



Rencontres Oncogériatriques Lille 20 mars 2026

Docteur Juliette SLAMBROUCK
Centre hospitalier de Béthune Beuvry

L'incertitude en oncogériatrie: on en parle?

Cas clinique concret: cancer du duodénum métastatique

Introduction

Monsieur J, 85 ans.

Admis aux urgences le 21/02/26 car présence sur un scanner TAP réalisé en ville la veille d'un épaissement du duodénum en regard du *genu inferius* avec présence d'adénopathies nombreuses de la racine du mésentère et d'une adénopathie latéro aortique + une lésion d'allure secondaire hépatique du segment VI.

Hospitalisé en gastro-entérologie du 21/02 au 26/02/2026:

- perte de 5 kg en un mois selon la famille mais non réellement chiffrée
- Pas de lésion suspecte en scanner thoracique
- FOGD 24/02: masse bourgeonnante D1 jusqu'au niveau de la papille
- Biopsies: matériel inflammatoire sans cellules suspectes

- ETT à visée pré-thérapeutique: rassurante, pas de cardiopathie, FEVG 50%
- Port-à-cath posé le 02/03/2026
- Déséquilibre de diabète avec hbA1c 9,2%: mise en place d'une insulinothérapie lente le soir + rattrapage insuline rapide aux repas + freestyle libre 2. A son arrivée: hyperlactatémie sous METFORMINE, proposition par l'endocrinologue de remplacer le JANUMET par JANUVIA seul car contre-indication à la METFORMINE dans ce contexte.
- Mise en place de 2 CNO par jour

Pas de RCP pour le moment en l'absence d'anatomopathologie disponible.

Une chimiothérapie palliative par FOLFOX est pressentie. Demande d'évaluation oncogériatrique en urgence pour ne pas perdre de temps. Parait robuste à l'oncologue mais score G8 9,5/17.

Patient convoqué quelques jours après sa sortie du service de gastro-entérologie en hôpital de jour Onco-gériatrique. Vient en présence de son épouse et de sa fille.

Evaluation oncogériatrique

Antécédents:

- Hernie inguinale non opérée
- HTA
- Silicose non suivie
- Dyslipidémie
- Embolie pulmonaire bilatérale avec coeur pulmonaire aigu en 2018
- Méléna révélant un adénome de la face postérieure du bulbe en 2022
- Ventriculocisternostomie sur HTIC en 2011 (masse bénigne en fosse postérieure)
- Polype rectal réséqué

Antécédents familiaux:

- cancer de l'utérus chez sa mère

Rencontre avec le pharmacien clinicien:

Traitement habituel:

- INDAPAMIDE LP 1,5 mg 1 par jour
- CANDESARTAN 8 mg 1 par jour
- VERAPAMIL LP 240 mg 1 par jour
- EZETIMIBE/ATORVASTATINE 10/40 mg 1 par jour
- SITAGLIPTINE 100 mg 1 par jour
- TOUJEO 24 unités le soir
- DIFFU K 600 mg 3 gélules matin midi et soir
- PARACETAMOL si douleur: non pris
- TRAMADOL 50 mg si douleur: non pris
- METOCLOPRAMIDE 10 mg si nausées: non pris
- MACROGOL si constipation: non pris
- Compléments nutritionnels oraux 2 par jour

Pas de prise d'automédication, de plante, phytothérapie, pamplemousse ni homéopathie. Pas de tisane ni de thé.

Non à jour des vaccinations grippe et COVID.

Accepte ce jour la vaccination contre le pneumocoque: réalisation une dose de PREVENAR 20®.

Accepte la mise à jour de son vaccin contre le zona. Ordonnance remise pour SHINGRIX® une dose à renouveler à deux mois.

Gestion médicamenteuse au domicile: Monsieur ne connaît pas ses traitements, gérés par son épouse qui les laissent dans les boîtes. Passage de l'IDE le soir pour l'injection d'insuline lente.

Pas de difficulté à avaler les médicaments, adhésion thérapeutique optimale, pas d'oubli. Monsieur dit toutefois avoir trop de médicaments à prendre.

Analyse du BMO® (sources: cancer-druginteractions.org et RCP des molécules):

- Interaction CANDESARTAN + SITAGLIPTINE → majoration de risque de survenue d'un angioedème d'origine bradykinique.
- Association déconseillée VERAPAMIL + ATORVASTATINE → majoration du risque de rhabdomyolyse par effet inhibiteur de l'enzyme du VERAPAMIL.

Mode de vie:

Vit avec son épouse, 2 enfants à proximité. Epouse verbalise un choc à l'annonce faite il y a 10 jours et une asthénie d'autant que Monsieur se lève la nuit.

Maison à étage, chambre et salle de bains à l'étage, pas de difficultés pour la montée des escaliers.

Toilettes et chaise percée au rez-de-chaussée.

Monsieur est aidé par son épouse à la toilette et à l'habillage. Madame fait les courses, les repas, les prises de traitements, l'entretien du domicile en complément du passage d'une aide ménagère.

Passage IDE le soir pour les injections d'insuline.

Monsieur marche sans aide technique et ne conduit plus.

Proposition après rencontre avec l'assistante sociale d'instruire un dossier APA pour mise en place d'aides extérieures:

- aide à la toilette et à l'habillage par le biais de l'APA ou du SSIAD
- téléalarme, boîte à clés

N'est pas sous mesure de protection juridique.

Franche baisse de ses activités occupationnelles: dort une bonne partie de la journée alors qu'il était bon marcheur auparavant (baisse d'activité rapportée par la famille). Ancien commando marine.

Tabac sevré il y a 25 ans.

Prises occasionnelles d'alcool.

Evaluation de l'autonomie et de la dépendance:

Partiellement dépendant pour les activités de la vie quotidienne: ADL 4/6

Aide partielle toilette et habillage

Incontinence urinaire

Dépendance quasi complète pour les activités instrumentales de la vie quotidienne : IADL Lawton et Brody 1/8

Ne fait pas les courses, les repas, le ménage, la lessive et ne gère pas les finances: à pondérer par les habitudes du couple.

Toutefois actuellement ne prends plus ses traitements seul alors que le faisait auparavant, déplacements limités à l'ambulance alors qu'il conduisait encore l'année dernière donc on peut penser à une perte récente d'indépendance fonctionnelle.

Evaluation nutritionnelle, rencontre avec la diététicienne:

Poids stabilisé depuis la sortie de gastro-entérologie il y a 10 jours: 82,4 kg, BMI 24 kg/m².

Famille signale une perte de poids non chiffrée sur les derniers mois.

Périmètre brachial normal 26 cm (25+/-1 homme, 21,5 +/- 1,5 femme)

Périmètre du mollet normal 35 cm (31 cm)

MNA 20/30

Albumine passe de 28 g/l à 30 g/l

Pré-albumine passe de 0,14 g/l à 0,16 g/l

Force de préhension 20 kg à droite, 17 kg à gauche (normes 27 kg hommes, 16 kg femmes, *European Working Group on Sarcopenia in older people (EWGSOP2)*)

N'entre pas dans les critères de classification de dénutrition.

Parfois blocages alimentaires et toux lors de l'alimentation surtout lorsque mange de la viande rouge. Dysphagie aux solides. Pas d'explication en FOGD.

Test à l'eau normal.

Pas d'appareillage bucco-dentaire ni de mycose.

Consomme un complément lacté diabétique par jour + une crème HPHC par jour et des biscuits protibis.

Les critères phénotypiques sont les suivants (1 seul critère suffit) :

- perte de poids $\geq 5\%$ en 1 mois ou $\geq 10\%$ en 6 mois ou $\geq 10\%$ par rapport au poids habituel avant le début de la maladie ;
- IMC $< 22\text{ kg/m}^2$;
- sarcopénie confirmée*.

* Plusieurs définitions de la sarcopénie ont été proposées⁴. Les critères proposés sont ceux de l'EWGSOP 2 (*European Working Group on Sarcopenia in Older People 2*) de 2019⁵.

Consensus européen (EWGSOP 2019) définissant la sarcopénie confirmée comme l'association d'une réduction de la force et de la masse musculaire.

	Femme	Homme
Réduction de la force musculaire (au moins 1 critère)		
5 levers de chaise en secondes	> 15	
Force de préhension (dynamomètre) en kg	< 16	< 27
ET réduction de la masse musculaire (au moins 1 critère)*		
Masse musculaire appendiculaire en kg	< 15	< 20
Index de masse musculaire appendiculaire en kg/m^2	< 5,5	< 7

* Les outils les plus fréquemment utilisés dans la littérature pour estimer la réduction de la masse musculaire sont la DEXA et l'impédancemétrie. D'autres techniques sont validées pour mesurer la masse musculaire (tels le scanner, l'IRM ou l'échographie musculaire), mais les seuils restent à définir dans la population âgée. Concernant l'anthropométrie, un tour de mollet $< 31\text{ cm}$ est proposé.

Evaluation cognitive

Droitier, commando de marine retraité.

Aucune plainte cognitive spontanée du patient.

La famille a remarqué une amnésie antérograde depuis 1 mois mais n'avait rien remarqué auparavant. Sur incitation ils reconnaissent que Monsieur pourrait présenter une désorientation temporelle et quelques oublis « comme tout le monde » surtout dus à « un manque d'attention ».

MMS 18/30: -2 OTS, -5 calcul, -3 différé non amélioré par l'indiçage, -2 langage.

Acalculie surprenante au vu de la profession antérieure

Horloge -/- (1/7) probable apraxie visuo-constructive.

5 mots de Dubois: 11/20: trouble de l'encodage et du rappel différé partiellement corrigé par l'indiçage.

Capacités de jugement semblent déficitaires: me dit en milieu d'entretien ne pas vouloir de chimiothérapie (« parce que c'est comme ça ») mais a toutefois accepté la pose de PAC. Avait oublié le motif de sa venue du jour et le diagnostic de cancer à son arrivée.

Evaluation thymique

Aucun syndrome anxio-dépressif

Part d'anosognosie?

Mini GDS 0/4

Sommeil correct selon Monsieur, oublie qu'il se lève 3 à 4 fois dans la nuit pour uriner, son épouse l'y accompagne.

Dort de 21h à 6h.

Epouse asthénique.

Evaluation de la marche et de l'équilibre:

Marche sans aide technique, ne chute pas.

TGUG 16 secondes.

Appui unipodal tenu de manière bilatérale mais équilibre précaire.

Bon chaussage a domicile.

Toutefois déroulé du pas qui n'est pas fluide, perte de hauteur et de longueur du pas.

Patient et famille en accord avec la prescription d'une kinésithérapie:

- Renforcement musculaire des quatre membres contre résistance poids 1 kg
- Travail de la flexion dorsale de la cheville
- Travail proprioceptif avec et sans contrôle visuel
- Travail fluidité dupas

Durée 3 fois par semaine minimum 6 mois.

Ressenti:

- Quelques douleurs abdominales modérées pour lesquelles le patient ne prends pas d'antalgiques
- Pas d'anxiété
- Asthénie intense (dort une bonne partie de la journée selon sa famille, Monsieur explique simplement « fermer les yeux »)

Pas de trouble sensoriel

Bilan biologique:

- hémoglobine stable 8,5 g/dL
- pas de trouble ionique
- fonction rénale normale: clairance 82 ml/min selon la formule CKD-EPI
- LDL 0,28 g/l, triglycérides 0,76 g/l, HDL 0,44 g/l (LIPTRUZET® à arrêter?)
- vitamine D indosable
- pas de carence folates, B12
- Hba1c passe de 9,2% à 7,7% en 10 jours (hypoglycémies sous insuline?)
- TSH normale pour l'âge 5,97 mUI/l



Vu dans le même temps par Onco-gastro référente car s'est présenté quatre jours auparavant aux urgences pour des rectorragies associées à une déglobulisation à 7,5 g/dl. Propose FOGD, rectoscopie et transfusion un culot globulaire.

Transfusion bien tolérée

FOGD: volumineuse masse nécrotique ulcérée du 2eme duodénum non sténosante connue. Nouvelles biopsies effectuées pour preuve anatomopathologique. Association avec oesophagite grade B + hernie hiatale par glissement. Proposition IPP simple dose pendant 8 semaines.

Recto-sigmoïdoscopie: multiples diverticules sigmoïdiens avec quelques zones inflammatoires pouvant faire évoquer une poussée semi-récente de diverticulite.

Problématique du diabète déséquilibré:

- Analyse du lecteur Freestyle libre 2: un seul scan en journée lors du passage de l'IDE le soir.
- Glycémies comprises entre 2,50 g/L et 2,90 g/L
- Aucune glycémie pré et post prandiale disponibles
- Pas d'éducation au freestyle, pas de notion d'alarmes hautes et basses
- Ne fait pas d'insuline rapide de rattrapage
- Devant le décroché d'Hba1c, hypoglycémies matinales?

HDJ: glycémie 2,45 g/l pré-prandiale midi

Avis endocrinologue demandé: pas de modification du protocole à l'aveugle. Attendu quatre jours plus tard en consultation endocrinologique pour adaptation du schéma insulinique + éducation thérapeutique.

Education faite sur l'utilisation lecteur connecté, scan 6 fois par jour, paramétrage alarmes fait,

En conclusion

Patient pré-fragile ou fragile selon les critères de Fried?:

- Diminution de la force de préhension
- Epuisement rapporté par le patient? Plutôt l'entourage, mais anosognosie sur altération cognitive?
- Faible endurance objectivée par une diminution des activités physiques quotidiennes
- Pas de réduction de la vitesse de marche
- Perte de poids involontaire: non chiffrable, impossible de savoir si dépasse les 4,5 kg ou 5% en un an

2 critères /5: pré-fragile?

Selon l'échelle de fragilité clinique de Rockwood?

3. Se débrouille bien

- Ses **problèmes médicaux sont bien contrôlés**, mais n'est pas **active de façon régulière**, au-delà de la marche quotidienne

4. Très légèrement fragile

- A des **symptômes qui limitent ses activités quotidiennes**, sans **être dépendante des autres pour ces activités**

Une plainte fréquente est d'être ralentie et/ou fatiguée pendant la journée

5. Légèrement fragile

- Ralentie de façon un peu plus évident, **a besoin d'aide pour les activités complexes ou instrumentales de la vie quotidienne**

Besoin d'aide pour les finances, transport, grosses tâches ménagères, médicaments ... voire pour faire ses courses, préparer les repas, marcher seule dehors

6. Modérément fragile

- A besoin d'aide pour toutes les activités à l'extérieur et pour l'entretien de la maison**

A l'intérieur, peut avoir des problèmes pour monter/descendre des escaliers, et avoir besoin d'une aide pour prendre un bain ou une aide minimale (être à côté) pour s'habiller

7. Sévèrement fragile

- Totalement dépendante pour les soins personnels**, mais semble stable et n'a pas un risque élevé de décéder dans les prochains 6 mois

Quelle que soit la cause de la dépendance pour les soins personnels, physique ou cognitive

3. Se débrouille bien

- Ses **problèmes médicaux sont bien contrôlés**, mais n'est pas **active de façon régulière**, au-delà de la marche quotidienne

4. Très légèrement fragile

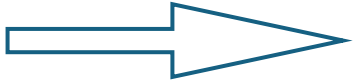
- A des **symptômes qui limitent ses activités quotidiennes**, sans **être dépendante des autres pour ces activités**

Une plainte fréquente est d'être ralentie et/ou fatiguée pendant la journée

5. Légèrement fragile

- Ralentie de façon un peu plus évident, **a besoin d'aide pour les activités complexes ou instrumentales** de la vie quotidienne

Besoin d'aide pour les finances, transport, grosses tâches ménagères, médicaments ... voire pour faire ses courses, préparer les repas, marcher seule dehors



6. Modérément fragile

- A besoin d'aide pour toutes les activités à l'extérieur et pour l'entretien de la maison**

A l'intérieur, peut avoir des problèmes pour monter/descendre des escaliers, et avoir besoin d'une aide pour prendre un bain ou une aide minimale (être à côté) pour s'habiller

7. Sévèrement fragile

- Totalement dépendante pour les soins personnels**, mais semble stable et n'a pas un risque élevé de décéder dans les prochains 6 mois

Quelle que soit la cause de la dépendance pour les soins personnels, physique ou cognitive

ECOG-PS



SCORE	DESCRIPTION	EN PRATIQUE
0	Entièrement actif, capable d'effectuer les mêmes activités qu'avant la maladie sans restriction	Vie normale, aucune limitation
1	Restreint dans les activités physiques intenses, ambulateur et capable d'effectuer des activités légères ou sédentaires (travaux ménagers légers, travail de bureau)	Actif avec quelques limitations
2	Ambulateur et capable de tous les soins personnels, incapable d'effectuer une activité professionnelle. Debout plus de 50% de la journée	Autonome pour les soins personnels, fatigué pour le reste
3	Capable de soins personnels limités, alité ou au fauteuil plus de 50% de la journée	Dépendance partielle, repos fréquent
4	Complètement dépendant, ne pouvant s'occuper de lui-même. Totalement confiné au lit ou au fauteuil	Dépendance totale
5	Décédé	—

Scores assez hétéroclites:

- pré-fragile Fried (mais probablement sous-estimé par la part d'anosognosie du patient)
- modérément fragile Rockwood
- OMS 3

Pas d'AMM chimiothérapie OMS 3

Quels risques identifiables encourus par le patient?

- aggravation de l'anémie sous 5FU (anémie rare sous 5 FU) + risque d'apparition de neutropénie/thrombopénie
- aggravation des performances de marche et des troubles de l'équilibre sous OXALIPLATINE
- aggravation de la perte d'autonomie AVQ et de la perte d'indépendance fonctionnelle
- aggravation de l'asthénie de son épouse, aidante principale
- aggravation de la perte de poids: stomatite induite par le 5FU
- aggravation de l'ulcère digestif

Qualité de vie et maintien au domicile risquent d'être compromis

Quels bénéfices attendus?

- prolongation de l'espérance de vie?
- retard du risque de caractère sténosant de la tumeur à terme?
- amélioration de la qualité de vie sous chimiothérapie?

Que dit la science?

Enfinement peu d'études.

Cancer rare (représente moins de 2% des tumeurs du tractus digestif), dans 20% des cas prédispositions familiales: Lynch, polypose adénomateuse familiale.

Fréquence adénocarcinome > tumeurs neuroendocrines > lymphoïdes ou tumeurs stromales.

L'adénocarcinome de l'intestin grêle a globalement un mauvais pronostic, avec une survie à 5 ans inférieure à 30 %, non modifiée durant les dernières décennies [Gustafsson BI 2008] et une survie médiane de 19 mois tous stades confondus [Howe JR 1999].

L'analyse moléculaire retrouve parfois des mutations KRAS, TP53, PIK3CA, APC, SMAD4 et ERBB2 + fréquentes instabilités microsatellites. (1)

Données parcellaires concernant le traitement et le bénéfice attendu.

Bénéfice des thérapies ciblées incertain et en cours d'études.

Place des inhibiteurs de points de contrôles immunitaires en cas d'instabilité microsatellite?

En situation palliative, les données concernant la chimiothérapie restent parcellaires. Une étude rétrospective a suggéré que la chimiothérapie palliative améliorait la survie (12 mois versus 2 mois, $p = 0,02$) [Dabaja BS 2004]. **Age médian de l'étude 55 ans.**

Dans la cohorte NADEGE, la survie globale en situation métastatique (stade IV) était de 12,7 mois, 14,3 mois pour ceux recevant de la chimiothérapie palliative [Aparicio T 2020]. **Age médian de l'étude 63 ans.** Dans la cohorte NADEGE, la chimiothérapie de 1ère ligne était le FOLFOX dans 80 % des cas, FOLFIRI dans 12 % et LV5FU2 dans 5 % [Aparicio T 2014, Aparicio T 2020].

Une série rétrospective multicentrique française a inclus 93 patients traités par FOLFOX, LV5FU2, LV5FU2-cisplatine ou FOLFIRI. La survie médiane était de 15,1 mois. Les patients traités par FOLFOX en première ligne avaient la meilleure survie (17,8 mois) [Zaanan A 2010]. Ces résultats sont confirmés dans 2 autres études [Overman MJ 2008, Xiang XJ 2012].

Enfin, une étude prospective a rapporté des résultats encourageant de l'association oxaliplatine + capécitabine chez 30 patients avec 52 % de réponses objectives [Overman MJ 2009].

Conclusion:

La balance bénéfices-risques parait défavorable à l'utilisation d'une bichimiothérapie.

Explications données au patient en présence de sa famille des craintes quant à l'utilisation des produits de chimiothérapie.

Risques expliqués concernant les principaux effets indésirables et l'altération de qualité de vie attendus.

Proposition de discussion collégiale et de consultation avec oncologue dès la réception des résultats anatomopathologiques du jour.

Discussion avec oncologue: très surprise de l'évaluation oncogéraitrique. Patient lui était apparu robuste (sans doute carrure sportive due à la profession? Anosogonie des troubles par le patient? Protection par la famille?)

Problématique du PAC posé avant l'évaluation oncogériatrique...pourra être utilisé pour les traitements de support.

(1) E. Moati, C. Broudin, G. Perrod, A. Zaanani, Adénocarcinome du duodénum, Volume , Issue , /2023, Pages , ISSN 1155-1968, [http://dx.doi.org/10.1016/S1155-1968\(23\)41959-1](http://dx.doi.org/10.1016/S1155-1968(23)41959-1)
([http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1155-1968\(23\)41959-1](http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1155-1968(23)41959-1))

Remerciements

