

Le 9  
avril  
2021

Recherche, soins et coordination en

# oncogériatrie

en Île-de-France

## SSR Oncogériatriques

Eric Dupuydupin – Médecin – Hôpital Dupuytren, HUH, AHPH



ONCORIF

Réseau Régional de Cancérologie  
Île-de-France



SSR oncogériatrique  
Ou  
SSR géiatroncologique ?

SSR oncogériatrique  
Ou  
SSR oncogériatriques ?

Unité SSR oncogériatrique  
Ou  
SSR géiatroncologique ?

SSR onco­gé­ri­atri­que  
Ou  
SMR onco­gé­ri­atri­que?

SMR oncologique pour PA  
Ou  
SMR gériatrique pour patients oncologiques?

SSR oncogériatrique  
Ou  
SSR géiatroncologique ?

Données INCa (2018) :

- Incidence environ 400000/an
- Age médian de diagnostic : 68 ans (pas loin de l'âge oncogériatrique de 70 ans (G8))
- Age médian de décès : 73 ans à 77 ans selon sexe
- Augmentation de la prévalence



Donc oncologues et gériatres même combat !!

Ou presque...

Peu d'oncologues en SSR et peu de gériatres en MCO  
oncologiques

Distorsion temporelle et spatiale !!!

MCO : DMS, demandes ++, lits, plateau technique ++

SSR : plateau technique --, « moins » de pression sur la DMS, plus de temps

## Place du SSR

- Amont et aval
- Fait parti du parcours de soins
- Anticipation + + +, ne pas attendre
- Evaluation gériatrique en MCO ++ (place des équipes mobiles)
- Fluidité entre les 2 « mondes »

## Place du SSR

Partenariats forts entre :

- oncologues
- gériatres
- acteurs de ville (médecins traitants, IDE, SSIAD, DAC, EHPAD...)
- SAU
- implantation territoriale ++

## Place du SSR

- Ne pas faire du MCO
- Ne pas faire ce qui peut être fait en ville (sauf si problèmes sociaux)

## Place du SSR

- Ne pas faire du MCO
- Ne pas faire ce qui peut être fait en ville (sauf si problèmes sociaux)
  
- Mais nous le faisons tous...

## Intérêts du SSR

- Nutrition + + + + +
- Rééducation physique
- Prise en charge sociale
- Prise en charge psychologique
- Plaies et cicatrisation

SSR oncogériatrique  
Ou  
SSR oncogériatriques ?



SSR oncogériatrique plutôt

Ne pas sous-spécialiser a priori

Unité SSR oncogériatrique  
Ou  
SSR oncogériatrique ?

- Régime d'autorisations

## Unité SSR oncogériatrique

- Equipes « dédiées » formées
- Matériels particuliers
- Circuit du médicament
- Procédures spécifiques (aplasie, nutrition, PAC...)
- Visibilité

## SSR oncogériatrique

- Places
- Fluidité des admissions
- Moins de problématiques RH

SSR oncogériatrique  
Ou  
SMR onco(gériatrique)?

## SMR onco(gériatrique)

- Nouvelle définition avec disparition du terme « soins de suite ».
- Prend en compte la dimension d'amont, d'éducation, de prévention et de difficultés sociales.
- Notion d'équipe pluridisciplinaire

## SMR onco(gériatrique)

- Cahier des charges et financement spécifiques
- On revient à la difficulté entre PA dans un service d'oncologie ou un patient atteint de cancer dans un service de gériatrie
- Répartition des nouveaux SMR par territoire

Dans tous les cas qu'elle est la prise en charge en SSR oncogériatrique ?

Mon idéal...



De grands principes :

- Travail d'équipes au sens très large
- Connaissances du territoire et de ses ressources
- Fluidité du parcours (ville, DAC, médico-social, télémédecine, MCO...)

Connaissance de la gériatrie, de la cancérologie et de l'ensemble des soins de support

Se que l'on peut proposer :

- Prise en charge globale intégrée dans les parcours onco et gériatriques
- Pré-habilitation au traitement « agressif » après RCP
- Prise en charge en aval des traitements ou durant les traitements si domicile « inadapté »

Se que l'on peut proposer :

- Traitements oncologiques per os (voire sc si autorisations) types chimiothérapie, thérapies ciblées.
- Transfusions (CG/plaquettes)
- Soins de support [(EPO, Facteurs de croissance, douleur, nutrition, psychologue, rééducation (kiné, ergo, orthophoniste, pédicure, psychomotricien, assistante sociale, diet...)]

Se que l'on peut proposer :

Où s'arrêter ?

Nécessité d'un réseau complet pour une prise en charge de qualité avec toujours un oncologue référent, des décisions en RCP

# SSR Oncogériatriques

Se que l'on peut proposer :

Adhésion du patient ++

Adhésion de l'entourage ++



## Exemple 1 :

- Patiente de 75 ans adressée « en urgence » par MT en UGA pour suspicion de cancer du rein avec anémie 7 g/dl.
- Pourquoi en gériatrie ?

## Exemple 1 :

- Principale aidante de son époux suivi pour maladie neurovégétative évolutive
- Situation familiale « compliquée »
- Refus d'être séparée de son époux



## Exemple 1 :

- En MCO :
  - Anémie sur hématurie, dénutrition et syndrome inflammatoire
  - Transfusion rapide (très symptomatique)
  - AEG avec perte de poids, dénutrition majeure
  - Examens confirment le cancer du rein localisé

## Exemple 1 :

- En SSR :
  - Renutrition par équipe d'UTN et ondotologue
  - RCP : chirurgie « seule »
  - Bilan pré-opératoire

Puis transfert en chirurgie...

## Exemple 1 :

- En SSR :
  - Retour rapide après chirurgie et suites simples
  - Rééducation et poursuite de la nutrition
  - Pas de support transfusionnel
  - Nouvelle RCP : pas de traitement complémentaire

## Organisation du RAD

## Exemple 1 : pendant ce temps

En SSR :

- Epoux avec elle durant la première phase
- Chambres séparées par la suite
- AEG pour son époux avec chutes, fausses routes...
- Fumeur non sevré...radiographie...scanner...

Exemple 1 : pendant ce temps pour son époux

Découverte de lésions pulmonaires très suspectes

Passage en RCP :

- Fibroscopie

Discussion avec l'entourage :

- Soins de confort

## Exemple 2 :

Patient de 86 ans :

Hospitalisation en SSR pour AEG et syndrome dépressif

- Renutrition
- Rééducation
- Traitement dépression

## Exemple 2 :

Patient de 86 ans :

Hospitalisation en SSR pour AEG et syndrome dépressif

- Découverte d'une lésion pulmonaire avec ganglions thoraciques
- Fibroscopie avec anatomopathologie maligne

## Exemple 2 :

Patient de 86 ans :

Transfert en service MCO de pneumologie :

- RCP : propose chimiothérapie
- 1ère cure en pneumologie après bilan complet de faisabilité
- Transfert en unité d'oncogériatrie pour l'intercure



Exemple 2 :

En SSR d'oncogériatrie :

- Aplasie très précoce
- COVID + « asymptomatique »

## Exemple 2 :

### Transfert en pneumologie :

- COVID compliqué
- Surinfection
- Hémorragie digestive
- Grabatisation/dénutrition
- RCP : soins de confort

## Exemple 2 :

### Transfert SSR oncogériatrique

- Pas de nouveau saignement
- Renutrition parentérale puis orale (PICCLINE)
- Disparition des signes infectieux
- Mise au fauteuil
- Accompagné aux toilettes

## Exemple 2 :

### Transfert SSR oncogériatrique

- Reprise de la kiné
- Renutrition progressive (+10 kg)
- Absence de signe pneumologique
- TAP scanner : disparition de la lésion primitive et diminution des adénopathies

## Exemple 2 :

### Consultation en pneumologie :

- Réponse (ou pas) au traitement
- Propose contrôle à M3 car patient trop fragile pour autre attitude
- Puis RCP

## Exemple 2 :

### En SSR :

- Sortie au domicile après visite de l'ergothérapeute et adaptation du domicile
- Mise en place d'aides
- Visite de l'équipe mobile
- TAP scanner et cs spécialisée organisés

## Exemple 3 :

Patiente de 73 ans :

Transfert d'une clinique 1 en SSR pour intercure de chimiothérapie sur cancer bronchique avec extension à l'oreillette droite

- Renutrition
- Rééducation
- Gestion de l'aplasie

## Exemple 3 :

Patiente de 73 ans :

- Perte de poids
- Dyspnée
  
- Puis...malaises...puis...



## Exemple 3 :

Patiente de 73 ans :

- ECG : 25/30 par min
- Transfert en urgence sur MCO rythmologie (clinique 2)
- Scanner thoracique : impossibilité de monter une sonde de PM...

## Exemple 3 :

### Contact avec son oncologue référent :

- Informe la famille et la patiente du caractère très préoccupant de la situation
- Mise sous corticothérapie hautes doses (en accord avec le rythmologue)
- Radiothérapie sur lésion cardiaque décidée en urgence
- Transfert en SSR oncogériatrique et décision de non réanimation...

## Exemple 3 :

Dans le même temps :

- Cluster COVID dans l'unité (première vague)
- Patiente positive et totalement asymptomatique
- Sérologie positive par la suite
- Scanner COVID -

Exemple 3 :

Puis :

- Réalisation de la radiothérapie
- Amélioration progressive du rythme
- RCP : propose immunothérapie

## Exemple 3 :

Puis :

- Aucun effet secondaire de l'immunothérapie
- Renutrition
- Kiné respiratoire et rééducation physique

## Exemple 3 :

10 mois plus tard :

- Réponse quasi-totale
- Disparition de la lésion intracardiaque
- Prise de 10 kg
- Disparition des malaises
- RAD organisé
- Discussion sur l'anticoagulation et la pose du PM

Exemple 3 :

Et son époux...

Même lésion

Même traitement

Même équipe...

## Conclusion :

Fluidité des parcours (avant, pendant, après)

Connaissance des partenaires (ville, ES de territoire, ES de recours)

Offre complète de rééducation

Equipe formée, soudée, stable

Prise de décision argumentée en accord avec les choix du patient



Merci



ONCORIF

Incrapôle  
Île-de-France