FOGD normale**

RCP 05/02/2026

Prise en compte du bilan oncogériatrique

**Carcinome épidermoïde pelvi lingual droit classé CT4  
N2C M0 +**

**Carcinome pulmonaire lobaire droit synchrone**

➤ **Radiothérapie exclusive à visée symptomatique et  
contrôle de la maladie à partir du 19/03**

**ORL: 20 séances, à raison 5 séances par semaine**

**PN: technique stéréotaxique 5 séances**

- Récusé sur le plan chirurgical + refus du patient
  - Chimiothérapie: non retenue du fait des comorbidités CV

SNG posée 21/01

GPE posée 24/02

Bilan dentaire demandé dès janvier puis

3/03 en vue de la radiothérapie:

extraction dentaire proposée, refusée par

le patient à 2 reprises

photobiomodulation

# G8 = 5/17

HTA.  
Cardiopathie ischémique infarctée en inférieure (coronaire droite multisténosée).  
Fibrose rétro-péritonéale  
Hernie hiatale non compliquée sans oesophagite.  
Notion de rectorragie avec polypose colique et syndrome hémorroïdaire.  
Maladie de Parkinson traitée  
Opéré d'un anévrisme de l'aorte abdominale sous rénale compliqué de thrombus mural en novembre 2022  
Appendicectomie  
Tabagisme actif chiffré à 40 paquets/année

KARDEGIC 75 mg  
EZETIMIBE / SIMVASTATINE 10 mg / 20 mg  
MODOPAR 125 mg: 1 - 1 - 2  
RAMIPRIL 1.25 mg  
TTS 5 mg / 24h  
FENTANTYL 25 µg/72h  
EXACYL

21/01

Equipe mobile de gériatrie /  
chirurgie

- ADL 4/6 IADL 1/8
- Perte de 3 kg en 1 mois
- Poids 46,8 kg Taille 1,6 IMC 18
- Albuminémie 22 g/l pré-albuminémie 0,1 g/l
- MMS 22/30
- Pas de trouble de l'humeur
- Déplacements limités – notion de chute récente

→ syndhèse: Balducci 3 en faveur de facteurs de fragilité irréversibles relevant d'une prise en charge adaptée

Veuf depuis 6 ans, il vit seul dans une maison de plain pied  
5 enfants dont 1 décédé et 1 fils aidant à proximité

Demande  
d'intervention  
de la  
diététicienne

Programmation  
HDJ OG

Kiné +  
Sollicitation de  
l'ESPRAD

Évaluation  
sociale pour  
majoration du  
plan d'aide

Adaptation de la  
galénique / GPE

Prescription Bas de  
contention  
Chaussures type  
CHUT  
Supplémentation en  
vit D

Alimentation  
entérale réajustée

Avis gastro pour  
fuites autour de la  
GPE

10/03

HDJ oncogériatrique

- ADL 2/6 IADL 0/8 (passage journalier IDEL pour alimentation + auxiliaire de vie)
- Perte de 4 kg
- Poids 42 kg IMC 17
- Pas de récurrence de chute
- MMS 21/30
- Pas de trouble de l'humeur
- Troubles de l'élocution / hypersialorrhée
- Sur le plan pronostic: IK à 40% - PS selon l'OMS 3 - Score de Lee 17

# Implication du patient dans des décisions complexes, comment faire ?

- Concept de l'autodétermination (domaine de l'éducation spécialisée / Handicap)
- Modèle proposé par Wehmeyer et Mithaug → programme pour l'implémentation de l'autodétermination
  - **Autonomie:** capacité à faire des choix et prendre des décisions
  - **Autorégulation:** capacité d'ajuster ses objectifs en fonction des apprentissages réalisés (implique des capacités de résolution de problèmes)
  - **Empowerment psychologique:** perception du contrôle que l'individu peut exercer sur sa vie (persévérance malgré les obstacles)
  - **Autoréalisation:** capacité d'employer la connaissance de son contexte de vie (ressources et obstacles) pour sa propre réalisation
- Caractéristiques évolutives et dépendantes des soutiens fournis par l'environnement
- Exemple d'un accompagnement partenarial de patients atteints de cancer par le Réseau infirmiers partenaires de soins de l'université de Montréal (RIUPS) co-construit avec des patients partenaires, des infirmiers et des chercheurs
  - Création d'outil pour offrir la possibilité « d'aller ensemble avec le patient vers... »
  - Accompagnement du patient à reprendre le pouvoir sur sa santé, trouve la possibilité de s'exprimer et d'intervenir
  - Ce qui implique équilibre dans la relation soignant/soigné, une concertation, partage des responsabilités
- HAS
  - 2022: Référentiel ESSMS s'appuie sur 4 valeurs explicites contenues dans la notion d'autodétermination
  - Questionnaires PROMs (*Patient Reported Outcome Measures*)
    - Outils pour mesurer le résultat de la prise en charge des patients et l'organisation de leur parcours
    - facilitent la communication entre patients et professionnels de santé et l'engagement des patients.



# Points de vigilance du point de vue du Cancer et sa PEC

- Prise en charge multimodale = parcours complexes
- Impacts
  - Sur les sens (vue, ouïe, odorat, goût)
  - Carrefour aérodigestif (respiration, phonation, déglutition)
- Au niveau chirurgie
  - Durée d'intervention prolongée
  - Plusieurs temps opératoires parfois nécessaires (avec les temps de reconstruction)
- Au niveau radiothérapie
  - Distance domicile / centre
  - Aller / retour quotidien
  - Gestion des effets secondaires
- Gestion de séquelles comme: Trachéostomie / SNG / GPE
  - Impact sur qualité de vie
  - Impact sur les aidants familiaux
- Importance des soins de support



# Points de vigilance du point de vue du patient

- Importance de la consultation d'annonce
- Compréhension et acceptation de la maladie des traitements proposés, des effets secondaires potentiels
- Soutien des aidants familiaux
- Évaluation des comorbidités
  - Prioriser ceux à prendre en charge avant le traitement du cancer et ceux qui peuvent être reportés
- Évaluation, correction et anticipation des facteurs de fragilité à risque de complications
- Organisation du parcours soin



# Messages à retenir

- Les personnes âgées en forme doivent être traitées selon les meilleurs standards
- Importance du repérage et prise en charge des fragilités
- Nécessité de prendre en charge les comorbidités
- Importance des soins de support dès le diagnostic et pendant tout le parcours de soins
- Promotion de l'autodétermination pour que le patient soit acteur de sa santé



# Références bibliographiques

- Mertens C, Le Caer H, Ortholan C et al. ELAN-ONCOVAL (Elderly Head and Neck Cancer-Oncology Evaluation) study: Evaluation of the G8 screening tool and the ELAN geriatric evaluation (EGE) for elderly patients (pts) with head and neck squamous cell carcinomas (HNSCC). Asco 2918, abstract 11541
- Lafont C, Paillaud E, Bertolus C et al. Effectiveness of Geriatric Assessment-driven interventions on quality of life for 2 years in Older Patients with Head and Neck Cancer: results from the EGeSOR Trial. Esmo 2022, abstract 757MO
- Lefebvre H, Proulx M, Levent Mj, Néron A, Lecocq D, A partnership to favour patient self-determination in oncology. Soins 2019; 64(835):56-61. Doi:10.1016/j.soin.2019.03.015
- <https://www.centreoscarlambret.fr/actualites/donnons-voix-cancers-ori>
- [Épidémiologie et facteurs de risque des cancers des voies aérodigestives supérieures | La Revue du Praticien](#)
- <https://www.ageval.fr/blog/autodetermination-essms-handicap/>
- [https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/autode\\_termination\\_livret\\_stepien.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/autode_termination_livret_stepien.pdf)



# Remerciements

