

Influence de l'environnement  
dans la prise en charge d'un  
cancer chez la personne âgée  
à propos d'un cas

**Dr Caroline Bureau**

**26 septembre 2009**

**Polyclinique Bordeaux Nord Aquitaine**

# Mr B. , 80 ans

- Agriculteur à la retraite

- Vit à la campagne

5 km du village

40 km du CHG

120 km d'un centre de cancérologie

- Marié – Pas d'aide mise en place car ne le souhaite pas – 2 fils éloignés

- Antécédents : ACFA, HTA, colectomie sur sigmoïdite

- Découverte sur AEG en juin d'un myélome multiple Ig G Kappa stade III par le pic

- *Evaluation gériatrique*

MMS 24 avec troubles de l'attention et de l'apprentissage

MNA 17 : risque de malnutrition

ADL/IADL : incontinence urinaire, déplacement limité en voiture

Etat dépressif

# Prise en charge hospitalière :

## - Equipe pluridisciplinaire :

- kiné mobilisatrice
- diététicienne
- soutien psychothérapeutique + + +
- évaluation par l'assistante sociale

- Proposition d'un retour à domicile
  - médecin traitant
  - médecin hospitalier local
  - équipe kiné/IDE à domicile

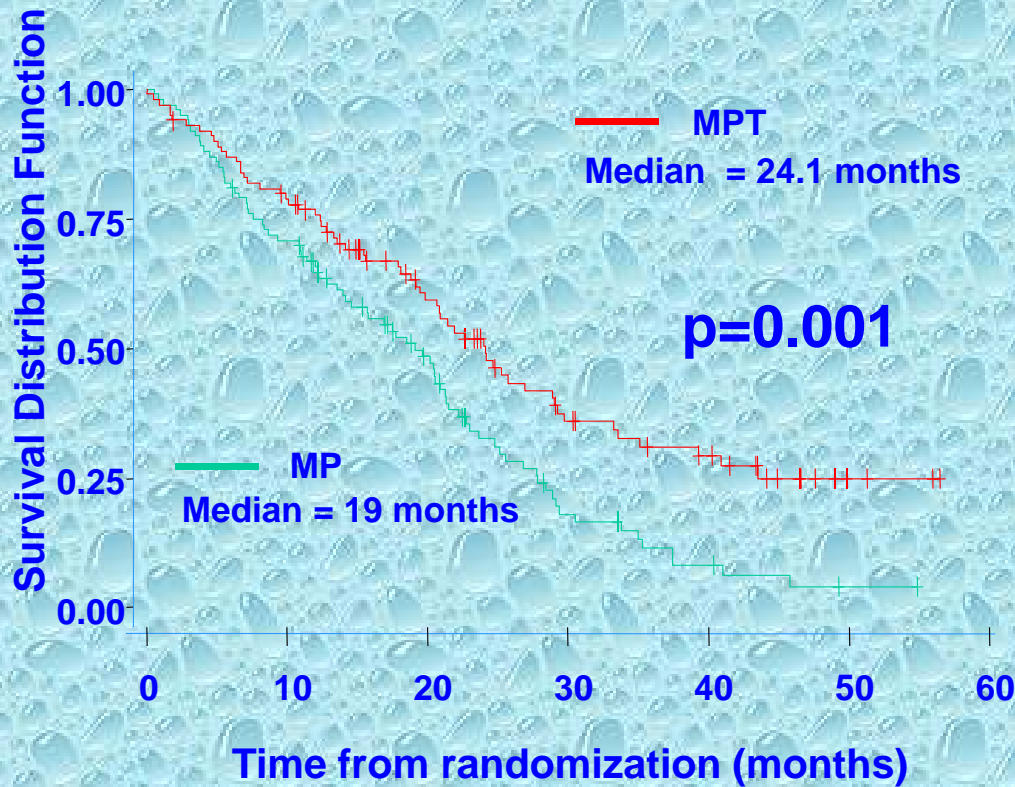
- Mise en place d'un traitement spécifique de la maladie : MPT 1/2 dose

**MM. Traitement sujet > 75 ans. 1<sup>è</sup> ligne  
IFM 2001 01. MPT vs MP. ASH 2007. Abs 75**

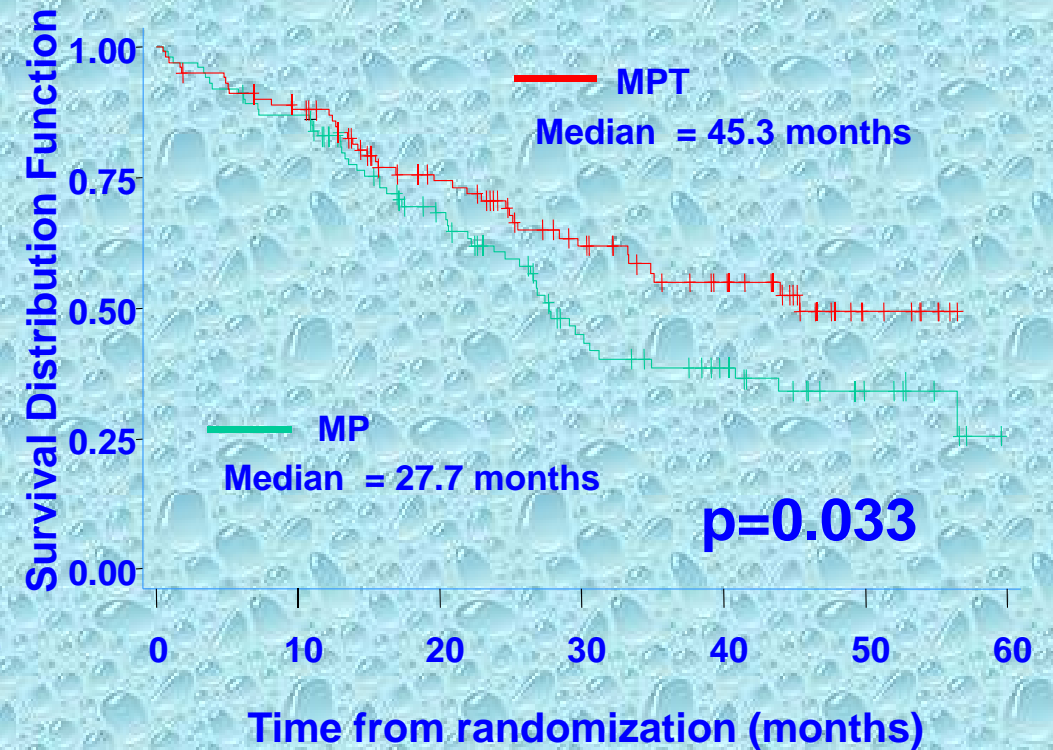
**Progression-Free Survival (PFS) and Overall Survival (OS)**

**232 Pts, Median follow-up time = 24 months**

**PFS**

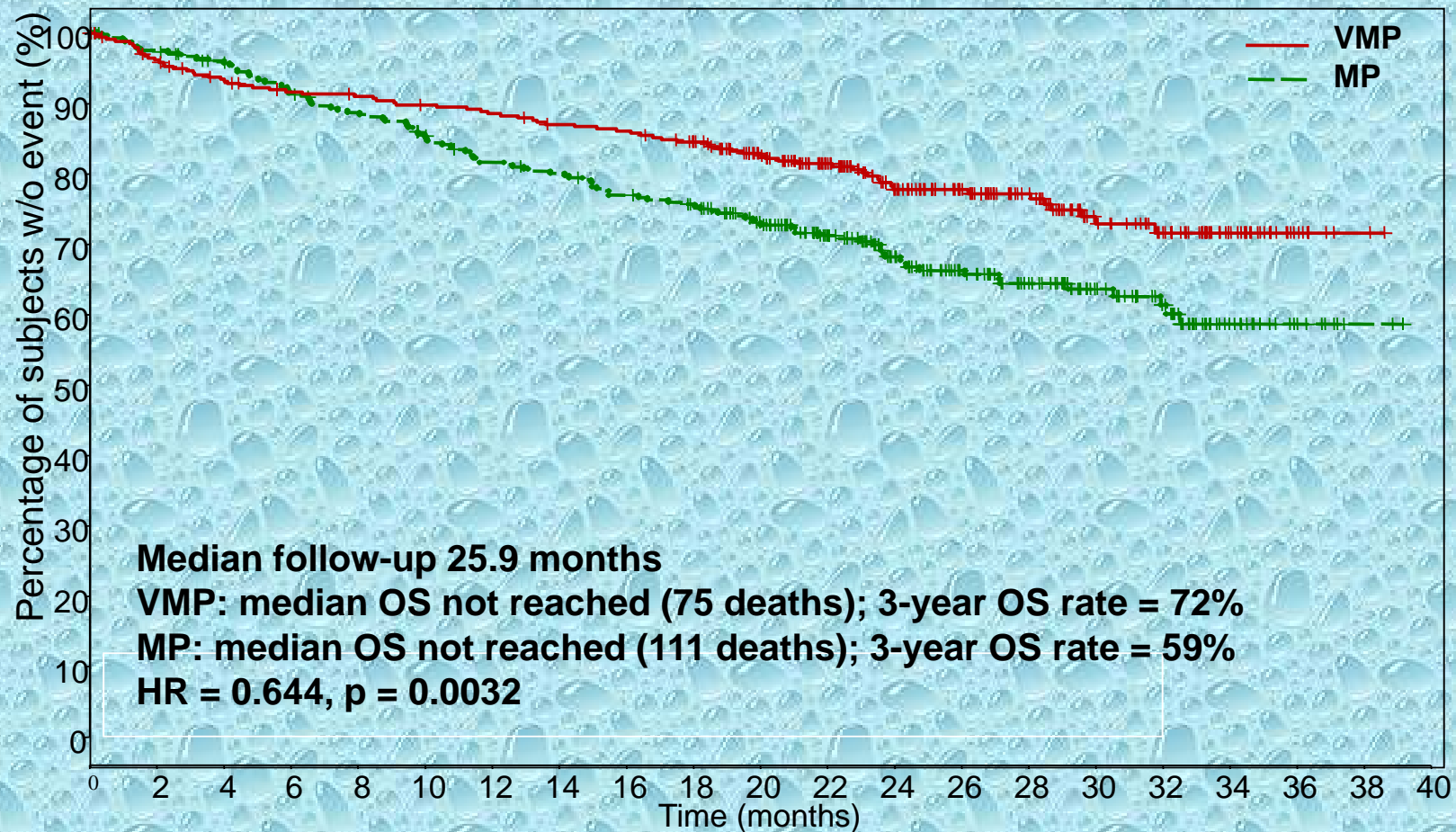


**OS**



*ITT Population (n= 229)*

**MM. Traitement sujet > 65ans. 1<sup>è</sup> ligne  
MPV vs MP / Essai Vista. ASH 2008. Abs 650**  
Overall survival



- ▶ 45% of MP patients received bortezomib upon progression
- ▶ Analysis Bortezomib > 4 cycles: OS at 1 & 2 years: 98,5% & 89%
- ▶ Treatment-related death: 1% with VMP vs 2% with MP

*Supériorité de*  
MPV et MPT

par rapport à  
MP

en terme de réponse et de survie

dans une population de patients âgés

## Evaluation de Mr B durant l'été :

*- du point de vue de la maladie*

→ régression du pic d'environ 50% dès le 1er cycle

*- du point de vue général*

→ Hospitalisation à répétition au CHG pour déshydratation, AEG, aplasie non compliquée...

→ Absence d'adhésion au traitement de la part du patient (prise de thalidomide aléatoire malgré IDE...)

→ Absence de participation à la prise en charge de la famille

→ Epuisement de l'équipe médicale du CHG

→ Déconvenue du médecin traitant

**Actuellement :**

**Tentative de MP demi dose.**

**Plus de nouvelles depuis 3 semaines.**

## **Conclusion :**

*Traitement idéal après évaluation de Mr B :*

**MPV compte tenu du contexte dépressif et thalidomide.**

**Choix d'un traitement per os du fait de l'éloignement géographique.**

**Traitement réellement mis en place : MP 1/2 dose**