



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

Université Claude Bernard  **Lyon 1**

UFR de MEDECINE LYON-EST

ANNEE 2018 - N° 16

Diagnostic de cancer chez le sujet âgé : sensibilisation des médecins au repérage des signes non spécifiques. Étude quantitative, observationnelle, descriptive

THESE D'EXERCICE EN MEDECINE

Présentée à l'Université Claude Bernard Lyon 1
Et soutenue publiquement le 30 Janvier 2018
En vue d'obtenir le titre de Docteur en Médecine
Par

ABILA Florian
Né le 10 septembre 1990, à Dijon (21)

Sous la direction de **Dr MARTIN-GAUJARD Géraldine**

ANNEE 2018 - N° 16

Diagnostic de cancer chez le sujet âgé : sensibilisation des médecins au repérage des signes non spécifiques. Étude quantitative, observationnelle, descriptive

THESE D'EXERCICE EN MEDECINE

Présentée à l'Université Claude Bernard Lyon 1
Et soutenue publiquement le 30 Janvier 2018
En vue d'obtenir le titre de Docteur en Médecine

Par

ABILA Florian
Né le 10 septembre 1990, à Dijon (21)

Sous la direction de **Dr MARTIN-GAUJARD Géraldine**

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD – LYON 1

Président	Frédéric FLEURY
Président du Comité de Coordination des Études Médicales	Pierre COCHAT
Directrice Générale des Services	Dominique MARCHAND

Secteur Santé

UFR de Médecine Lyon Est	Doyen : Gilles RODE
UFR de Médecine Lyon Sud- Charles Mérieux	Doyen : Carole BURILLON
Institut des Sciences Pharmaceutiques Et Biologiques (ISPB)	Directrice : Christine VINCIGUERRA
UFR d’Odontologie	Directeur : Denis BOURGEOIS
Institut des Sciences et Techniques De Réadaptation (ISTR)	Directeur : Xavier PERROT
Département de Biologie Humaine	Directrice : Anne-Marie SCHOTT

Secteur Sciences et Technologie

UFR de Sciences et Technologies	Directeur : Fabien de MARCHI
UFR de Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives (STAPS)	Directeur : Yannick VANPOULLE
Polytech Lyon	Directeur : Emmanuel PERRIN
I.U.T.	Directeur : Christophe VITON
Institut des Sciences Financières Et Assurances (ISFA)	Directeur : Nicolas LEBOISNE
Observatoire de Lyon	Directrice : Isabelle DANIEL
Ecole Supérieure du Professorat Et de l’Education (ESPE)	Directeur : Alain MOUGNIOTTE

Faculté de Médecine Lyon Est

Liste des enseignants 2017/2018

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Classe exceptionnelle Echelon 2

Blay Jean-Yves	Cancérologie ; radiothérapie
Borson-Chazot Françoise	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
Cochat Pierre	Pédiatrie
Etienne Jérôme	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Guérin Claude	Réanimation ; médecine d'urgence
Guérin Jean-François	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Mornex Jean-François	Pneumologie ; addictologie
Nighoghossian Norbert	Neurologie
Ovize Michel	Physiologie
Ponchon Thierry	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Revel Didier	Radiologie et imagerie médicale
Rivoire Michel	Cancérologie ; radiothérapie
Rudigoz René-Charles	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Thivolet-Bejui Françoise	Anatomie et cytologie pathologiques
Vandenesch François	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Classe exceptionnelle Echelon 1

Breton Pierre	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Chassard Dominique	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Claris Olivier	Pédiatrie
Colin Cyrille	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
D'Amato Thierry	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Delahaye François	Cardiologie
Denis Philippe	Ophtalmologie
Disant François	Oto-rhino-laryngologie
Douek Philippe	Radiologie et imagerie médicale
Ducerf Christian	Chirurgie digestive
Finet Gérard	Cardiologie
Gaucherand Pascal	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Herzberg Guillaume	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Honnorat Jérôme	Neurologie
Lachaux Alain	Pédiatrie
Lehot Jean-Jacques	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Lermusiaux Patrick	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Lina Bruno	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Martin Xavier	Urologie
Mellier Georges	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Mertens Patrick	Anatomie
Miossec Pierre	Immunologie

Morel Yves	Biochimie et biologie moléculaire
Moulin Philippe	Nutrition
Négrier Claude	Hématologie ; transfusion
Négrier Sylvie	Cancérologie ; radiothérapie
Neyret Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Ninet Jean	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Obadia Jean-François	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Rode Gilles	Médecine physique et de réadaptation
Terra Jean-Louis	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Zoulim Fabien	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers

Première classe

Ader Florence	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
André-Fouet Xavier	Cardiologie
Argaud Laurent	Réanimation ; médecine d'urgence
Aubrun Frédéric	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Badet Lionel	Urologie
Barth Xavier	Chirurgie générale
Bessereau Jean-Louis	Biologie cellulaire
Berthezene Yves	Radiologie et imagerie médicale
Bertrand Yves	Pédiatrie
Boillot Olivier	Chirurgie digestive
Braye Fabienne	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
Chevalier Philippe	Cardiologie
Colombel Marc	Urologie
Cottin Vincent	Pneumologie ; addictologie
Cotton François	Radiologie et imagerie médicale
Devouassoux Mojgan	Anatomie et cytologie pathologiques
Di Fillipo Sylvie	Cardiologie
Dumontet Charles	Hématologie ; transfusion
Dumortier Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Durieu Isabelle	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Edery Charles Patrick	Génétique
Fauvel Jean-Pierre	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
Guenot Marc	Neurochirurgie
Gueyffier François	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
Guibaud Laurent	Radiologie et imagerie médicale
Javouhey Etienne	Pédiatrie
Juillard Laurent	Néphrologie
Jullien Denis	Dermato-vénéréologie
Kodjikian Laurent	Ophtalmologie
Krolak Salmon Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Lejeune Hervé	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale

Mabrut Jean-Yves	Chirurgie générale
Merle Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Mion François	Physiologie
Morelon Emmanuel	Néphrologie
Mure Pierre-Yves	Chirurgie infantile
Nicolino Marc	Pédiatrie
Picot Stéphane	Parasitologie et mycologie
Raverot Gérard	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
Rouvière Olivier	Radiologie et imagerie médicale
Roy Pascal	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Saoud Mohamed	Psychiatrie d'adultes
Schaeffer Laurent	Biologie cellulaire
Scheiber Christian	Biophysique et médecine nucléaire
Schott-Pethelaz Anne-Marie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Tilikete Caroline	Physiologie
Truy Eric	Oto-rhino-laryngologie
Turjman Francis	Radiologie et imagerie médicale
Vanhems Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Vukusic Sandra	Neurologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers

Seconde Classe

Bacchetta Justine	Pédiatrie
Boussel Loïc	Radiologie et imagerie médicale
Calender Alain	Génétique
Chapurlat Roland	Rhumatologie
Charbotel Barbara	Médecine et santé au travail
Chêne Gautier	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Collardeau Frachon Sophie	Anatomie et cytologie pathologiques
Crouzet Sébastien	Urologie
Cucherat Michel	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
Dargaud Yesim	Hématologie ; transfusion
David Jean-Stéphane	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Di Rocco Federico	Neurochirurgie
Dubernard Gil	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Dubourg Laurence	Physiologie
Ducray François	Neurologie
Fanton Laurent	Médecine légale
Fellahi Jean-Luc	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Ferry Tristan	Maladie infectieuses ; maladies tropicales
Fourneret Pierre	Pédopsychiatrie ; addictologie
Gillet Yves	Pédiatrie
Girard Nicolas	Pneumologie
Gleizal Arnaud	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Henaine Roland	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Hot Arnaud	Médecine interne

Huissoud Cyril
Jacquin-Courtois Sophie
Janier Marc
Lesurtel Mickaël
Levrero Massimo
Maucort Boulch Delphine

Michel Philippe
Million Antoine
Monneuse Olivier
Nataf Serge
Peretti Noël
Pignat Jean-Christian
Poncet Gilles
Poulet Emmanuel
Ray-Coquard Isabelle
Rheims Sylvain
Richard Jean-Christophe
Rimmele Thomas
Robert Maud
Rossetti Yves
Souquet Jean-Christophe
Thaumat Olivier
Thibault Hélène
Wattel Eric

Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Médecine physique et de réadaptation
Biophysique et médecine nucléaire
Chirurgie générale
Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
Chirurgie générale
Cytologie et histologie
Nutrition
Oto-rhino-laryngologie
Chirurgie générale
Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Cancérologie ; radiothérapie
Neurologie
Réanimation ; médecine d'urgence
Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Chirurgie digestive
Physiologie
Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Néphrologie
Physiologie
Hématologie ; transfusion

Professeur des Universités - Médecine Générale

Flori Marie
Letrilliart Laurent
Moreau Alain
Zerbib Yves

Professeurs associés de Médecine Générale

Lainé Xavier

Professeurs émérites

Baulieux Jacques
Beziat Jean-Luc
Chayvialle Jean-Alain
Cordier Jean-François
Daligand Liliane
Droz Jean-Pierre
Floret Daniel
Gharib Claude
Gouillat Christian
Mauguière François

Cardiologie
Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Pneumologie ; addictologie
Médecine légale et droit de la santé
Cancérologie ; radiothérapie
Pédiatrie
Physiologie
Chirurgie digestive
Neurologie

Michallet Mauricette	Hématologie ; transfusion
Neidhardt Jean-Pierre	Anatomie
Petit Paul	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Sindou Marc	Neurochirurgie
Touraine Jean-Louis	Néphrologie
Trepo Christian	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Trouillas Jacqueline	Cytologie et histologie
Viale Jean-Paul	Réanimation ; médecine d'urgence

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers Hors classe

Benchab Mehdi	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Bringuier Pierre-Paul	Cytologie et histologie
Chalabreysse Lara	Anatomie et cytologie pathologiques
Germain Michèle	Physiologie
Jarraud Sophie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Le Bars Didier	Biophysique et médecine nucléaire
Normand Jean-Claude	Médecine et santé au travail
Persat Florence	Parasitologie et mycologie
Piaton Eric	Cytologie et histologie
Sappey-Marinier Dominique	Biophysique et médecine nucléaire
Streichenberger Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
Tardy Guidollet Véronique	Biochimie et biologie moléculaire

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers Première classe

Bontemps Laurence	Biophysique et médecine nucléaire
Charrière Sybil	Nutrition
Confavreux Cyrille	Rhumatologie
Cozon Grégoire	Immunologie
Escuret Vanessa	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Hervieu Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
Kolopp-Sarda Marie Nathalie	Immunologie
Lesca Gaëtan	Génétique
Lukaszewicz Anne-Claire	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Meyronet David	Anatomie et cytologie pathologiques
Phan Alice	Dermato-vénérologie
Pina-Jomir Géraldine	Biophysique et médecine nucléaire
Plotton Ingrid	Biochimie et biologie moléculaire
Rabilloud Muriel	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Roman Sabine	Physiologie
Schluth-Bolard Caroline	Génétique
Tristan Anne	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Venet Fabienne	Immunologie
Vlaeminck-Guillem Virginie	Biochimie et biologie moléculaire

Maîtres de Conférences – Praticiens Hospitaliers

Seconde classe

Bouchiat Sarabi Coralie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Casalegno Jean-Sébastien	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Cour Martin	Réanimation ; médecine d'urgence
Coutant Frédéric	Immunologie
Curie Aurore	Pédiatrie
Duclos Antoine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Josset Laurence	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Lemoine Sandrine	Physiologie
Marignier Romain	Neurologie
Menotti Jean	Parasitologie et mycologie
Simonet Thomas	Biologie cellulaire
Vasiljevic Alexandre	Anatomie et cytologie pathologiques

Maîtres de Conférences associés de Médecine Générale

Farge Thierry
Pigache Christophe
De Fréminville Humbert

Le Serment d'Hippocrate

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement la vie ni ne provoquerai délibérément la mort.

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.

Remerciements

Aux membres de mon jury

A Madame le Professeur Delphine Maucort-Boulch

Pour avoir accepté de présider mon jury de thèse et pour votre aide précieuse en statistiques. Soyez assuré de toute ma reconnaissance et de mon respect.

A Monsieur le Professeur Marc Bonnefoy

Je suis honoré de l'intérêt que vous avez bien voulu porter à ce travail. Merci de siéger parmi ce jury.

A Monsieur le Professeur Alain Moreau

Je vous suis très reconnaissant d'avoir accepté de faire parti de mon jury. Soyez assuré de tout mon respect et de ma gratitude.

A Madame le Docteur Géraldine Martin-Gaujard

Je te remercie d'avoir été à l'origine de ce travail de thèse et de m'avoir fait l'honneur d'en être la directrice. Tu as su m'encourager à chaque fois qu'il le fallait. Ta disponibilité et tes bons conseils m'ont permis d'être fier de ce que j'ai produit.

A ma fiancée Sarah

Pour ton amour et tes attentions au quotidien pendant toutes ces années, pour chaque instant de bonheur passé et à venir à tes côtés. Je t'aime.

A mes parents

Merci pour votre soutien infailible durant toutes ces années et pour la confiance que vous m'avez toujours accordé.

A mon frère Anthony

Merci pour ton soutien et ta bonne humeur.

A mes grands-parents

Pour tout ce que vous représentez pour moi. Merci pour votre soutien.

A ma belle-famille

Pour votre accueil chaleureux, votre bienveillance et votre soutien. A Martine et Bernard pour les délicieux repas et belles bouteilles partagés ensemble. A Aurore et David pour nos escapades natures et nos nombreux fous rires.

A mes amis

A Pierre, Maxime, Antoine, Mourad, Matthieu, Cochon, mes Poissons Marc et Vincent, Guillaume et Virginie pour votre soutien, votre présence et tous les moments hilarants passés ensemble.

Enfin à tous les médecins et cointernes dont j'ai eu le privilège de croiser le chemin

Je suis reconnaissant d'avoir pu évoluer à vos côtés.

Liste des abréviations

CGA : Comprehensive Geriatric Assessment

ADL : Activities of Daily Living

IADL : Instrumental Activities of Daily Living

MMS : Mini Mental State examination

CIRS-G : Cumulative Illness Rating Scale – Geriatric

DIM : Département d'Information Médicale

PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information

NICE : National Institute for health and Care Excellence

HAS : Haute Autorité de Santé

SIB : Syndrome inflammatoire biologique

CRP : Protéine C-réactive

TNF : Tumor Necrosis Factor

IL : Interleukine

VPP : Valeur Prédictive Positive

CHRU : Centre Hospitalier Régional Universitaire

Table des matières

Remerciements.....	10
Liste des abréviations.....	12
1 – Introduction.....	15
2 – Généralités.....	18
2.1 Epidémiologie des cancers.....	18
2.1.1 Données générales.....	19
2.1.2 Incidence.....	19
2.1.3 Mortalité.....	19
2.1.4 Coût économique.....	20
2.2 Sujet âgé.....	20
2.2.1 Démographie.....	20
2.2.2 Définition.....	22
2.2.3 Particularités.....	24
2.2.4 Notion d'oncogériatrie.....	24
2.3 Aspects éthiques.....	26
2.3.1 RCP d'oncogériatrie.....	26
3 Matériel et méthode.....	27
3.1 Étude.....	27
3.2 Population.....	27
3.3 Méthode.....	29
3.4 Analyse statistique.....	31
4 Résultats.....	32
4.1 Caractéristiques des patients.....	32
4.2 Motifs d'hospitalisation.....	36
4.3 Mortalité.....	36
4.4 Signes non spécifiques.....	37
4.4.1 Critère "Chute".....	37
4.4.2 Critère "AEG".....	38
4.4.3 Critère "Déclin cognitif".....	38
4.4.4 Critère "Amaigrissement".....	38
4.4.5 Critère "SIB".....	38
4.5 Combinaison des signes non spécifiques.....	40
4.5.1 Aucun critère.....	40
4.5.2 Un critère.....	40
4.5.3 Deux critères.....	40
4.5.4 Trois critères.....	40
4.5.5 Quatre critères.....	41
4.5.6 Cinq critères.....	41
5 Discussion.....	43
5.1 Résultats principaux de l'étude.....	43
5.1.1 Signes non spécifiques.....	43
5.1.2 Difficultés diagnostiques.....	47
5.2 Forces et limites de l'étude.....	48
5.2.1 Forces.....	48
5.2.2 Limites.....	49
5.3 Perspectives.....	49
6 Conclusion.....	50

Annexe 1 : Données Hotline 2015 du 1er Janvier AU 31 Décembre 2015 Inclus.....	51
Annexe 2 : CIRS - Cumulative Illness Rating Scale	52
Annexe 3 : NICE Recommandations organised by site of cancer.....	56
Bibliographie.....	66

1 – Introduction

Le cancer est principalement une maladie de la personne âgée : l'âge constitue en effet le principal facteur de risque de la majorité des pathologies cancéreuses [1]. La prise en charge des personnes âgées atteintes de cancer représente un problème de santé publique mondial. Si, en France, près d'un tiers des cancers survient de nos jours chez des personnes de plus de soixante-quinze ans, cette proportion devrait être d'un cancer sur deux d'ici 2050 [2]. C'est dire l'importance de bien connaître les caractéristiques des cancers chez les personnes âgées, afin de rendre pertinentes les réponses aux besoins de cette population de patients.

Les spécificités sont nombreuses, elles portent sur le dépistage, le diagnostic, encore trop souvent porté à un stade tardif, avec des conséquences sur la survie et la qualité de vie, l'annonce, mais aussi les traitements qui doivent conjuguer les approches gériatrique, oncologique, environnementale, cognitive et sociale [3].

L'incidence des cancers augmente chez l'homme comme chez la femme.

Entre 1980 et 2012, le nombre de nouveaux cancers a augmenté de 107,6% chez l'homme et de 111,4% chez la femme ; et la part attribuable au vieillissement de la population était respectivement de 34% et 22,5% [4].

Depuis 2006, sous l'impulsion de l'Institut National du Cancer (INCA), des unités de coordination en oncogériatrie ont été mises en place, pour développer la recherche, diffuser et améliorer les bonnes pratiques en oncogériatrie [4]. Ce dispositif vise à garantir à tout patient âgé atteint de cancer un traitement adapté à son état, grâce à une approche multidisciplinaire et multi-professionnelle. Dernièrement, le plan cancer 2014-2019 a inclus la nécessité de répondre aux besoins spécifiques des personnes âgées atteintes de cancer.

Il faut distinguer deux concepts : « dépistage collectif » et « diagnostic précoce ». La population gériatrique a été largement éliminée des campagnes de dépistage collectif malgré des données d'incidence croissante avec l'avancée en âge, du fait de la faible rentabilité économique des tests [5].

Le diagnostic précoce correspond à une attitude individuelle effectuée par le médecin soit à titre systématique, quel que soit le motif de visite, ou par la mise en place d'une procédure diagnostique à la recherche d'une pathologie devant un signe clinique particulier [5].

Tandis que les thérapies anti-cancéreuses sont axées sur la survie sans rechute ainsi que la survie globale chez les patients jeunes ; elles ont d'autres finalités dans la population gériatrique. Le maintien de l'autonomie et de la qualité de vie sont deux objectifs fondamentaux des traitements [6, 7, 8].

Les cancers du sein et colo-rectaux, se situent respectivement, au premier rang de la mortalité par cancer chez la femme, et au second rang de mortalité par cancer tout sexe confondu. Une étude de 2015 réalisée sur 465 patientes de plus de quatre-vingt ans atteintes d'un cancer du sein, a démontré une espérance de vie significativement supérieure, lorsque le diagnostic a été précoce et avec un traitement chirurgical versus un traitement médical pur par hormonothérapie (109 mois contre 50 mois, $p < 0,001$). A l'inverse, à un stade localement avancé de cancer du sein, il n'y avait pas de différence significative en terme de survie entre les patientes opérées et celles traitées médicalement [9].

Une étude rétrospective de 2008 a été réalisée sur 517 patients atteints d'un adénocarcinome colo-rectal. Les patients ont été divisés en deux groupes d'âge (inférieur à soixante-quinze ans et supérieur ou égal à soixante quinze ans). Les modalités de traitement étaient identiques dans les deux groupes. Aucune différence significative n'a été constatée entre les deux groupes, en terme de "morbidité post-opératoire à trente jours", et de "survie en bonne santé" (suivi moyen de trente deux mois) [10].

On sait aujourd'hui que le stade de la maladie lors du diagnostic conditionne sa prise en charge et ses chances de guérison. Chez le sujet âgé, la précocité du diagnostic a pour conséquence de meilleurs résultats en terme de mortalité et de qualité de vie des patients. Or, il a été démontré que s'agissant des plus de quatre-vingt ans, la moitié des cancers diagnostiqués l'est seulement à un stade avancé : il existe une véritable perte de chance pour cette population sous-diagnostiquée [5,11].

L'origine de ce sous-diagnostic, et des traitements inadaptés, est un ensemble de représentations inappropriées très répandues [12] (certains considèrent comme normal le décès d'une personne âgée atteinte d'un cancer, qui n'est plus considérée comme accessible aux traitements usuels - le cancer chez une personne âgée serait toujours d'évolution lente); et une méconnaissance importante des signes du cancer chez les personnes âgées. Le corps médical a également une part de responsabilité, en retardant les décisions qui conduisent au diagnostic [5]. Il existe une réelle difficulté de diagnostic, il n'est pas toujours aisé de faire la part entre les comorbidités, les

modifications fonctionnelles et physiologiques liées à l'âge, et les signes de cancer. L'absence de repérage des symptômes les plus significatifs et la confusion avec des manifestations liées à une maladie chronique préexistante sont les principales causes du retard au diagnostic de cancer des sujets âgés [13].

Il semble donc essentiel de réévaluer régulièrement le sujet âgé, compte tenu du risque de développer un cancer, et de considérer toute survenue d'un symptôme nouveau ou inhabituel comme un élément susceptible de révéler une situation clinique nouvelle.

Ces constats issus de la littérature et de mon expérience ont été à l'origine de l'étude de cette population. J'ai pu effectuer durant l'internat, un stage de six mois en service de gériatrie. J'ai constaté à plusieurs reprises des demandes d'hospitalisation de patients, par le médecin généraliste, pour un syndrome gériatrique avec, à l'issue de l'hospitalisation, un diagnostic de cancer. Une réflexion a émergé, avec au final une question concernant la pratique quotidienne de la gériatrie au cabinet du médecin généraliste : quels sont les signes non spécifiques de cancer, les plus pertinents, souvent banalisés, et qui pourraient être annonciateur d'une pathologie tumorale évolutive chez le sujet âgé?

L'objectif de ce travail est donc d'identifier des signes en apparence non spécifiques, mais qui seraient révélateurs d'un cancer chez le sujet âgé, afin d'en améliorer le diagnostic précoce au cabinet du médecin généraliste. Cette prise en charge plus précoce, même si elle ne se solde pas par une guérison certaine, permettrait de limiter l'impact de la maladie sur la qualité de vie, et d'anticiper de manière coordonnée (médecin traitant, service de spécialités médicales et chirurgicales, soins palliatifs) l'avenir de ces patients.

2 – Généralités

2.1 Epidémiologie des cancers

2.1.1 Données générales

En 2015, 1,2 millions de personnes ont été hospitalisées, en France, en lien avec le diagnostic, le traitement ou la surveillance d'un cancer, soit près d'un quart de l'activité hospitalière globale en court séjour médecine, chirurgie, obstétrique [14].

L'âge médian des personnes traitées pour un cancer était de soixante huit ans chez les hommes et de soixante cinq ans chez les femmes [14].

2.1.2 Incidence

385 000 nouveaux cas de cancers ont été diagnostiqué en 2015 dont 211 000 chez les hommes soit une baisse de 1,3% par an entre 2005 et 2012 ; et 174 000 chez les femmes soit un ralentissement de la progression (+ 0,2% par an entre 2005 et 2012) [14].

Au premier rang se situent le cancer de la prostate chez l'homme et le cancer du sein chez la femme, loin devant les cancers du colon-rectum et du poumon [14].

Le cancer du poumon se situe au second rang chez l'homme et troisième rang chez la femme. Le cancer colo-rectal occupe lui la seconde place chez la femme et la troisième place chez l'homme [15].

2.1.3 Mortalité

149 500 décès par cancer ont été enregistrés en 2015 : 84 000 hommes, soit une baisse de 2,9% entre 2005 et 2012 ; et 65 000 femmes, soit une baisse de 1,4% entre 2005 et 2012.

Le cancer est la première cause de mortalité chez l'homme et la deuxième chez la femme. Les cancers à l'origine des plus grands nombres de décès sont, par ordre de fréquence, le cancer du poumon, le cancer colorectal et le cancer de la prostate chez l'homme ; le cancer du sein, le cancer colorectal et le cancer du poumon chez la femme [14].

Une étude américaine rétrospective a été réalisée en 2014 sur 69 718 patients atteints d'un cancer colorectal primitif entre 1992 et 2009. Les résultats ont mis en évidence le fait que le développement du dépistage du cancer colo-rectal avait pour conséquence la découverte de tumeurs à un stade plus précoce, et contribuait à hauteur de 20% dans l'amélioration de la survie après maladie, observée ces deux dernières décennies [16].

En ce qui concerne les sujets âgés, il a été démontré dès les années 1990 que, tous cancers confondus, 35% des décès par cancer chez les hommes et 46% chez les femmes survenaient après soixante quinze ans [5]. Il est donc intéressant et primordial de porter une attention toute particulière à cette catégorie de population dans la pathologie cancéreuse.

2.1.4 Coût économique

En 2015, les dépenses liées à la prise en charge des cancers s'élevaient à 5,8 milliards d'euros hors séances de radiothérapie réalisées en secteur libéral et anticancéreux facturés en sus des groupes homogènes de séjours [14].

Le coût financier engendré par l'altération de la qualité de vie chez les patients atteints d'un cancer diagnostiqué tardivement est beaucoup plus difficile à chiffrer. Dans la population générale, il est déjà avéré que la dernière année de vie concentre statistiquement 7% à 8% des dépenses de santé totales au long de la vie [17].

2.2 Sujet âgé

2.2.1 Démographie

En un peu plus de cinquante ans, la partie de la pyramide des âges concernant les personnes âgées de soixante cinq ans et plus aura fortement évolué : sa base va s'élargir et elle s'élèvera nettement plus haut (figure 1, 2).

Pyramide des âges au 1er janvier 2016

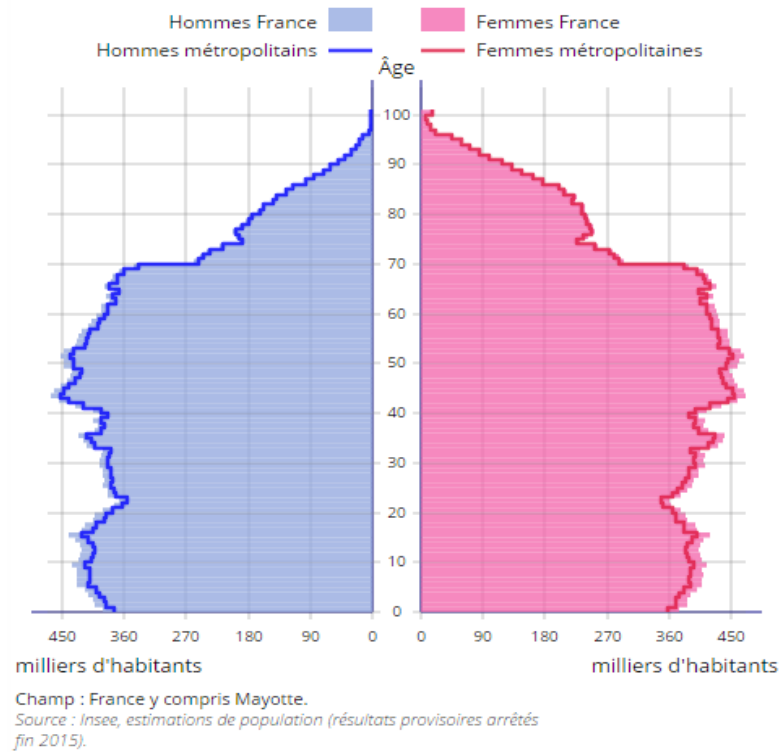


Figure 1 – Pyramide des âges au 1er janvier 2016 [18]

Pyramide des âges en 2060

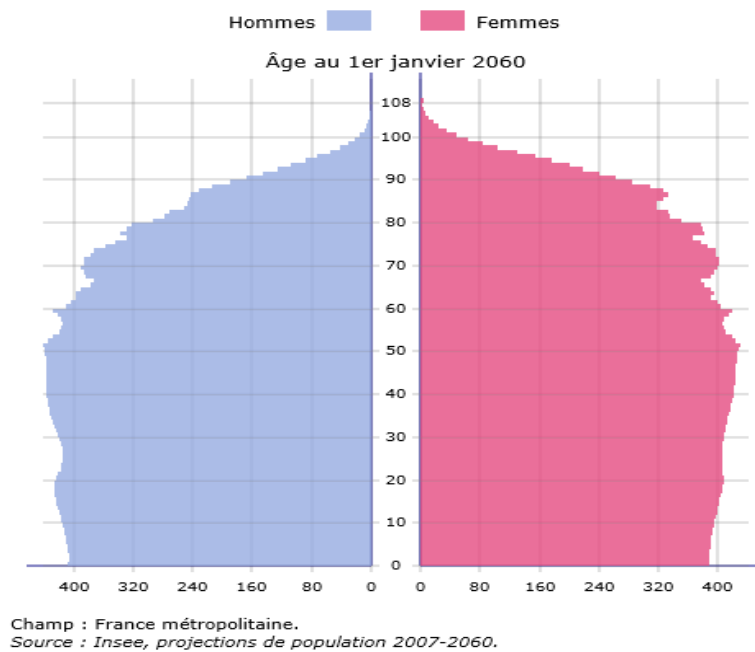


Figure 2 – Pyramide des âges en 2060 [17]

Avec l'allongement de la durée de vie, liée à l'amélioration des conditions de vie et les progrès dans le domaine de la santé, la population française continue de vieillir.

Au premier janvier 2016, la population française totale était de 66 627 602 personnes, et les sujets de plus de soixante cinq ans représentaient 18,8% soit 12 520 217 personnes [18]. Or, 43% des hommes et 30% des femmes au delà de cet âge vont développer un cancer [5]. Il semble donc indispensable de s'intéresser particulièrement à cette tranche d'âge, en ce qui concerne les pathologies oncologiques afin d'en améliorer la morbi-mortalité et la qualité de vie des sujets atteints.

2.2.2 Définition

Il est difficile de définir ce qu'est un sujet âgé tant ils diffèrent entre eux par leurs réserves physiologiques, leurs comorbidités mais également par leur vécu, leur entourage et leur situation socio-économique en général.

Les personnes âgées sont réparties en deux groupes : les personnes âgées et les personnes très âgées. Ce second groupe comprend les personnes de plus de soixante-quinze ans. Cependant chaque sujet de plus de soixante-cinq ans est unique, l'âge n'est donc pas le seul critère pour définir un patient gériatrique. Le profil gériatrique est plutôt défini par la coexistence de certaines caractéristiques liées à l'avancée en âge [19] :

- Diminution de l'homéostasie
- Affections chroniques multiples
- Risque d'incapacités
- Risque de polymédication
- Modification du tableau clinique et de l'évolution de la pathologie
- Imbrication des aspects somatiques, psychologiques et sociaux

A mesure de l'avancée en âge, le nombre de personne correspondant à ce profil s'accroît, mais toute personne âgée n'est pas nécessairement un patient gériatrique [19].

En gériatrie, une notion importante est la fragilité du patient. Elle est utilisée de longue date par les médecins pour qualifier l'état de vulnérabilité de leurs patients, mais son sens a évolué au cours de ces dernières décennies. Actuellement, la fragilité est définie comme un syndrome clinique, qui reflète une diminution des capacités physiologiques de réserve altérant les mécanismes

d'adaptation au stress. Son expression clinique est modulée par les comorbidités, ainsi que des facteurs psychologiques, sociaux, comportementaux et économiques [20].

Le syndrome de fragilité est un marqueur de risque de mortalité et de survenue d'événements péjoratifs, notamment d'incapacités, de chutes, d'hospitalisation et d'entrée en institution [20].

Le modèle de fragilité décrit par Fried a été validé en 2001. Il concerne les sujets âgés de plus de soixante ans et comporte cinq items [21]:

- perte de poids involontaire de plus de 4,5 kg (ou plus de 5% du poids) depuis un an
- épuisement ressenti par le patient
- vitesse de marche ralentie
- baisse de la force musculaire (préhension)
- sédentarité

Les patients sont dits fragiles en présence de trois critères ou plus ; pré-fragile en présence d'un ou deux critères; et robuste si aucun des critères n'est présent [21].

Cette notion de fragilité est donc primordiale dans la prise de décision d'un traitement anti-cancéreux chez le sujet âgé. Dans le cancer du sein non métastatique, il a été démontré dans une étude incluant des patientes âgées de soixante cinq ans à quatre-vingt onze ans, que les patientes fragiles avaient un risque de décès toute cause confondue 3,1 fois plus élevé que les patientes robustes (95% ; IC 1,6-5,8). Les femmes robustes recevaient ainsi plus de chimiothérapie et de traitement hormonal que les patientes pré-fragiles et fragiles. Elles avaient également une meilleure tolérance à l'hormonothérapie [22].

De ce fait, la Haute Autorité de Santé a proposé un repérage de la fragilité en soins primaires par le médecin généraliste, à l'aide d'un questionnaire élaboré par le Gérontopôle de Toulouse, et validé par la Société Française de Gériatrie et de Gérontologie. Elle propose de poser le champ du repérage aux personnes âgées de plus de soixante dix ans, indemnes de maladies graves, sans dépendance avérée, et à l'initiative d'un soignant soupçonnant une fragilité.

Le questionnaire reprend les items du modèle de Fried. A ceux-ci s'ajoutent un item sur l'entourage du patient, un item sur les troubles mnésiques ressentis par le patient ; et une notion nouvelle qui est le ressenti du médecin généraliste au sujet de son patient (« votre patient vous paraît-il fragile ? ») [23].

2.2.3 Particularités

Les pathologies chez le sujet âgé se présentent fréquemment avec un tableau clinique différent du sujet jeune. La symptomatologie est souvent plus pauvre, et plus vague. De surcroît, l'anamnèse est fréquemment plus difficile à mener chez un sujet qui peut ne plus avoir toutes ses capacités cognitives, ou simplement être confus du fait d'une pathologie aiguë. Il est alors nécessaire de compléter par une hétéro-anamnèse avec l'entourage du patient âgé.

2.2.4 Notion d'oncogériatrie

L'avancée en âge est associée à l'apparition et à l'association de diverses pathologies chroniques, ainsi que des problèmes sociaux tel que l'isolement.

La prise en charge des sujets âgés atteints de cancer se doit d'être multidisciplinaire. La collaboration et la communication entre le médecin généraliste, le gériatre et l'oncologue représente la clef de voûte d'une prise en charge oncogériatrique réussie [24].

Cependant, une étude menée en 2016 a mis en évidence le sentiment d'isolement des médecins généralistes, vis-à-vis de leurs confrères gériatres et oncologues, à toutes les étapes de prise en charge d'une pathologie oncologique, chez leurs patients âgés. Elle suggérait ainsi l'intégration du médecin généraliste dans le réseau oncologue/gériatre afin d'optimiser la prise en soin des sujets âgés atteints d'un cancer [25].

L'augmentation de l'espérance de vie, et de l'incidence des cancers, couplées aux particularités propres aux sujets âgés, impliquent également la nécessité de développer une prise en charge spécialisée des personnes âgées atteintes de cancer.

Au Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse, une équipe mobile d'oncogériatrie a été créée dans le but d'effectuer une évaluation gérontologique complète au lit du patient âgé hospitalisé pour un cancer. L'étude rétrospective menée sur deux ans et publiée en 2013, a montré que la

proposition de traitement par cette équipe était en adéquation dans 68% des cas avec la stratégie thérapeutique prévue initialement par les oncologues. En cas de discordance, la décision finale était cohérente avec celle proposée par l'équipe mobile d'oncogériatrie dans à peine 18% des cas. Cette décision était plus facilement acceptée par les médecins oncologues lorsqu'il s'agissait d'une prise en charge palliative pure [26].

Bien que les traitements soient standardisés pour un grand nombre de cancers, notamment les plus prévalents (cancer colorectal et cancer du sein), une évaluation gériatrique globale a priori est nécessaire pour les sujets âgés. Elle permet de décider avant de traiter, d'attribuer le traitement standard selon les recommandations aux patients âgés les plus robustes, et à l'inverse d'adapter le traitement pour les sujets fragiles [27].

Le concept de « Comprehensive Geriatric Assessment » (CGA) est né des travaux du Dr Warren dès 1935. Il permet d'évaluer un patient âgé sous un angle multidimensionnel à l'aide d'échelles validées. Les dimensions explorées sont à la fois intrinsèques et extrinsèques au patient :

- La santé physique
- Le statut fonctionnel
- La santé psychologique
- La santé cognitive
- L'environnement social
- Les ressources sanitaires et leur coordination
- La situation administrative
- Les aspects de sécurité
- Les besoins éthiques et spirituels

L'évaluation gériatrique globale se définit alors comme un processus diagnostique multidimensionnel, interdisciplinaire, cherchant à évaluer la personne âgée fragile dans toutes ses dimensions, dans l'objectif de développer une stratégie coordonnée et intégrée de traitement et de suivi au long cours [28].

A ce jour, le CGA est le Gold standard pour aider les oncologues et gériatres à attribuer le meilleur traitement à leurs patients âgés [29,30].

2.3 Aspects éthiques

2.3.1 RCP d'oncogériatrie

Chaque patient âgé à qui l'on découvre un nouveau cancer fait l'objet d'une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP). Cette RCP présente les mêmes modalités que celle des sujets plus jeunes, avec quelques particularités. En plus des professionnels habituellement présents (oncologue médical et chirurgical, radiothérapeute, spécialiste d'organe, radiologue), cette réunion comprend un ou plusieurs praticiens gériatres. L'objectif du gériatre est ici d'évaluer le niveau de fragilité du patient, indépendamment de sa pathologie oncologique, afin d'ajuster si nécessaire une décision thérapeutique, et ainsi lui attribuer la meilleure prise en charge possible [31].

Ce processus a pour finalité de s'adapter au sujet âgé, et ainsi ne pas sur-traiter un patient fragile, ou, à l'inverse, ne pas sous-traiter un patient robuste, sous seul prétexte de son âge avancé. Il permet d'établir un projet thérapeutique individualisé.

3 Matériel et méthode

3.1 Étude

L'objectif de cette étude était de déterminer la prévalence de signes (cliniques et biologiques) non spécifiques, au sein d'une population de sujets âgés avec découverte d'un cancer, suite à une hospitalisation en service de gériatrie via une demande hotline.

Le but ultime de ce travail était d'émettre des hypothèses sur les signes fréquents, et parfois banalisés en pratique courante, annonciateurs d'un cancer, afin d'en améliorer le diagnostic précoce par le médecin généraliste.

J'ai dans ce sens opté pour une étude épidémiologique, descriptive, observationnelle, rétrospective sur la période allant du premier janvier 2015 au 31 décembre 2015.

3.2 Population

L'ensemble des patients de l'étude ont été admis en service de gériatrie, via une demande hotline gériatrique effectuée par leur médecin généraliste. La hotline correspond à une permanence téléphonique assurée de 8 heures 30 à 18 heures 30, du lundi au vendredi. Cette ligne est réservée aux professionnels de santé et sociaux.

Un médecin gériatre répond aux questions en proposant des conseils en soin (diagnostique, thérapeutique), des conseils en orientation du patient, ou en programmant une hospitalisation en accord avec le médecin traitant (annexe 1).

Les critères d'inclusion étaient :

- hospitalisation dans le service de court séjour gériatrique du pavillon K1 de l'hôpital Édouard Herriot à Lyon
- hospitalisation entre le premier janvier et le 31 décembre 2015
- âge supérieur à soixante dix ans
- découverte d'un nouveau cancer solide ou hémopathie maligne, y compris chez les sujets aux antécédents de cancers antérieurs considérés comme guéris.

Les patients hospitalisés dans le cadre d'une pathologie tumorale évolutive déjà connue ont été exclus.

Pour chaque patient inclus, j'ai recueilli les caractéristiques suivantes :

- l'âge et le sexe
- le statut marital (marié/veuf/célibataire)
- le lieu de vie (domicile/institution)
- le score ADL (Activities of Daily Living)
- le score IADL (Instrumental Activities of Daily Living)
- le score MMS (Mini Mental State examination)
- le score CIRS-G (Cumulative Illness Rating Scale - Geriatric) qui est un outil d'évaluation des comorbidités en gériatrie. Il s'exprime sur une échelle allant de 0 à 56 : quatorze systèmes d'organes sont notés de 0 (aucun problème) à 4 (problème très grave) (annexe 2).
- le nombre de médicaments quotidien (moins de cinq / de cinq à dix / plus de dix)
- la présence ou non de signes spécifiques du cancer pour lequel ils ont été inclus.
- le motif d'hospitalisation

Le taux de mortalité a été recueilli, pour l'ensemble de la population d'étude :

- à six mois
- à un an

3.3 Méthode

Pour effectuer le recueil des données, le Département d'Information Médicale (DIM) de l'hôpital Édouard Herriot a été contacté, afin de me fournir la liste des patients susceptibles de faire partie de ma population d'étude.

Il a été demandé à ce service la liste des séjours (Résumé d'Unité Médicale) des patients hospitalisés entre le premier janvier 2015 et le 31 décembre 2015, dans le service de court séjour gériatrique du pavillon K1 de l'hôpital Édouard Herriot, avec un diagnostic principal de "cancer". La cotation PMSI de ce service étant réalisée exclusivement par le Dr Martin Gaujard, j'ai par ce moyen limité le risque de biais de sélection.

Les patients atteints d'un cancer déjà connu ont été exclus de l'étude. Les patients dont l'hospitalisation a mené à un diagnostic de cancer ont été inclus dans la population d'étude. Dans l'échantillon de patients inclus, j'ai recherché s'il existait des signes spécifiques de leur cancer, selon les recommandations de la National Institute for Health and Care Excellence (NICE) datant de Juin 2015 (annexe 3) [32].

Dans le recueil des données, ce critère a été étudié de façon binaire (présence ou absence de signes spécifiques du cancer).

J'ai ensuite recherché dans chaque dossier médical les signes et symptômes non spécifiques, communément retrouvés dans l'histoire de la maladie des patients inclus.

A noter que, lors de l'hospitalisation de chaque patient via la hotline gériatrique, l'entourage proche ainsi que le médecin traitant étaient systématiquement interrogés par l'équipe médicale. Ce lien gériatre/patient/médecin traitant permettait de renseigner avec précision le dossier médical informatique concernant les caractéristiques du patient, et le ressenti sur l'état de santé du patient avant l'épisode aigu justifiant l'hospitalisation.

Ce recueil, combiné aux données de la littérature, m'ont permis de mettre en évidence initialement sept critères à étudier :

- Le critère "Chute" défini comme l'apparition de chutes ou la recrudescence du nombre de chutes dans les six derniers mois.

- Le critère "AEG" défini comme le ressenti exprimé du médecin généraliste d'une rupture fonctionnelle et/ou psychique par rapport à un état antérieur.
- Le critère "Déclin cognitif" défini comme l'accélération récente du déclin cognitif rapporté par l'entourage ou le médecin généraliste.
- Le critère "Amaigrissement" défini selon les critères HAS de la dénutrition, à savoir une perte de poids involontaire, objectivée de plus de 5% en un mois, ou de plus de 10% en six mois [33].
- Le critère "Hyponatrémie" défini par une natrémie inférieure à 134 $\mu\text{mol/L}$, d'origine non iatrogène.
- Le critère "SIB" (syndrome inflammatoire biologique) défini par l'élévation isolée de la CRP supérieure à 10 mg/L, en dehors de toute pathologie inflammatoire extra-tumorale, ou infectieuse.
- Le critère "Anémie" défini selon les critères HAS, à savoir une diminution de l'hémoglobine inférieure à 13 g/dL chez l'homme et inférieure à 12 g/dL chez la femme ; lorsqu'elle ne rentre pas dans le cadre d'un signe spécifique de cancer [34].

En cours de recueil, les critères "hyponatrémie" et "anémie" ont été retirés de la liste des données à analyser du fait d'un risque de biais de confusion trop élevé, rendant leur analyse peu pertinente [35].

Les cinq critères ont été étudiés individuellement avec le calcul de leur prévalence dans l'échantillon total, et dans deux sous-groupes (patients atteints de signes spécifiques de cancer/patients indemnes de signes spécifiques de cancer); puis en association.

Les données ont été recueillies sur le logiciel informatique Easily, via le dossier médical personnel des patients. Easily est un système d'information hospitalier, développé par les Hospices Civils de Lyon depuis 2012, dans la continuité du logiciel Cristal-Net. Il se compose de différents modules couvrant l'ensemble des métiers qui concourent à la prise en charge du patient.

La saisie des données a été effectuée sur un tableur OpenOffice Calc, afin de recueillir les caractéristiques des patients, calculer la mortalité, la prévalence de chacune des variables dans la population d'étude, ainsi que leurs associations.

3.4 Analyse statistique

Le logiciel R a été utilisé pour la réalisation des statistiques descriptives.

En ce qui concerne les variables qualitatives, pour tester l'indépendance entre la présence de signes cliniques et le nombre de médicaments pris par jour, les effectifs attendus étant inférieurs à 5, un test de Fischer-Irwin-Yates a été utilisé, de formule :

$$P(X = k) = \frac{\binom{Np}{k} \binom{N(1-p)}{n-k}}{\binom{N}{n}}$$

Pour les variables quantitatives, le test Exact de Fisher a permis de tester la relation entre la présence de signes spécifiques de cancer et les différentes caractéristiques du patient.

Toute valeur de p inférieure à 0,05 était considérée comme statistiquement significative.

4 Résultats

67 patients ont été hospitalisés, avec un diagnostic principal retrouvé sur le PMSI de "cancer", entre le premier janvier 2015 et le 31 décembre 2015, dans le service de court séjour gériatrique du pavillon K de l'hôpital Édouard Herriot à Lyon.

35 patients ont été inclus dans l'étude.

32 patients avaient une pathologie tumorale évolutive déjà connue lors de l'hospitalisation, et n'ont pas été retenus.

4.1 Caractéristiques des patients (cf Table 1)

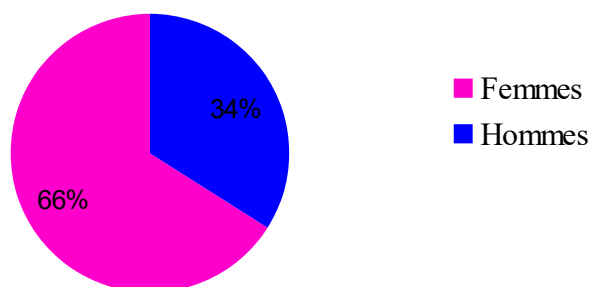
4.1.1 Age

Les patients de l'échantillon étaient âgés de 70 à 98 ans, avec un âge médian de 88 ans.

4.1.2 Sexe (Figure 1)

L'échantillon de patients comportait 66% de femme (23 patientes) et 34% d'hommes (12 patients).

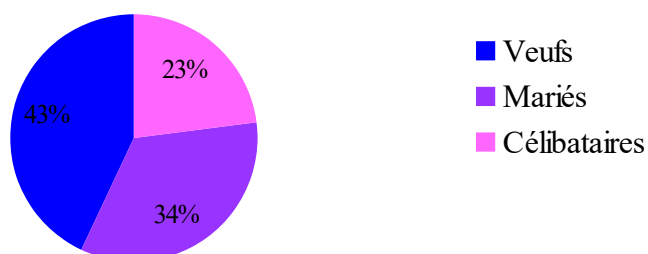
Figure 1 : Diagramme de répartition par sexe



4.1.3 Statut marital (Figure 2)

43% des patients de l'échantillon étaient veufs, 34% des patients étaient mariés et 23% étaient célibataires.

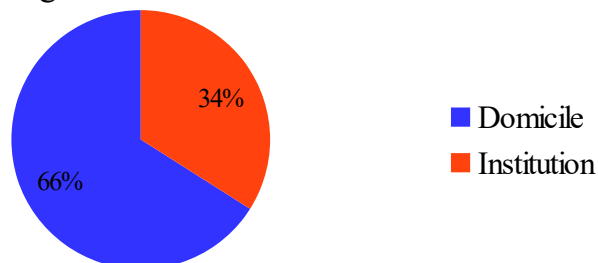
Figure 2 : Statut marital de l'échantillon



4.1.4 Lieu de vie (Figure 3)

Les patients inclus dans l'étude vivaient pour 66% d'entre eux à domicile, contre 34% en institution.

Figure 3 : Lieu de vie



4.1.5 Signes spécifiques de cancer (Annexe 3)

Parmi les 35 patients inclus, 27 d'entre eux (soit 77,1%) présentaient un ou plusieurs signes spécifiques de cancer.

4.1.6 Scores ADL et IADL

Les patients inclus avaient un score d'autonomie ADL compris entre 0 et 6 sur 6 avec une médiane à 4 sur 6. Leur score d'autonomie IADL allait de 0 à 8 avec une médiane de 3 sur 8.

4.1.7 Nombre de médicaments

34% des patients inclus dans l'échantillon prenait cinq médicaments ou moins quotidiennement, tandis que 66% d'entre eux en prenait entre six et dix.

4.1.8 Score MMSE

Les sujets de l'échantillon avaient un score d'évaluation globale des fonctions cognitives (test MMSE) variant de 8 à 30 sur 30 avec une médiane de 21 sur 30.

4.1.9 Score CIRS-G

Le score CIRS-G médian des patients inclus était de 14 avec un minimum à 4 et un maximum à 32.

Le score CIRS était significativement plus élevé dans le groupe de patients présentant des signes spécifiques de cancer comparativement au groupe sans signe spécifique (respectivement CIRS médian 15 (min = 4 ; max = 32), versus 11 (min = 4 ; max = 18) ; $p = 0,035$).

Variable		Signes spécifiques du cancer			p-value
		OUI (n = 27)	NON (n=8)	TOTAL (n=35)	
Âge		88 (70-98) (81,5-92,5)	85 (79-92) (84,5-87)	88 (70-98) (82-92)	0,56
Sexe	F	19 (70%)	4 (50%)	23 (66%)	0,21
	H	8 (30%)	4 (50%)	12 (34%)	
Statut marital	Célibataire	7 (26%)	1 (13%)	8 (23%)	
	Marié	7 (26%)	5 (63%)	12 (34%)	
	Veuf	13 (48%)	2 (25%)	15 (43%)	
Lieu de vie	Domicile	17 (63%)	6 (75%)	23 (66%)	1
	Institution	10 (37%)	2 (25%)	12 (34%)	
ADL		4 (0-6) (2-6)	5 (1-6) (3-6)	4.5 (0-6) (2-6)	0,61
IADL		3 (0-8) (1-4,5)	4 (0-8) (1-5)	3 (0-8) (1-4,75)	0,79
Nb médicaments	< 5	8 (30%)	4 (50%)	12 (34%)	0,21
	5-10	19 (70%)	4 (50%)	23 (66%)	
MMS		22.5 (8-29) (13,75-26,5)	20 (18-30) (19-23,25)	21.5 (8-30) (17,5-25,5)	0,88
CIRS		15 (4-32) (13-17,5)	11 (4-18) (7-13,5)	14.5 (4-32) (12,25-16,75)	0,03

Variables quantitatives : médiane (Min-Max) (Q1-Q3) – p-value du test Exact de Fisher

Variables qualitatives : pourcentage – p-value du test de Wilcoxon

Table 1. Caractéristiques des patients

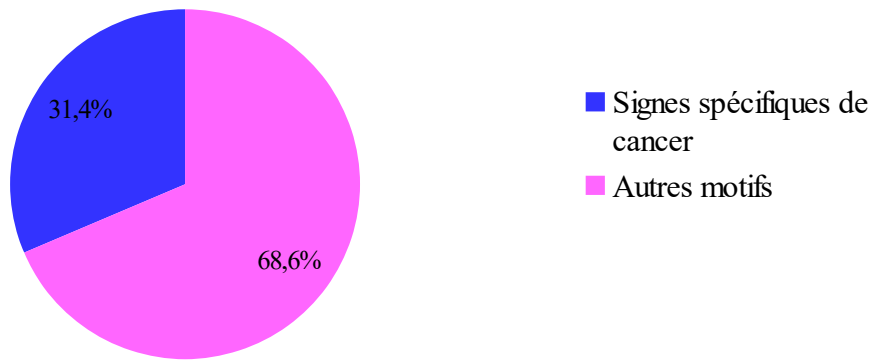
5.2 Motifs d'hospitalisation

Parmi les 35 patients de l'échantillon :

- 11 d'entre eux (31,4%) ont été adressés par le médecin traitant pour un motif correspondant à des signes spécifiques d'un cancer.

- 24 d'entre eux (68,6%) ont été adressés par le médecin traitant pour un autre motif.

Figure 4 : Motifs d'hospitalisations



5.3 Mortalité

5.3.1 Mortalité à six mois

42,8% des sujets âgés (15 patients sur 35) étaient décédés dans les six mois suivant le diagnostic de cancer.

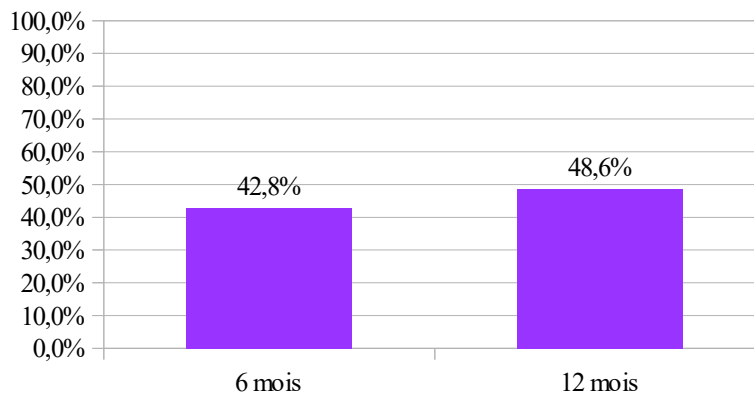
Dans le groupe de patients indemnes de signes spécifiques, le taux de mortalité à six mois était de 37,5% (3 patients sur 8) versus 44,4% dans le groupe atteint de signes spécifiques (12 patients sur 27).

5.3.2 Mortalité à un an

48,6% des sujets âgés (17 sur 35) étaient décédés dans l'année suivant la découverte de leurs cancers.

Dans le groupe de patients indemnes de signes spécifiques, le taux de mortalité à un an était de 50,0% (4 patients sur 8) contre 48,1% (13 patients sur 27) dans le groupe atteint de signes spécifiques.

Figure 5 : Mortalité



4.4 Signes non spécifiques (cf Table 2, Figure 6)

4.4.1 Critère "Chute"

45,7% des sujets âgés de l'échantillon (16 patients sur 35) présentaient un premier épisode de chute, ou une recrudescence du nombre de chute dans les six mois précédents le diagnostic positif de leur pathologie cancéreuse.

Dans le groupe de patients indemnes de signes spécifiques, le taux du critère "chute" était de 75,0% contre 37,0% dans le groupe atteint de signes spécifiques ($p = 0,34$).

4.4.2 Critère "AEG"

68,6% des sujets de l'échantillon (24 patients sur 35) présentaient le critère "AEG".

Dans le groupe de patients indemnes de signes spécifiques, le taux du critère "AEG" était de 62,5% contre 70,4% dans le groupe atteint de signes spécifiques ($p = 0,67$).

4.4.3 Critère "Déclin cognitif"

L'accélération récente du déclin cognitif, rapporté par l'entourage ou le médecin généraliste, définie par le critère "déclin cognitif" était présente chez 20,0% des sujets âgés inclus (7 patients sur 35).

Dans le groupe de patients indemnes de signes spécifiques, le taux de critère "déclin cognitif" était de 25,0% contre 18,5% dans le groupe atteint de signes spécifiques ($p = 0,61$).

4.4.4 Critère "Amaigrissement"

40,0% des sujets inclus (14 patients sur 35) avaient une perte de poids objectivée de plus de 5% dans le dernier mois, ou de plus de 10% dans les six derniers mois.

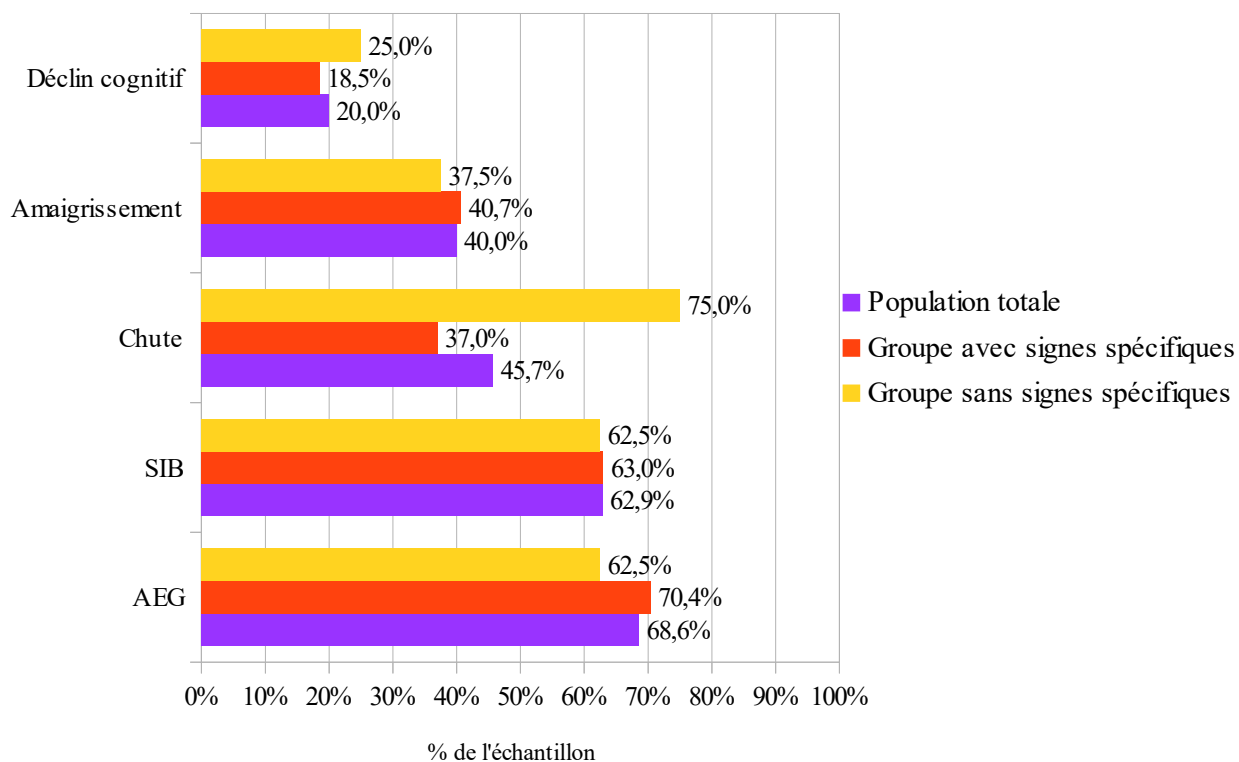
Dans le groupe de patients indemne de signes spécifiques, le taux du critère "Amaigrissement" était de 37,5% et de 40,7% dans le groupe avec signes spécifiques ($p = 1$).

4.4.5 Critère "SIB"

La prévalence du critère syndrome inflammatoire biologique était de 62,9% des sujets âgés inclus (22 patients sur 35).

Dans le groupe de patients indemnes de signes spécifiques, le taux du critère "SIB" était de 62,5% contre 63,0% dans le groupe atteint de signes spécifiques ($p = 1$).

Figure 6 : Prévalence des signes non spécifiques



		Signes spécifiques du cancer		TOTAL (n=35)	p-value
		OUI (n=27)	NON (n=8)		
Chute	OUI	10 (37,0%)	6 (75,0%)	16 (45,7%)	0,34
	NON	17 (63,0%)	2 (25,0%)	19 (54,3%)	
AEG	OUI	19 (70,4%)	5 (62,5%)	24 (68,6%)	0,67
	NON	8 (29,6%)	3 (37,5%)	11 (31,4%)	
Déclin cognitif	OUI	5 (18,5%)	2 (25,0%)	7 (20,0%)	0,61
	NON	22 (81,5%)	6 (75,0%)	28 (80,0%)	
Amaigrissement	OUI	11 (40,7%)	3 (37,5%)	14 (40,0%)	1
	NON	16 (59,3%)	5 (62,5%)	21 (60,0%)	
SIB	OUI	17 (63,0%)	5 (62,5%)	22 (62,9%)	1
	NON	10 (37,0%)	3 (37,5%)	13 (37,1%)	

Variables quantitatives : effectif (pourcentage) – p-value du test Exact de Fisher

Table 2. Prévalence des signes non spécifiques

4.5 Combinaison des signes non spécifiques (cf Table 3, Figure 7, Figure 8)

4.5.1 Aucun critère

1 patient sur les 35 sujets âgés inclus (soit 2,9% de la population) ne présentait aucun signe non spécifique (critère) étudié.

4.5.2 Un critère

7 patients sur 35 (soit 20,0% de la population) présentaient un seul critère étudié. Parmi ces 7 patients :

- 3 présentaient le critère "Chute" (42,8%)
- 2 présentaient le critère "AEG" (28,6%)
- 2 présentaient le critère "SIB" (28,6%)

Aucun patient ne présentait les critères "Déclin cognitif" et "Amaigrissement".

4.5.3 Deux critères

11 patients sur 35 (soit 31,4% de la population) présentaient une association de deux des cinq critères étudiés.

Lorsqu'une association de deux signes était présente, les critères "AEG" et "SIB" étaient les plus représentés (63,6%), puis venait ensuite le critère "Chute" (36,4%), puis le critère "Amaigrissement" (27,3%). Le critère "Déclin cognitif" était le moins souvent retrouvé (9,1%).

4.5.4 Trois critères

11 patients sur 35 (soit 31,4% de la population) présentaient une association de trois des cinq critères étudiés.

Lorsqu'une association de trois signes était objectivée, le critère "AEG" était retrouvé chez 100,0% des patients, puis venait le critère "SIB" (81,8%), puis les critères "Amaigrissement" (54,5%), "chutes" (36,4%) et enfin "Déclin cognitif" (27,3%).

4.5.5 Quatre critères

4 patients sur 35 (soit 11,4% de la population) présentaient une association de quatre des cinq critères étudiés.

Parmi ces 4 patients atteints de quatre signes, les critères "Chute" et "Amaigrissement" étaient les plus représentés (100,0%), puis venaient les critères "AEG" et "SIB" (75,0%), puis enfin le critère "Déclin cognitif" (50,0%).

4.5.6 Cinq critères

1 patient sur 35 (soit 2,9% de la population) présentait l'ensemble des cinq critères étudiés.

Nombre de signes	0	1	2	3	4	5	TOTAL
Nombre de patients	N=1	N=7	N=11	N=11	N=4	N=1	N=35
Chute							
0*	1 (100,0%)	4 (57,2%)	7 (63,6%)	7 (63,6%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	19 (54,3%)
1*	0 (0,0%)	3 (42,8%)	4 (36,4%)	4 (36,4%)	4 (100,0%)	1 (100,0%)	16 (45,7%)
	N=1	N=7	N=11	N=11	N=4	N=1	N=35
AEG							
0	1 (100,0%)	5 (71,4%)	4 (36,4%)	0 (0,0%)	1 (25,0%)	0 (0,0%)	11 (31,4%)
1	0 (0,0%)	2 (28,6%)	7 (63,6%)	11 (100,0%)	3 (75,0%)	1 (100,0%)	24 (68,6%)
	N=1	N=7	N=11	N=11	N=4	N=1	N=35
Déclin cognitif							
0	1 (100,0%)	7 (100,0%)	10 (90,9%)	8 (72,7%)	2 (50,0%)	0 (0,0%)	28 (80,0%)
1	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (9,1%)	3 (27,3%)	2 (50,0%)	1 (100,0%)	7 (20,0%)
	N=1	N=7	N=11	N=11	N=4	N=1	N=35
Amairissement							
0	1 (100,0%)	7 (100,0%)	8 (72,7%)	5 (45,5%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	21 (60,0%)
1	0 (0,0%)	0 (0,0%)	3 (27,3%)	6 (54,5%)	4 (100,0%)	1 (100,0%)	14 (40,0%)
	N=1	N=7	N=11	N=11	N=4	N=1	N=35
SIB							
0	1 (100,0%)	5 (71,4%)	4 (36,4%)	2 (18,2%)	1 (25,0%)	0 (0,0%)	13 (37,1%)
1	0 (0,0%)	2 (28,6%)	7 (63,6%)	9 (81,8%)	3 (75,0%)	1 (100,0%)	22 (62,9%)
	N=1	N=7	N=11	N=11	N=4	N=1	N=35

*0: absence du critère / 1: présence du critère

Table 3. Combinaison des critères

Figure 7 : Association des signes non spécifiques

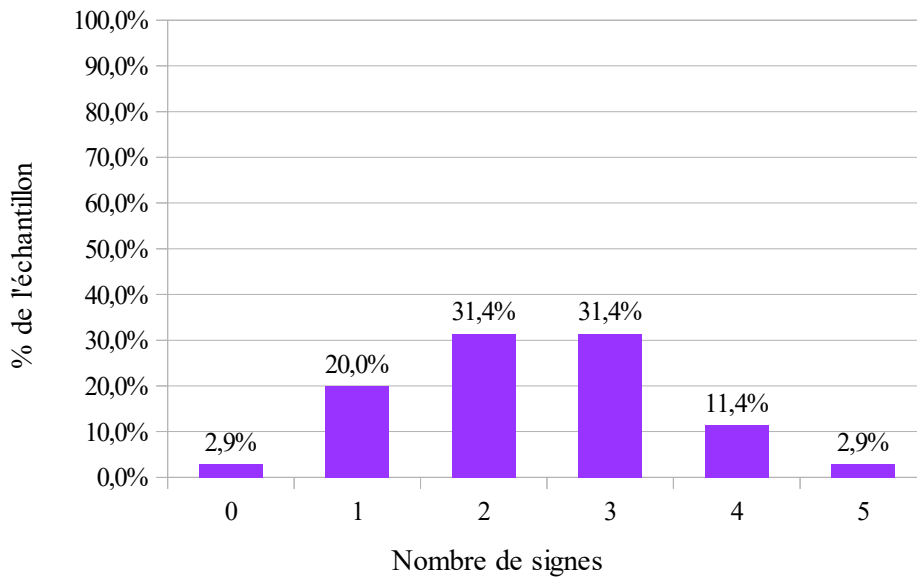
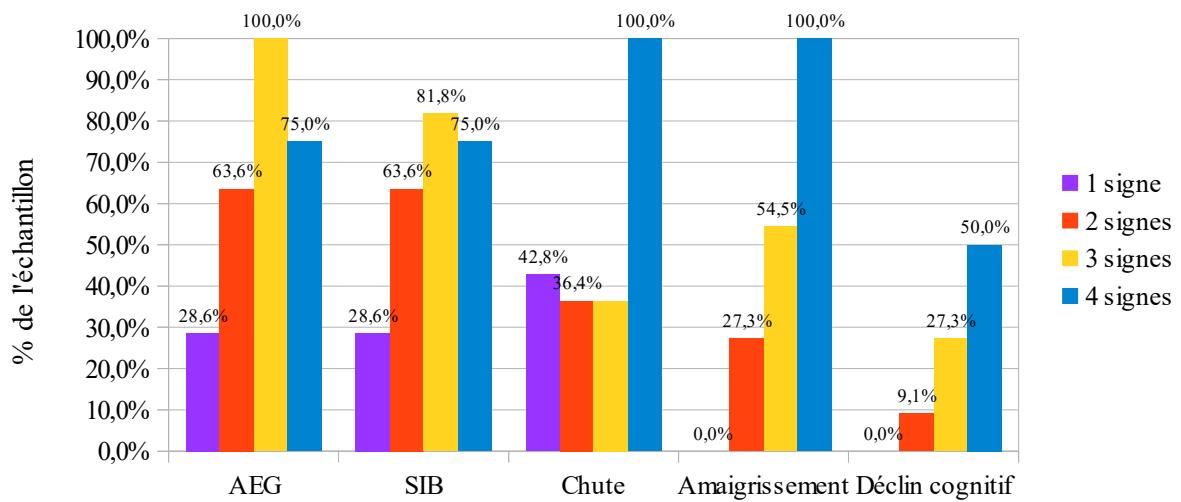


Figure 8 : Prévalence des signes non spécifiques en association



5 Discussion

5.1 Résultats principaux de l'étude

Ce travail original s'intéresse à une thématique jusqu'à présent peu abordée dans la littérature. Il a permis de décrire la prévalence de cinq signes non spécifiques, qui ont concouru à la mise en évidence d'un cancer, dans une population gériatrique. Les résultats de l'étude s'appliquent à une population de sujets âgés de plus de soixante-dix ans, vivant à domicile ou en institution.

5.1.1 Signes non spécifiques

AEG

Les résultats ont montré la plus forte prévalence, de 68,6%, pour le critère "AEG". Ce critère évoquait une notion subjective : le ressenti du médecin généraliste par rapport à une rupture avec un état antérieur.

Pour expliquer ce résultat, une hypothèse a été avancée : un pressentiment du médecin généraliste durant certaines consultations. Il alerte le médecin et déclenche une procédure diagnostique, dont la finalité est de prévenir un problème de santé majeur [36]. Cette notion, difficile à définir, peut se traduire par l'instinct ou encore l'intuition du médecin généraliste. Parmi les principaux facteurs influençant l'instinct du médecin, ont été identifiés : la connaissance contextuelle du patient, les signaux d'alertes subjectifs, l'éducation médicale et l'expérience du médecin [37].

Le médecin traitant a un suivi longitudinal de ses patients, notamment de ses patients âgés, ce qui lui permet de détecter une modification fonctionnelle et/ou psychique chez eux. Il a donc un rôle primordial dans la démarche diagnostique de cancer dans cette population.

L'approche subjective du patient par le médecin va à l'encontre d'une médecine protocolaire, et de l'evidence based medicine. Elle redonne toute sa dimension au colloque singulier du médecin et de son patient.

A ce jour, l'intuition du médecin généraliste est un concept encore peu étudié dans la littérature. Il a principalement été abordé aux Pays-Bas. Une étude Hollandaise, prospective, publiée en 2016 s'est intéressée à l'instinct du médecin traitant dans le diagnostic de cancer. Les résultats ont montré son intérêt comme outil dans le diagnostic de cancer, avec une valeur prédictive positive (VPP) de 35%. L'analyse multivariée a mis en évidence une influence de l'âge du patient et du médecin généraliste sur la VPP. Elle augmentait de 2% pour chaque année supplémentaire du patient, et de 3% pour chaque année supplémentaire du médecin généraliste [38]. Récemment, en France, l'instinct du médecin traitant a été intégré dans les critères de repérage de la fragilité chez les personnes âgées de plus de soixante-dix ans [23].

Ce résultat implique qu'il faille tenir compte d'éléments subjectifs dans la démarche diagnostique de cancer dans cette population.

SIB

La seconde plus forte prévalence, de 62,9%, a été retrouvée pour le critère biologique "SIB". L'association entre le taux circulant élevé de la CRP et la présence d'un cancer peut être expliquée par trois hypothèses.

La première serait un lien de causalité : un taux élevé de CRP, marqueur d'une inflammation, serait responsable du cancer [39]. Les données de la littérature suggèrent que l'inflammation chronique crée un micro-environnement tissulaire, où les radicaux libres produits par les cellules inflammatoires pourraient altérer l'ADN et être à l'origine d'un processus néoplasique [40,41]. Certaines protéines et cytokines pro-inflammatoires présentes dans l'inflammation chronique pourraient aussi promouvoir la croissance tumorale [42,43].

La seconde hypothèse serait un lien de causalité inverse : un cancer occulte augmente le taux de CRP [39].

Enfin, la troisième hypothèse serait que l'inflammation, quelque soit son origine, augmente à la fois le taux de CRP et le risque de cancer [39].

Plusieurs travaux retrouvent des résultats similaires à celui-ci, concernant l'association entre le taux de CRP et le diagnostic de cancer [39,44]. Cependant, il semble que les résultats diffèrent selon la localisation et le type histologique du cancer. Une étude prospective de grande envergure s'intéressant au cancer du sein, ainsi qu'une étude cas-témoins s'intéressant à l'adénocarcinome prostatique ont été publiées en 2017 [45,46]. Les résultats n'ont pas mis en évidence d'association

entre le taux de CRP et les cancers du sein et de la prostate dans les populations étudiées. Un travail prospectif avec population témoin, publié également en 2017, a en revanche démontré une association entre le taux de CRP élevé et le cancer pulmonaire non à petites cellules. Les résultats ont même mis en évidence une corrélation entre le niveau de CRP et le diamètre de la tumeur [44].

Chute

L'apparition ou la recrudescence du nombre de chutes dans les six derniers mois, a été retrouvé chez près d'un sujet sur deux de l'échantillon (45,7%). Il est intéressant de noter que, dans le groupe de patients sans signes spécifiques de cancer, la prévalence du critère s'élevait à 75,0%.

A ma connaissance, peu d'études se sont intéressées au lien de causalité entre le cancer et la chute. Une hypothèse expliquant ce résultat est la douleur chronique [47]. Une seconde hypothèse est la faiblesse musculaire, qui a été identifiée comme un facteur de risque majeur de chute chez le sujet âgé [48]. Elle résulte de la dénutrition protéino-énergétique, et de la majoration de la sarcopénie liées à la réponse inflammatoire au cancer [49]. Dans la seconde hypothèse, la chute serait un signe non spécifique tardif de cancer, intervenant en dernier lieu, après l'élévation du taux de CRP, et la perte de poids involontaire.

L'association entre la chute et le cancer chez le sujet âgé a été retrouvée dans plusieurs travaux [50,51]. Les données récentes de la littérature suggèrent que les sujets âgés atteints de cancer sont plus à risque de chuter que les sujets indemnes de cancer [50,51]. Un travail rétrospectif de 2014 a montré que les sujets de plus de cinquante ans atteints de cancer ont aussi plus de risque de mourir en hospitalisation après une chute, que les sujets sans cancer [52].

A ma connaissance, les travaux se sont intéressés aux moyens de prévention de la chute chez les sujets âgés atteints de cancer. Cependant, aucune étude n'a porté d'attention à la chute comme signe précurseur de cancer, dans le diagnostic précoce chez le sujet âgé.

Les causes et facteurs de risque de chute sont très nombreux. Parmi eux, sont largement décrits dans la littérature : les comorbidités, les chutes antérieures, la baisse de l'état fonctionnel ou encore la dépression [47,52,53,54]. La chute est un syndrome gériatrique fréquent et doit être considérée comme le reflet d'une modification d'un équilibre, par une pathologie aiguë, dont le cancer. Il est donc à la fois difficile et primordial pour le médecin généraliste de ne pas banaliser la

chute, surtout s'il s'agit d'un premier épisode, ou d'une recrudescence du nombre de chutes sur un temps court. Il convient d'initier une démarche diagnostique afin d'éliminer une pathologie nouvelle, notamment cancéreuse.

Amaigrissement

La prévalence de l'amaigrissement involontaire était de 40,0% de l'échantillon d'étude.

Ce phénomène a été décrit dès la fin des années 1990, sous le terme de syndrome d'anorexie-cachexie lié au cancer. Il s'explique par des mécanismes de défense immunitaire de l'hôte contre une attaque néoplasique prolongée, responsable d'une dénutrition protéino-énergétique par hypercatabolisme. Le rôle de certaines cytokines telles que TNF-alpha, IL-1 et IL-6 a été démontré dans ce syndrome [57,58].

Déclin cognitif

La plus faible prévalence de 20,0% a été retrouvée pour l'accélération du déclin cognitif.

Les données de la littérature ont mis en évidence des modifications cognitives chez les sujets atteints de cancer [57,58]. A ce jour, les études s'intéressent surtout à l'impact cognitif des traitements du cancer, notamment par chimiothérapie. En comparaison aux patientes non traitées, ou non atteintes d'un cancer, l'imagerie cérébrale a mis en évidence une modification de volume de la substance grise ainsi qu'une perte d'intégrité de la substance blanche chez les patientes ayant reçu une chimiothérapie pour un cancer du sein [59].

Néanmoins, les résultats de récentes études suggèrent des facteurs autres que la chimiothérapie jouant un rôle dans les plaintes cognitives rapportées par les patients [57]: le cancer lui-même, les modifications hormonales liées aux traitements, le stress, l'anxiété ou la dépression.

Combinaison des signes non spécifiques

L'analyse des critères en association a montré que l'intuition du médecin d'un événement négatif et l'élévation de la CRP faisaient partis des signes non spécifiques de cancer les plus précoces. Lorsqu'un patient présentait un seul signe, la prévalence de ces deux critères était de 28,6% chacun. Dès lors qu'un patient présentait une association de deux signes, leur prévalence s'élevait à 63,6% chacun.

Il est également intéressant de noter que lorsqu'un patient présentait un seul signe, la prévalence du critère "chute" était de 42,8%. Il semblerait que l'apparition ou la recrudescence du nombre de chutes de manière isolé doive éveiller l'attention du médecin sur un risque de cancer évolutif.

Enfin, il semblerait que la perte de poids involontaire et l'accélération du déclin cognitif ne surviennent que plus tardivement.

5.1.2 Difficultés diagnostiques

Les patients avec des signes spécifiques de cancer avait un score CIRS-G (score de comorbidités) significativement supérieur aux patients sans signes spécifiques. Ce résultat concorde avec les données de la littérature et confirme la difficulté de faire la part entre les signes de pathologies chroniques pré-existantes, et les signes d'un cancer évolutif.

Les signes clinique ou biologique spécifiques de cancer chez le sujet jeune ont la même valeur diagnostique chez le sujet âgé. Leur confusion et leur banalisation sont en partie responsable du retard diagnostic chez le sujet âgé [13].

Dans le même sens, ce travail s'est intéressée aux motifs d'hospitalisation et à la mortalité à six mois.

Seulement onze patients sur vingt-sept présentant des signes spécifiques de cancer ont été adressés en hospitalisation pour ce motif. L'hypothèse à ce résultat est, une nouvelle fois, la confusion des signes spécifiques d'un cancer avec ceux d'une pathologie pré-existante.

Concernant la mortalité, six mois après le diagnostic positif de cancer, 42,8% des patients de l'échantillon étaient décédés. Ce résultat reflète, une fois de plus, le diagnostic tardif et la prise en charge à un stade avancé des cancers dans cette population.

Une étude réalisée en 2015 sur la population générale danoise s'est intéressée aux signes spécifiques et non spécifiques du cancer du colon, ainsi qu'au taux de consultation du médecin traitant. Un questionnaire avec dix items fondés sur les données de la littérature a été envoyé à 100 000 sujets. 49706 personnes ont répondu au questionnaire. Les résultats ont montré que les symptômes spécifiques et non spécifiques de cancer colo-rectal étaient fréquents dans la population générale. Cependant, le taux de consultation du médecin traitant, pour ces motifs, était faible :

moins de 50% de consultation lorsque les patients présentaient une association de deux signes spécifiques de cancer colo-rectal [60].

Le faible taux de consultation, associé à un repérage difficile des signes de cancer par le médecin traitant, font toute la difficulté du diagnostic précoce de cancer chez le sujet âgé.

5.2 Forces et limites de l'étude

5.2.1 Forces

La principale force de ce travail réside dans son caractère original, puisque jusqu'à présent, très peu d'études se sont intéressées à l'instinct du médecin généraliste dans le diagnostic de cancer. Peu d'études également se sont intéressées à la chute, comme potentiel signe annonciateur de cancer chez le sujet âgé.

De plus, cette étude s'intéresse à un sujet d'actualité, puisqu'à ce jour le nombre de cancer incident chez le sujet âgé est en constante progression. Pour autant, le diagnostic est encore trop souvent porté à un stade tardif.

Enfin, cette étude descriptive est un préambule à de futures études prospectives. Elle a permis de générer des hypothèses de travail.

5.2.2 Limites

Une des limites de ce travail est la taille de l'échantillon, diminuant la puissance de l'étude.

Le caractère rétrospectif est une autre limite de cette étude. Des données peuvent être manquantes, lié à un possible biais d'information lors de la réalisation de l'observation d'entrée des patients en hospitalisation.

Un possible biais de mesure lors du recueil des données de l'étude est également à mentionner.

Enfin il n'existe pas de séquence temporelle. Ce travail ne permet pas d'établir de lien de causalité.

5.3 Perspectives

A l'issue de ce travail, il paraît important de renforcer le lien ville-hôpital dans la population gériatrique. Pour cela, la hotline gériatrique est un outil intéressant et efficace. En 2015, à Lyon, la hotline de l'hôpital Edouard Herriot a permis de traiter à elle seule 1336 situations, dont 900 appels pour des pathologies aiguës (annexe 1).

Les résultats de cette étude incitent à poursuivre la promotion de cet outil par des campagnes d'information et de sensibilisation auprès des médecins généralistes du secteur.

A l'échelle nationale, le développement de hotline gériatrique propre à chaque CHRU, puis, selon les possibilités, à chaque centre hospitalier bénéficiant d'un service de médecine gériatrique, est à encourager.

Toujours dans l'optique d'améliorer la prise en soins personnalisée de chaque sujet âgé, il serait intéressant de permettre aux médecins généralistes d'être associés aux réunions de concertations pluridisciplinaires de leurs patients.

L'intérêt serait double : le médecin généraliste apporterait des informations clés sur l'état de santé physique et psychique de son patient âgé, dont il a un suivi longitudinal ; et, en parallèle, le médecin traitant pourrait davantage appréhender la pathologie cancéreuse du sujet âgé. Il s'informerait et se sensibiliserait au diagnostic de cancer de cette population de patients (et à l'intérêt du diagnostic précoce), aux possibilités thérapeutiques et, plus globalement, aux projets personnalisés de soins des patients.

Enfin, il serait intéressant de compléter ce travail par une étude de plus grande envergure, et de plus forte puissance statistique. A ce jour, un projet de création d'une base de données est en cours au pavillon K de l'hôpital Edouard Herriot. Elle permettra d'inclure de manière prospective l'ensemble des patients dont l'hospitalisation débouche sur un diagnostic de cancer. Les caractéristiques de chaque patient, ainsi que les signes non spécifiques de cancer mis en évidence dans ce travail, seront recueillis.

Il sera également intéressant dans cette étude à venir, d'apparier chaque cas avec un sujet témoin, indemne de cancer, afin d'obtenir une plus forte spécificité de l'association entre signes non spécifiques et présence d'un cancer chez les sujets âgés.

6 Conclusion

Le diagnostic précoce de cancer chez les sujets âgés est un enjeu important, notamment en soins primaires. Une prise en charge adaptée et précoce contribue à l'amélioration de leur qualité de vie, ainsi qu'au maintien de leur autonomie.

Ce travail, malgré ses biais, a montré qu'il existait des signes non spécifiques très prévalents chez les sujets âgés atteints de cancer. L'instinct du médecin généraliste sur un sentiment de rupture fonctionnelle et/ou psychique chez son patient, l'élévation du taux de CRP supérieur à 10 mg/L, ainsi que l'apparition ou la recrudescence des chutes étaient les trois signes les plus prévalents de cette étude. Cela doit faire reconsidérer l'attitude diagnostique de cancer chez les sujets âgés.

Cette étude permet donc de suggérer l'importance, au sein du cabinet de médecine générale, d'évoquer l'éventualité du diagnostic de cancer lorsqu'un patient âgé présente un signe non spécifique, afin d'initier une démarche diagnostique aussi précoce que possible.

Annexe 1 : DONNÉES HOTLINE 2015 DU 1ER JANVIER AU 31 DÉCEMBRE 2015 INCLUS

I - Nombre de situations traitées : 1 336

II - Caractéristiques des patients concernés :

- Age moyen des patients concernés : **86 ans** (Ecart type : 16,10)
- Femmes : **845**
- Hommes : **491**
- Patients avec un diagnostic établi de pathologie neuro dégénérative : **229**

III - Origine des appels :

1/ Extra hospitalier :

- Médecine libérale (sauf SOS médecin) : **757**
- EHPAD/USLD/Foyer logement : **179**
- Autres structures médico-sociales et IDE : **94**
- SOS médecins : **52**

2/ Hôpitaux :

- Intra HCL : **139**
- Extra HCL : **67**

3/ Familles : **48**

IV – Motifs des appels :

- Pathologie aiguë : **900**
- Problème social : **251**
- Troubles du comportement : **205**
- Problèmes psychiatriques pressentis : **85**

V - Réponses aux appels :

1/ Conseils en soin :

- Conseils thérapeutiques : **82**
- Diagnostiques : **71**

2/ Conseils en orientation :

- EMG : **235** ◊ Intra : **15** Extra : **220**
- EMEOPSA : **41**
- EMMA : **27**
- Consultation gériatrique : **44**
- Autre : **152**

3/ Hospitalisations :

- K1 : **333**
- K2 : **116**
- HCL gériatrie : **115**
- HCL autres : **22**
- SAU : **87**
- Autres : **74**

VI - Durée de gestion des appels : 3 309 appels

- Durée moyenne des appels : 23 mn Durée totale : 31 329 mn soit 522 heures 15 mn

V- Sans cet appel téléphonique, auriez-vous adressé le patient à un service des Urgences ?

Non applicable : 692 Oui : 376 Non : 268

Annexe 2 : CIRS - Cumulative Illness Rating Scale

Description des scores

0. **Aucun problème:** Aucune pathologie n'affecte ce système ou problèmes médicaux antérieurs sans importance clinique
1. **Problème léger:** Problème actuel léger ou problème antérieur important
2. **Problème modéré:** Atteinte ou morbidité modéré/e et/ou nécessitant un traitement (de première ligne).
3. **Problème sévère:** Pathologie sévère et/ou atteinte constante et invalidante et/ou maîtrise des problèmes chroniques difficile (schéma thérapeutique complexe).
4. **Problème très grave:** Pathologie extrêmement sévère et/ou traitement immédiat requis et/ou défaillance d'un organe et /ou incapacité fonctionnelle grave.

Système d'organes	Score				
	aucun problème	léger problème	problème modéré	problème sévère	problème très grave
1. Cardiaque (cœur uniquement)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
2. Hypertension artérielle (score basé sur la sévérité; les lésions organiques sont cotées séparément)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
3. Vasculo-hématopoïétique (sang, vaisseaux sanguins et cellules sanguines, moelle osseuse, rate, ganglions).....	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
4. Appareil respiratoire (poumons, bronches, trachée sous le larynx)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
5. Ophtalmologique et ORL (yeux, oreilles, nez, pharynx, larynx).....	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
6. Appareil gastro-intestinal supérieur (oesophage, estomac et duodénum; pancréas; hors diabète).....	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

- | | | | | | |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 7. Appareil gastro-intestinal inférieur
(intestins, hernies)..... | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| 8. Hépatique (foie et voies biliaires) | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| 9. Rénal (uniquement les reins) | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| 10. Appareil génito-urinaire (uretères,
vessie, urètre, prostate, appareil
génital) | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| 11. Téguments musculo-squelettiques
(muscles, os, peau)..... | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| 12. Nerveux central et périphérique
(cerveau, moelle épinière, nerfs;
hors démence) | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| 13. Endocrino-métabolique (y compris
diabète, thyroïde ; seins ; infections
systémiques ; intoxications) | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| 14. Troubles psychiatriques / comporte-
mentaux (y compris démence,
dépression, anxiété, agitation/délire,
psychose)..... | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |

Annexe 3 : NICE Recommendations organised by site of cancer

1.1 Lung and pleural cancers

Lung cancer

Recommendations in this section update recommendations 1.1.2 to 1.1.5 in lung cancer, NICE guideline CG121.

1.1.1 Refer people using a suspected cancer pathway referral (for an appointment within 2 weeks) for lung cancer if they:

- have chest X-ray findings that suggest lung cancer **or**
- are aged 40 and over with unexplained haemoptysis. **[new 2015]**

1.1.2 Offer an urgent chest X-ray (to be performed within 2 weeks) to assess for lung cancer in people aged 40 and over if they have 2 or more of the following unexplained symptoms, **or** if they have ever smoked and have 1 or more of the following unexplained symptoms:

- cough
- fatigue
- shortness of breath
- chest pain
- appetite loss. **[new 2015]**

1.1.3 Consider an urgent chest X-ray (to be performed within 2 weeks) to assess for lung cancer in people aged 40 and over with any of the following:

- persistent or recurrent chest infection
- finger clubbing
- supraclavicular lymphadenopathy or persistent cervical lymphadenopathy
- chest signs consistent with lung cancer
- thrombocytosis. **[new 2015]**

Mesothelioma

1.1.4 Refer people using a suspected cancer pathway referral (for an appointment within 2 weeks) for mesothelioma if they have chest X-ray findings that suggest mesothelioma. **[new 2015]**

1.1.5 Offer an urgent chest X-ray (to be performed within 2 weeks) to assess for mesothelioma in people aged 40 and over, if:

- they have 2 or more of the following unexplained symptoms, **or**
- they have 1 or more of the following unexplained symptoms and have ever smoked, **or**
- they have 1 or more of the following unexplained symptoms and have been exposed to asbestos:
 - cough
 - fatigue
 - shortness of breath
 - chest pain
 - appetite loss. **[new 2015]**

1.1.6 Consider an urgent chest X-ray (to be performed within 2 weeks) to assess for mesothelioma in people aged 40 and over with either:

- finger clubbing **or**
- chest signs compatible with pleural disease. **[new 2015]**

1.2 Upper gastrointestinal tract cancers

Oesophageal cancer

1.2.1 Offer urgent direct access upper gastrointestinal endoscopy (to be performed within 2 weeks) to assess for oesophageal cancer in people:

- with dysphagia **or**
- aged 55 and over with weight loss any of the following:
 - upper abdominal pain
 - reflux
 - dyspepsia. **[new 2015]**

1.2.2 Consider non-urgent direct access upper gastrointestinal endoscopy to assess for oesophageal cancer in people with haematemesis. **[new 2015]**

1.2.3 Consider non-urgent direct access upper gastrointestinal endoscopy to assess for oesophageal cancer in people aged 55 or over with:

- treatment-resistant dyspepsia **or**
- upper abdominal pain with low haemoglobin levels **or**
- raised platelet count with any of the following:
 - nausea
 - vomiting
 - weight loss
 - reflux
 - dyspepsia
 - upper abdominal pain, **or**
- nausea or vomiting with any of the following:
 - weight loss
 - reflux
 - dyspepsia
 - upper abdominal pain. **[new 2015]**

Pancreatic cancer

1.2.4 Refer people using a suspected cancer pathway referral (for an appointment within 2 weeks) for pancreatic cancer if they are aged 40 and over and have jaundice. **[new 2015]**

1.2.5 Consider an urgent direct access CT scan (to be performed within 2 weeks), or an urgent ultrasound scan if CT is not available, to assess for pancreatic cancer in people aged 60 and over with weight loss **and** any of the following:

- diarrhoea
- back pain
- abdominal pain
- nausea
- vomiting
- constipation
- new-onset diabetes. **[new 2015]**

Stomach cancer

1.2.6 Consider a suspected cancer pathway referral (for an appointment within 2 weeks) for people with an upper abdominal mass consistent with stomach cancer. **[new 2015]**

1.2.7 Offer urgent direct access upper gastrointestinal endoscopy (to be performed within 2 weeks) to assess for stomach cancer in people:

- with dysphagia **or**
- aged 55 and over with weight loss **and** any of the following:
 - upper abdominal pain
 - reflux
 - dyspepsia. **[new 2015]**

1.2.8 Consider non-urgent direct access upper gastrointestinal endoscopy to assess for stomach cancer in people with haematemesis. **[new 2015]**

1.2.9 Consider non-urgent direct access upper gastrointestinal endoscopy to assess for stomach cancer in people aged 55 or over with:

- treatment-resistant dyspepsia **or**
- upper abdominal pain with low haemoglobin levels **or**
- raised platelet count with any of the following:
 - nausea
 - vomiting
 - weight loss
 - reflux
 - dyspepsia
 - upper abdominal pain, **or**
- nausea or vomiting with any of the following:
 - weight loss
 - reflux
 - dyspepsia
 - upper abdominal pain. **[new 2015]**

Gall bladder cancer

1.2.10 Consider an urgent direct access ultrasound scan (to be performed within 2 weeks) to assess for gall bladder cancer in people with an upper abdominal mass consistent with an enlarged gall bladder. **[new 2015]**

Liver cancer

1.2.11 Consider an urgent direct access ultrasound scan (to be performed within 2 weeks) to assess for liver cancer in people with an upper abdominal mass consistent with an enlarged liver. **[new 2015]**

1.3 Lower gastrointestinal tract cancers

Colorectal cancer

1.3.1 Refer adults using a suspected cancer pathway referral (for an appointment within 2 weeks) for colorectal cancer if:

- they are aged 40 and over with unexplained abdominal pain **or**
- they are aged 50 and over with unexplained rectal bleeding **or**
- they are aged 60 and over with:
 - iron-deficiency anaemia **or**
 - changes in their bowel habit, **or**
- tests show occult blood in their faeces. **[new 2015]**

1.3.2 Consider a suspected cancer pathway referral (for an appointment within 2 weeks) for colorectal cancer in adults with a rectal or abdominal mass. **[new 2015]**

1.3.3 Consider a suspected cancer pathway referral (for an appointment within 2 weeks) for colorectal cancer in adults aged under 50 with rectal bleeding **and** any of the following unexplained symptoms or findings:

- abdominal pain
- change in bowel habit
- iron-deficiency anaemia. **[new 2015]**

1.3.4 This recommendation has been withdrawn.

Anal cancer

1.3.5 Consider a suspected cancer pathway referral (for an appointment within 2 weeks) for anal cancer in people with an unexplained anal mass or unexplained anal ulceration. **[new 2015]**

1.4 Breast cancer

1.4.1 Refer people using a suspected cancer pathway referral (for an appointment within 2 weeks) for breast cancer if they are:

- aged 30 and over and have an unexplained breast lump with or without pain **or**
- aged 50 and over with any of the following symptoms in one nipple only:
 - discharge
 - retraction
 - other changes of concern. **[new 2015]**

1.4.2 Consider a suspected cancer pathway referral (for an appointment within 2 weeks) for breast cancer in people:

- with skin changes that suggest breast cancer **or**

- aged 30 and over with an unexplained lump in the axilla. **[new 2015]**

1.4.3 Consider non-urgent referral in people aged under 30 with an unexplained breast lump with or without pain. See also recommendations 1.16.2 and 1.16.3 for information about seeking specialist advice. **[new 2015]**

1.5 Gynaecological cancers

Ovarian cancer

The recommendations in this section have been incorporated from the NICE guideline on ovarian cancer (NICE guideline CG122, 2011) and have not been updated. The recommendations for ovarian cancer apply to women aged 18 and over.

1.5.1 Refer the woman urgently if physical examination identifies ascites and/or a pelvic or abdominal mass (which is not obviously uterine fibroids). **[2011]**

1.5.2 Carry out tests in primary care (see recommendations 1.5.6 to 1.5.9) if a woman (especially if 50 or over) reports having any of the following symptoms on a persistent or frequent basis – particularly more than 12 times per month:

- persistent abdominal distension (women often refer to this as 'bloating')
- feeling full (early satiety) and/or loss of appetite
- pelvic or abdominal pain
- increased urinary urgency and/or frequency. **[2011]**

1.5.3 Consider carrying out tests in primary care (see recommendations 1.5.6 to 1.5.9) if a woman reports unexplained fatigue or changes in bowel habit. **[2011]**

1.5.4 Advise any woman who is not suspected of having ovarian cancer to return to her GP if her symptoms become more frequent and/or persistent. **[2011]**

1.5.5 Carry out appropriate tests for ovarian cancer (see recommendations 1.5.6 to 1.5.9) in any woman of 50 or over who has experienced symptoms within the last 12 months that suggest irritable bowel syndrome (IBS), because IBS rarely presents for the first time in women of this age. **[2011]**

1.5.6 Measure serum CA125 in primary care in women with symptoms that suggest ovarian cancer (see recommendations 1.5.1 to 1.5.5). **[2011]**

1.5.7 If serum CA125 is 35 IU/ml or greater, arrange an ultrasound scan of the abdomen and pelvis. **[2011]**

1.5.8 If the ultrasound suggests ovarian cancer, refer the woman urgently for further investigation. **[2011]**

1.5.9 For any woman who has normal serum CA125 (less than 35 IU/ml), or CA125 of 35 IU/ml or greater but a normal ultrasound:

- assess her carefully for other clinical causes of her symptoms and investigate if appropriate
- if no other clinical cause is apparent, advise her to return to her GP if her symptoms become more frequent and/or persistent. **[2011]**

Endometrial cancer

1.5.10 Refer women using a suspected cancer pathway referral (for an appointment within 2 weeks) for endometrial cancer if they are aged 55 and over with post-menopausal bleeding (unexplained vaginal bleeding more than 12 months after menstruation has stopped because of the menopause). **[new 2015]**

1.5.11 Consider a suspected cancer pathway referral (for an appointment within 2 weeks) for endometrial cancer in women aged under 55 with post-menopausal bleeding. **[new 2015]**

1.5.12 Consider a direct access ultrasound scan to assess for endometrial cancer in women aged 55 and over with:

- unexplained symptoms of vaginal discharge who:
 - are presenting with these symptoms for the first time **or**
 - have thrombocytosis **or**

- report haematuria, **or**
- visible haematuria **and**:
 - low haemoglobin levels **or**
 - thrombocytosis **or**
 - high blood glucose levels. **[new 2015]**

Cervical cancer

1.5.13 Consider a suspected cancer pathway referral (for an appointment within 2 weeks) for women if, on examination, the appearance of their cervix is consistent with cervical cancer. **[new 2015]**

Vulval cancer

1.5.14 Consider a suspected cancer pathway referral (for an appointment within 2 weeks) for vulval cancer in women with an unexplained vulval lump, ulceration or bleeding. **[new 2015]**

Vaginal cancer

1.5.15 Consider a suspected cancer pathway referral (for an appointment within 2 weeks) for vaginal cancer in women with an unexplained palpable mass in or at the entrance to the vagina. **[new 2015]**

1.6 Urological cancers

Prostate cancer

1.6.1 Refer men using a suspected cancer pathway referral (for an appointment within 2 weeks) for prostate cancer if their prostate feels malignant on digital rectal examination. **[new 2015]**

1.6.2 Consider a prostate-specific antigen (PSA) test and digital rectal examination to assess for prostate cancer in men with:

- any lower urinary tract symptoms, such as nocturia, urinary frequency, hesitancy, urgency or retention **or**
- erectile dysfunction **or**
- visible haematuria. **[new 2015]**

1.6.3 Refer men using a suspected cancer pathway referral (for an appointment within 2 weeks) for prostate cancer if their PSA levels are above the age-specific reference range. **[new 2015]**

Bladder cancer

1.6.4 Refer people using a suspected cancer pathway referral (for an appointment within 2 weeks) for bladder cancer if they are:

- aged 45 and over and have:
 - unexplained visible haematuria without urinary tract infection **or**
 - visible haematuria that persists or recurs after successful treatment of urinary tract infection, **or**
- aged 60 and over and have unexplained non-visible haematuria **and** either dysuria or a raised white cell count on a blood test. **[new 2015]**

1.6.5 Consider non-urgent referral for bladder cancer in people aged 60 and over with recurrent or persistent unexplained urinary tract infection. **[new 2015]**

Renal cancer

1.6.6 Refer people using a suspected cancer pathway referral (for an appointment within 2 weeks) for renal cancer if they are aged 45 and over and have:

- unexplained visible haematuria without urinary tract infection **or**
- visible haematuria that persists or recurs after successful treatment of urinary tract infection. **[new 2015]**

Testicular cancer

1.6.7 Consider a suspected cancer pathway referral (for an appointment within 2 weeks) for testicular cancer in men if they have a non-painful enlargement or change in shape or texture of the testis. **[new 2015]**

1.6.8 Consider a direct access ultrasound scan for testicular cancer in men with unexplained or persistent testicular symptoms. **[new 2015]**

Penile cancer

1.6.9 Consider a suspected cancer pathway referral (for an appointment within 2 weeks) for penile cancer in men if they have either:

- a penile mass **or** ulcerated lesion, where a sexually transmitted infection has been excluded as a cause, **or**
- a persistent penile lesion after treatment for a sexually transmitted infection has been completed. **[new 2015]**

1.6.10 Consider a suspected cancer pathway referral (for an appointment within 2 weeks) for penile cancer in men with unexplained or persistent symptoms affecting the foreskin or glans. **[new 2015]**

1.7 Skin cancers

Malignant melanoma of the skin

1.7.1 Refer people using a suspected cancer pathway referral (for an appointment within 2 weeks) for melanoma if they have a suspicious pigmented skin lesion with a weighted 7-point checklist score of 3 or more. **[new 2015]**

Weighted 7-point checklist

Major features of the lesions (scoring 2 points each):

- change in size
- irregular shape
- irregular colour.

Minor features of the lesions (scoring 1 point each):

- largest diameter 7 mm or more
- inflammation
- oozing
- change in sensation.

1.7.2 Refer people using a suspected cancer pathway referral (for an appointment within 2 weeks) if dermoscopy suggests melanoma of the skin. **[new 2015]**

1.7.3 Consider a suspected cancer pathway referral (for an appointment within 2 weeks) for melanoma in people with a pigmented or non-pigmented skin lesion that suggests nodular melanoma. **[new 2015]**

Squamous cell carcinoma

1.7.4 Consider a suspected cancer pathway referral (for an appointment within 2 weeks) for people with a skin lesion that raises the suspicion of squamous cell carcinoma. **[new 2015]**

Basal cell carcinoma

1.7.5 Consider routine referral for people if they have a skin lesion that raises the suspicion of a basal cell carcinoma. **[new 2015]**

1.7.6 Only consider a suspected cancer pathway referral (for an appointment within 2 weeks) for people with a skin lesion that raises the suspicion of a basal cell carcinoma if there is particular concern that a delay may have a significant impact, because of factors such as lesion site or size. **[new 2015]**

1.8 Head and neck cancers

Laryngeal cancer

1.8.1 Consider a suspected cancer pathway referral (for an appointment within 2 weeks) for laryngeal cancer in people aged 45 and over with:

- persistent unexplained hoarseness **or**
- an unexplained lump in the neck. **[new 2015]**

Oral cancer

1.8.2 Consider a suspected cancer pathway referral (for an appointment within 2 weeks) for oral cancer in people with either:

- unexplained ulceration in the oral cavity lasting for more than 3 weeks **or**
- a persistent and unexplained lump in the neck. **[new 2015]**

1.8.3 Consider an urgent referral (for an appointment within 2 weeks) for assessment for possible oral cancer by a dentist in people who have either:

- a lump on the lip or in the oral cavity **or**
- a red or red and white patch in the oral cavity consistent with erythroplakia or erythroleukoplakia. **[new 2015]**

1.8.4 Consider a suspected cancer pathway referral by the dentist (for an appointment within 2 weeks) for oral cancer in people when assessed by a dentist as having either:

- a lump on the lip or in the oral cavity consistent with oral cancer **or**
- a red or red and white patch in the oral cavity consistent with erythroplakia or erythroleukoplakia. **[new 2015]**

Thyroid cancer

1.8.5 Consider a suspected cancer pathway referral (for an appointment within 2 weeks) for thyroid cancer in people with an unexplained thyroid lump. **[new 2015]**

1.9 Brain and central nervous system cancers

Adults

1.9.1 Consider an urgent direct access MRI scan of the brain (or CT scan if MRI is contraindicated) (to be performed

within 2 weeks) to assess for brain or central nervous system cancer in adults with progressive, sub-acute loss of central neurological function. [new 2015]

1.10 Haematological cancers

Leukaemia in adults

1.10.1 Consider a very urgent full blood count (within 48 hours) to assess for leukaemia in adults with any of the following:

- pallor
- persistent fatigue
- unexplained fever
- unexplained persistent or recurrent infection
- generalised lymphadenopathy
- unexplained bruising
- unexplained bleeding
- unexplained petechiae
- hepatosplenomegaly. [new 2015]

Myeloma

1.10.4 Offer a full blood count, blood tests for calcium and plasma viscosity or erythrocyte sedimentation rate to assess for myeloma in people aged 60 and over with persistent bone pain, particularly back pain, or unexplained fracture. [new 2015]

1.10.5 Offer very urgent protein electrophoresis and a Bence-Jones protein urine test (within 48 hours) to assess for myeloma in people aged 60 and over with hypercalcaemia or leukopenia and a presentation that is consistent with possible myeloma. [new 2015]

1.10.6 Consider very urgent protein electrophoresis and a Bence-Jones protein urine test (within 48 hours) to assess for myeloma if the plasma viscosity or erythrocyte sedimentation rate and presentation are consistent with possible myeloma. [new 2015]

1.10.7 Refer people using a suspected cancer pathway referral (for an appointment within 2 weeks) if the results of protein electrophoresis or a Bence-Jones protein urine test suggest myeloma. [new 2015]

Non-Hodgkin's lymphoma in adults

1.10.8 Consider a suspected cancer pathway referral (for an appointment within 2 weeks) for non-Hodgkin's lymphoma in adults presenting with unexplained lymphadenopathy or splenomegaly. When considering referral, take into account any associated symptoms, particularly fever, night sweats, shortness of breath, pruritus or weight loss. [new 2015]

Hodgkin's lymphoma in adults

1.10.10 Consider a suspected cancer pathway referral (for an appointment within 2 weeks) for Hodgkin's lymphoma in adults presenting with unexplained lymphadenopathy. When considering referral, take into account any associated symptoms, particularly fever, night sweats, shortness of breath, pruritus, weight loss or alcohol-induced lymph node pain. [new 2015]

1.11 Sarcomas

Bone sarcoma in adults

1.11.1 Consider a suspected cancer pathway referral (for an appointment within 2 weeks) for adults if an X-ray suggests

the possibility of bone sarcoma. **[new 2015]**

Soft tissue sarcoma in adults

1.11.4 Consider an urgent direct access ultrasound scan (to be performed within 2 weeks) to assess for soft tissue sarcoma in adults with an unexplained lump that is increasing in size. **[new 2015]**

1.11.5 Consider a suspected cancer pathway referral (for an appointment within 2 weeks) for adults if they have ultrasound scan findings that are suggestive of soft tissue sarcoma or if ultrasound findings are uncertain and clinical concern persists. **[new 2015]**

Bibliographie

- [1] T. Pignon, F. Rafaramino, P. Scalliet
Cancer et sujets âgés. Prise en charge. Aspects décisionnels
Rev Méd Interne 2000 ; 21 : 765-76
- [2] Christine Le Bihan-Benjamin, Jeanne-Marie Bréchet, Philippe-Jean Bousquet, et al.
Sujets âgés atteints de cancer en France : quel recours à l'hospitalisation en 2012 ?
Bull Cancer 2015; 102: 139–149
- [3] Etat des lieux et perspectives en oncogériatrie [ensemble de données en ligne] Boulogne-Billancourt: Institut National du Cancer; 2009 [cité le 29 mai 2009]. Disponible : <http://www.e-cancer.fr>
- [4] Les cancers en France/Edition 2014 [ensemble de données en ligne]. Boulogne-Billancourt: Institut national du cancer; 2015 [cité le 13 janv 2015]. Disponible : <http://www.e-cancer.fr>
- [5] Catherine Terret, Elisabeth Castel-Kremer, Gilles Albrand et al.
Effects of comorbidity on screening and early diagnosis of cancer in elderly people
Lancet Oncol 2009; 10: 80–87
- [6] Ulrich Wedding, Ludger Pientka, Klaus Höffken
Quality-of-life in elderly patients with cancer: A short review
European Journal of Cancer 43 (2007) 2203–2210
- [7] Baier P, Ihorst G, Wolff-Vorbeck G et al.
Independence and health related quality of life in 200 onco-geriatric surgical patients within 6 months of follow-up: Who is at risk to lose?
Eur J Surg Oncol. 2016 Dec;42(12):1890-1897
- [8] M.A. Sekeres, R.M. Stone, D. Zahrieh, et al.
Decision-making and quality of life in older adults with acute myeloid leukemia or advanced myelodysplastic syndrome
Leukemia, 18 (4) (2004), pp. 809-816
- [9] T. Cortadellas, O. Cordoba, A. Gascon et al.
Surgery improves survival in elderly with breast cancer. A study of 465 patients in a single institution
EJSO 41 (2015) 635-640
- [10] L. Schiffmann, S. Özcan, F. Schwarz et al.
Colorectal cancer in the elderly—surgical treatment and long-term survival
Int J Colorectal Dis (2008) 23: 601–610
- [11] Doat, A. Thie'baut, S. Samson, et al.
Elderly patients with colorectal cancer: Treatment modalities and survival in France. National data from the ThInDiT cohort study.
European Journal of Cancer (2014) 50, 1276– 1283

- [12] Surbone A., Kagawa-Singer M., Terret C et al.
On behalf of the SIOG Task Force on Cultural Competence in the Elderly The illness trajectory of elderly cancer patients across cultures: SIOG position paper
Annal Oncol 2007;18: 633-8
- [13] D. Hahn, L. Bergman, F. van Dam et al.
Cancer in the elderly, Treatment and Research
Oxford University Press, Oxford 1994 : 11–15
- [14] Les cancers en France en 2016 l'essentiel des faits et chiffres [ensemble de données en ligne].
Boulogne-Billancourt: Institut National du Cancer; 2016 [cité le 3 fév 2017]. Disponible :
<http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Les-cancers-en-France-en-2016-L-essentiel-des-faits-et-chiffres>
- [15] Institut National du Cancer [En ligne]. Boulogne-Billancourt: Institut; 2016. Incidence et mortalité nationale [modifié le 17 nov 2016, cité le 17 nov 2016]; [environ 2 écrans]. Disponible :
<http://lesdonnees.e-cancer.fr/Themes/epidemiologie/Incidence-mortalite-nationale>
- [16] Liyue Tong, Chul Ahn, Elaine Symanski et al.
Relative impact of earlier diagnosis and improved treatment on survival for colorectal cancer: A US database study among elderly patients.
Cancer Epidemiology 38 (2014) 733–740
- [17] Vieillissement, longévité et assurance maladie [ensemble de données en ligne].
Paris : Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie ; 2010 [cité le 22 avr 2010]. Disponible :
http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/hcaam_note_220410.pdf
- [18] Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques [En ligne]. Paris : Institut; 2016.
Population par âge [cité le 1er mars 2016]; [environs 10 écrans]. Disponible :
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/1906664?sommaire=1906743>
- [19] W. Pelemans. Le profil gériatrique. Dans: Marcel Afschrift, Jean-Claude Leners, Tony Mets et al., rédacteurs. Médecine gériatrique, pratique quotidienne. Vol 1. Pfizer Belgium; 2002. p. 50-53
- [20] Rolland Y, Benetos A, Gentric A, et al.
Frailty in older population: a brief position paper from the French society of geriatrics and gerontology
Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil. 2011 Dec; 9(4): 387-90
- [21] Linda P. Fried, Catherine M. Tangen, Jeremy Walston, et al.
Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype
Journal of Gerontology : Medical Sciences 2001, Vol. 56A, No. 3, M146–M156
- [22] Mandelblatt J.S, Cai L, Luta G, et al.
Frailty and long-term mortality of older breast cancer patients: CALGB 369901 (Alliance)
Breast Cancer Res Treat. 2017 Jul; 164(1): 107-117

- [23] Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires? [ensemble de données en ligne]. Saint-Denis-La-Plaine: Haute Autorité de Santé; 2013 [cité le 1er juin 2013]. Disponible : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013_06/fiche_parcours_fragilite_vf.pdf
- [24] Terret C, Zulian GB, Naiem A et al.
Multidisciplinary approach to the geriatric oncology patient
J Clin Oncol. 2007 May 10; 25(14): 1876-81
- [25] Chicoulaa B, Balardy L, Stillmunkes A, et al.
French general practitioners' sense of isolation in the management of elderly cancer patients
Fam Pract. 2016 Oct; 33(5): 551-6
- [26] Rougé-Bugat ME, Gérard S, Balardy L, et al.
Impact of an oncogeriatric consulting team on therapeutic decision-making
J Nutr Health Aging. 2013; 17(5): 473-8
- [27] Saez-Lopez P., Filipovich Vegas E., Martinez Peromingo J., et al.
Colorectal cancer in the elderly. Surgical treatment, chemotherapy, and contribution from geriatrics
Rev Esp Geriatr Gerontol. 2017 Sep – Oct; 52(5): 261-270
- [28] Ellis G, Whitehead MA, Robinson D, et al.
Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital : meta-analysis of randomised controlled trials
BMJ 2011; 343: d6553
- [29] Farcet A, de Decker L, Pauly V, et al.
Frailty Markers and Treatment Decisions in Patients Seen in Oncogeriatric Clinics: Results from the ASRO Pilot Study
PLOS ONE 11(2): e0149732. doi:10.1371/journal.pone.0149732
- [30] Della Pepa C; Cavaliere C; Rossetti B, et al.
Predictive Comprehensive Geriatric Assessment in elderly prostate cancer patients: the prospective observational scoop trial results
Anti-Cancer Drugs. 28(1): 104–109, JAN 2017
- [31] Antonio M, Saldana J, Formiga F, et al.
1st National Meeting of Multidisciplinary Work in Oncogeriatrics: expert consensus document
Rev Esp Geriatr Gerontol. 2012;47(6):279–283
- [32] Suspected cancer : recognition and referral [ensemble de données en ligne]. Londres : National Institute for health and care excellence; 2015 [cité le 23 juin 2015]. Disponible: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng12>
- [33] Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée [ensemble de données en ligne]. Saint-Denis-La-Plaine: Haute Autorité de Santé; 2007 [cité le 26 juin 2007]. Disponible: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/synthese_denutrition_personnes_agees.pdf

- [34] Choix des examens du métabolisme du fer en cas de suspicion de carence en fer [ensemble de données en ligne]. Saint-Denis-La-Plaine: Haute Autorité de Santé; 2011 [cité le 14 juin 2011]. Disponible: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-11/rapport_devaluation_bilan_martial_carence_2011-11-09_17-21-31_723.pdf
- [35] George Liamis, Haralampos Milionis, Moses Elisaf
A Review of Drug-Induced Hyponatremia
Am J Kidney Dis; 2008 52: 144-153
- [36] Stolper E, Van Royen P, Jan Dinant G
The ‘sense of alarm’ (‘gut feeling’) in clinical practice. A survey among European general practitioners on recognition and expression
European Journal of General Practice; 2010 16:2, 72-74
- [37] Stolper E, Van Bokhoven M, Houben P, et al.
The diagnostic role of gut feelings in general practice A focus group study of the concept and its determinants
BMC Family Practice 2009, 10:17
- [38] Donker G.A, Wiersma E, Van Der Hoek L, et al.
Determinants of general practitioner’s cancer-related gut feelings—a prospective cohort study
BMJ Open 2016;6:e012511
- [39] Allin K, Nordestgaard B
Elevated C-reactive protein in the diagnosis, prognosis, and cause of cancer
Crit Rev Clin Lab Sci. 2011 Jul-Aug;48(4):155-70
- [40] Heikkila K, Ebrahim S, Lawlor D.A
A systematic review of the association between circulating concentrations of C reactive protein and cancer.
J Epidemiol Community Health 2007;61:824–832
- [41] Coussens L.M, Werb Z
Inflammation and cancer.
Nature. 2002 Dec 19-26; 420(6917):860-7
- [42] Farrow B, Evers BM
Inflammation and the development of pancreatic cancer.
Surg Oncol. 2002 May; 10(4):153-69
- [43] Philip M, Rowley DA, Schreiber H
Inflammation as a tumor promoter in cancer induction.
Semin Cancer Biol. 2004 Dec; 14(6):433-9
- [44] Zegmout A, Souhi H, El Ouazzani H, et al.
La protéine C-réactive dans les cancers pulmonaires non à petites cellules
Revue des Maladies Respiratoires, Volume 34, Supplement January 2017, Page A87

- [45] Nelson S.H, Brasky T.M, Patterson R;E, et al.
The Association of the C-Reactive Protein Inflammatory Biomarker with Breast Cancer Incidence and Mortality in the Women's Health Initiative
American Association for Cancer Research, 2017, Volume 26, Issue 7, pp. 1100-1106
- [46] Tulloch-Reid M.K., McFarlane-Anderson N., Bennett F.I., et al.
Effects of cholesterol, C-reactive protein, and interleukin-6 on prostate cancer risk in a population of African ancestry
Cancer Causes Control (2017) 28: 1313
- [47] Wildes T.M., Dua P., Fowler S.A., et al.
Systematic Review of Falls in Older Adults with Cancer
J Geriatr Oncol. 2015 Jan; 6(1): 70-83
- [48] Delbaere K, Van den Noortgate N, Bourgois J, et al.
The Physical Performance Test as a predictor of frequent fallers: a prospective community-based cohort study.
Clin Rehabil. 2006 Jan; 20(1):83-90
- [49] Gewandter J.S, Dale W, Magnuson A, et al.
Associations between a patient reported outcome (PRO) measure of sarcopenia and falls, functional status, and physical performance in older patients with cancer.
J Geriatr Oncol. 2015 Nov; 6(6): 433–441
- [50] Spoelstra S.L, Given B.A, Schutte D.L, et al.
Do older adults with cancer fall more often? A comparative analysis of falls in those with and without cancer
Oncol Nurs Forum. 2013; 40.E69-E78
- [51] Kent EE, Malinoff R, Rozjabek HM, et al.
Revisiting the Surveillance Epidemiology and End Results Cancer Registry and Medicare Health Outcomes Survey (SEER-MHOS) Linked Data Resource for Patient-Reported Outcomes Research in Older Adults with cancer
J Am Geriatr Soc. 2016 Jan;64(1):186-92
- [52] Toomey A, Friedman L
Mortality in cancer patients after a fall-related injury: The impact of cancer spread and type
Injury. 2014 Nov;45(11):1710-6
- [53] Sattar S., Alibhai S.M.H., Spoelstra S.L., et al.
Falls in older adults with cancer: a systematic review of prevalence, injurious falls, and impact on cancer treatment
Support Care Cancer (2016) 24: 4459
- [54] Wildes T.M., Depp B., Colditz G., et al
Fall-risk Prediction in Older Adults with Cancer: an unmet need
Support Care Cancer. 2016 sep; 24(9): 3681-3684

- [55] Maltoni M, Fabbri L, Nanni O, et al.
Serum levels of tumour necrosis factor alpha and other cytokines do not correlate with weight loss and anorexia in cancer patients
Support Care Cancer. 1997 Mar;5(2):130-5
- [56] Kosacka M, Werynska B, Golecki M, et al.
The incidence and pathogenesis of cancer anorexia-cachexia syndrome in lung cancer
Pneumonol Alergol Pol. 2008;76(5):360-5
- [57] Asher A, Van Dyk K, Patel SK, et al.
Cancer-Related Cognitive Changes.
Arch Phys Med Rehabil. 2017 Dec;98(12):2595-2596
- [58] Vardy J.L, Dhillon H.M
“Mind the gaps”: Cognition and cancer.
Psychooncology. 2017 Nov 16
- [59] Saykin AJ, de Ruiter MB, McDonald BC, et al
Neuroimaging biomarkers and cognitive function in non-CNS cancer and its treatment: current status and recommendations for future research.
Brain Imaging Behav.2013 7:363-73
- [60] Rasmussen S, Larsen PV, Søndergaard J, et al.
Specific and non-specific symptoms of colorectal cancer and contact to general practice
Family Practice, 2015, Vol. 32, No. 4, 387–394



BUREAU DU 3^{ème} CYCLE de DES de Médecine Générale
& THESES MEDECINE GENERALE ET AUTRES SPECIALITES
Bâtiment Rockefeller – 1^{er} étage – 04 26 68 82 06 - maric.rouyer@univ-lyon1.fr

Nom, prénom du candidat : ABILA, Florian

CONCLUSIONS

En France, près d'un tiers des cancers survient après soixante-quinze ans, et, d'ici 2050, cette proportion devrait être d'un cancer sur deux. Il s'agit donc avant tout d'une pathologie liée à l'âge. On sait aujourd'hui que le stade de la maladie lors du diagnostic, précoce ou plus tardif, conditionne sa prise en charge et ses chances de réussite. Chez le sujet âgé, la précocité du diagnostic permet de meilleurs résultats en terme de mortalité, mais aussi en terme de qualité de vie et d'autonomie des patients. Or, on constate dans cette population que la moitié des cancers est diagnostiqué à un stade déjà avancé. Il en résulte de ce fait des souffrances, et une perte de qualité de vie.

Partant de ce constat, l'objectif de cette étude était d'identifier des signes non spécifiques de cancer chez le sujet âgé, afin d'en améliorer le diagnostic, notamment au cabinet du médecin généraliste.

Nous avons réalisé une étude observationnelle, rétrospective, descriptive à partir des patients hospitalisés en court séjour gériatrique à l'Hôpital Édouard Herriot (Lyon) entre le premier janvier et le trente-et-un décembre 2015, avec un diagnostic PMSI de Cancer. Les patients hospitalisés dans le cadre d'une pathologie tumorale évolutive déjà connue et suivie ont été exclus de l'étude.

Nous avons analysé la prévalence de cinq critères dans cette population :

- le critère « AEG » défini comme le ressenti exprimé du médecin généraliste d'une rupture fonctionnelle et/ou psychique par rapport à un état antérieur
- le critère « SIB » (syndrome inflammatoire biologique) défini par l'élévation isolée de la C-réactive Protéine (CRP) supérieure à 10 mg/L, en dehors de toute pathologie inflammatoire ou infectieuse évolutive
- le critère « chute » défini comme l'apparition ou la recrudescence du nombre de chutes dans les six derniers mois
- le critère « amaigrissement » défini selon les critères HAS de la dénutrition, à savoir une perte de poids involontaire, objectivée de plus de 5% en un mois ou de plus de 10% en six mois
- le critère « déclin cognitif » défini comme l'accélération récente du déclin cognitif, rapporté par l'entourage ou le médecin généraliste.

Nous avons inclus 35 patients dans l'étude. Le médecin traitant a eu l'intuition qu'un problème de santé grave évoluait (critère AEG) chez 68,6% d'entre eux. Au niveau du taux de CRP, 62,9% des patients présentaient un taux supérieur à 10mg/L. En terme de chutes, 45,7% ont subi un premier épisode, ou une

5



BUREAU DU 3^{ème} CYCLE de DES de Médecine Générale
& THESES MEDECINE GENERALE ET AUTRES SPECIALITES
Bâtiment Rockefeller – 1^{er} étage – 04 26 68 82 06 - marie.rouver@univ-lyon1.fr

recrudescence du nombre de chute dans les six derniers mois. Enfin, 40,0% présentaient un amaigrissement involontaire, et 20,0% une accélération du déclin cognitif.

L'analyse du nombre de signes par patient a montré l'association de :

- cinq signes pour 2,9% de la population,
- quatre signes pour 11,4% de l'échantillon,
- trois signes pour 31,4% de l'échantillon,
- deux signes pour 31,4% de l'échantillon
- un signe pour 20,0% de l'échantillon

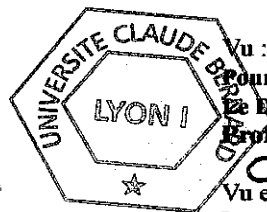
Aucun signe n'était présent chez 2,9% de la population.

Parmi les patients qui présentaient une association de deux signes, la prévalence de l'intuition péjorative du médecin traitant et du taux élevé de CRP était de 63,6% chacun. Parmi ceux présentant une association de trois signes, elle était respectivement de 100,0% et 81,8%.

Ce travail a permis de montrer qu'il existait des signes non spécifiques très prévalents chez le sujet âgé atteint de cancer. Les signes les plus précoces de l'étude, dans cette population, semblaient être l'intuition du médecin traitant et l'élévation du taux de CRP. A ce jour, peu d'études se sont intéressées à l'intuition du médecin traitant dans le diagnostic de cancer, ainsi qu'au lien de causalité entre chute et incidence de cancer chez le sujet âgé. Ces résultats pourraient faire reconsidérer l'attitude diagnostique de cancer chez les sujets âgés, et demanderaient à être complétés par une étude type cas-témoins de plus grande envergure.

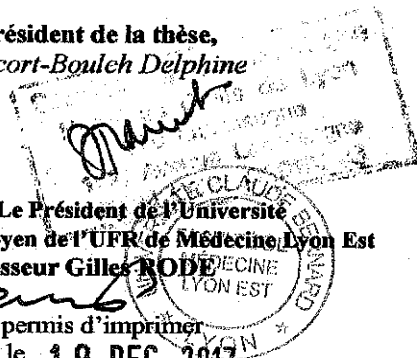
La connaissance et le repérage de signes non spécifiques de cancer chez la personne âgée, pourraient, par la mise en place précoce d'une démarche diagnostique au cabinet du médecin traitant, améliorer leur prise en soins.

Le Président de la thèse,
Maucort-Bouleh Delphine



Vu :
Pour Le Président de l'Université
Le Doyen de l'UFR de Médecine Lyon Est
Professeur Gilles RODE

Vu et permis d'imprimer
Lyon, le 19 DEC. 2017





ABILA Florian

Diagnostic de cancer chez le sujet âgé : sensibilisation des médecins au repérage des signes non spécifiques. Étude quantitative, observationnelle, descriptive.

Résumé :

Introduction : Le cancer est avant tout une maladie liée à l'âge. Or, chez les personnes âgées un cancer sur deux est diagnostiqué à un stade avancé. Il en résulte des souffrances et des conséquences en terme d'autonomie et de qualité de vie. L'objectif de cette étude était d'identifier des signes non spécifiques de cancer chez le sujet âgé, afin d'en améliorer le diagnostic au cabinet du médecin généraliste.

Matériel et méthode : Nous avons réalisé une étude observationnelle, rétrospective, descriptive à partir des patients hospitalisés en court séjour gériatrique du pavillon K (Hôpital Édouard Herriot, Lyon) entre le 1er janvier et le 31 décembre 2015, avec un diagnostic PMSI de Cancer.

Résultats : 35 patients ont été inclus. Le médecin traitant a eu l'intuition qu'un problème de santé grave évoluait chez 68,6% d'entre eux. 62,9% présentaient un taux de C-Réactive Protéine (CRP) supérieur à 10mg/l ; 45,7% un premier épisode de chute ou une recrudescence de leur nombre dans les six derniers mois ; 40,0% un amaigrissement involontaire et enfin 20,0% présentaient une accélération du déclin cognitif. L'analyse du nombre de signes par patient a montré : deux signes pour 31,4% de l'échantillon ; trois signes pour 31,4% ; un signe pour 20,0% ; quatre signes pour 11,4% ; aucun signe pour 2,9% et les cinq signes pour 2,9%. Lorsque les patients présentaient une association de deux signes, la prévalence de l'intuition péjorative du médecin traitant et du taux élevé de CRP était de 63,6% chacun. Lorsqu'ils présentaient trois signes elle était respectivement de 100,0% et 81,8%.

Conclusion : La connaissance et le repérage de signes non spécifiques de cancer chez la personne âgée, pourraient améliorer leur prise en soins, par la mise en place d'une démarche diagnostique précoce au cabinet du médecin traitant.

Mots clés : cancer, diagnostic, personne âgée, signes non spécifiques

Jury :
Président : Madame le professeur MAUCORT-BOULCH Delphine
Membres : Monsieur le professeur BONNEFOY Marc
Monsieur le professeur MOREAU Alain
Madame le docteur MARTIN-GAUJARD Géraldine

Soutenue publiquement le 30 janvier 2018

Adresse de l'auteur : 3 Rue du vieux château 71000 Sancé

florian.abila@gmail.com