

# Évaluation gériatrique standardisé: cas clinique

Mr R. 77 ans

Adressé par le service d'ORL pour une aide à la décision thérapeutique suite à la découverte d'un carcinome épidermoïde de l'hypopharynx

Bilan d'extension négatif

**Traitement envisagé:** 3 possibilités

- Pharyngo-laryngectomie totale
- Radiothérapie + chimiothérapie
- Chimiothérapie palliative

## Antécédents:

- HTA, angor, hyperlipémie, obésité, tabagisme sévère depuis 30 ans, artériopathie des mb <, stimulateur cardiaque (troubles de la conduction)
- Éthylisme chronique sévère il y a un an
- BPCO
- Urétérectomie partielle pour carcinome
- Maladie d'Alzheimer avec une CCV

## Recherche de polymédication:

- Nombre de médicaments: 7
- Absence d'hypotension orthostatique, de troubles digestifs...

## Évaluation de la thymie:

- Mini-GDS: 0/4
- Appréciation clinique: pas d'élément clinique évoquant un état dépressif. Apathie, mais garde des centres d'intérêts (TV, petits enfants...), attaché à sa vie routinière et à son domicile

## Évaluation des fonctions cognitives:

- MMS: 12
- 5 mots: 6/10 (2-2, 0-2)    2 intrusions
- Horloge: échec

## Appréciation clinique et conclusions:

- Nette aggravation des troubles: DTS, apraxie visuo-constructive, atteinte de l'ensemble des processus mnésiques, syndrome dysexécutif...
- D'après l'entourage: abandonne vite en cas de difficulté, reste conscient de ses difficultés, apraxie de l'habillement...
- A reçu les infos concernant le néoplasme mais semble en avoir retenu très peu de choses, évite le sujet

## Évaluation nutritionnelle:

- poids: 82 kg
- MNA: 17,5/30

## Appréciation clinique et conclusions:

- Fausses routes aux solides, toux pendant les repas, dysphagie
- Appétit conservé, absence d'amaigrissement récent
- Épouse prépare des repas mixés, prise de jus de fruits
- Ne consomme plus d'aliments crus

**Évaluation sensorielle:** pas de déficit

## Bilan d'autonomie:

- ADL: 2/6
- IADL: 0/8

Stimulation et/ou aide pour l'ensemble des AVQ

Contrôle sphinctérien sp

Peut prendre le repas sans aide, mais sous surveillance

## Évaluation locomotrice:

- Get up and go test < 20 sec
- Vitesse de marche: 10 m en 10 sec
- Double tâche: pas de difficultés

## Appréciation clinique:

- Se déplace seul sans aide
- Absence de chute les 6 derniers mois
- Équilibre unipodal < 5 sec
- Réactions d'adaptation posturale sp

## Contexte social:

- Veuf d'un premier mariage
- Remarié, 2 filles dont l'une habite à proximité
- Ancien viticulteur
  
- Vit dans une maison organisée sur 2 niveaux
- Aide ménagère 2H / semaine, auxiliaire de vie 30 mn/j sauf les dimanches (aide à la toilette)
- Épouse gère la préparation des médicaments, les affaires administratives et le budget, les tâches ménagères
- Ressenti de l'épouse: lourd fardeau de responsabilité de plus en plus difficile à assumer
- Implication croissante des filles

## Conclusions de l'évaluation et avis motivé du médecin de l'HDJ

- Mr R. ne peut donner un avis personnel sur sa PEC thérapeutique de façon éclairée
- Refus de sa part d'une possible opération
- Risque important de syndrome confusionnel postopératoire
- Doute sur la compliance à la radiothérapie
- Renforcement des aides à domicile
- PEC en accueil de jour et/suivi en HDJ à discuter selon la motivation, l'évolution clinique et les décisions thérapeutiques envisagées par les ORL après avis du CCC (qui disposera des conclusions de l'EGS)

Les échelles ne sont que des éléments d'aide  
à la réflexion

Leur utilisation est **pertinente** si elles sont  
intégrées dans un outil de recueil global  
intégrant le patient et son environnement,  
dans un document commun à l'ensemble  
des intervenants de l'HDJ

Les entretiens et la clinique constituent  
l'ossature de la démarche +++