



**ASPECTS GERIATRIQUES
DE LA PRISE EN CHARGE DU CANCER
CHEZ LA PERSONNE AGEE**

Journée d'oncogériatrie

21 novembre 2008

Quelques chiffres

2007: + de 65 ans : 16.2% de la pop. (10M)

4.9 M > 75 ans (280 000)

1 M > 85 ans (60000)

2015 : 5.8 M + 75 ans (334000)

2006 : espérance de vie

- Hommes : 77 ans

- Femmes : 84 ans

Pathologie K :

- 50% des cancers chez les + de 65 ans

- 2040 : 60 %...

Quelques chiffres

- Hospitalisation :
 - MCV : 19% hommes, 16% femmes
 - Cancer : 13% hommes, 9% Femmes
- ALD : 42% MCV, 23% cancer
- Décès :
 - MCV : 2758 hommes, 4264 femmes
 - Cancers : 2043 hommes, 1659 femmes

source Inserm – PMSi pays de la Loire (moyenne 2001-2003)

La personne âgée... Notion de fragilité

- **+ de 85 ans**

- **Au moins 1 syndrome gériatrique**
 - **troubles de la marche**
 - **incontinence**
 - **confusion mentale ou démence**
 - **dénutrition**

La personne âgée... Notion de fragilité

- Perte d'au moins 1 des activités de la vie courante (ADL)
- Comorbidités > 3
- Et la polymédication +++

Particularités du cancer chez la PA

Diagnostic : + tardif

- **Accès aux soins, dépistage**
- **Comportement de la PA (consulte + tard)**
 - **méconnaissance S cliniques**
 - **« on n'en parlait peu... »**

Particularités du cancer chez la PA

- Formes cliniques trompeuses
(Confusion, AEG, douleurs...)
 - Investigations difficiles à réaliser
 - Retard aux traitements
- >>> pronostic + péjoratif (Rev oncolo hémato 2000)

Particularités du cancer chez la PA

- Hétérogénéité de la population
- Déclin des fonctions d'autres organes
- Comorbidités associées
- Diminution des réserves physiologiques (stress)
- Dégradation des fonctions cognitives (communication, coopération)

PRISE EN CHARGE

- **Espérance de vie individuelle**
- **Hiérarchiser les pronostics des maladies**
- **Evaluer les réserves fonctionnelles
(toxicité médicaments)**
- **Reconnaître et prendre en charge la
dépression et la dénutrition (qualité de vie,
tolérance aux ttt)**

PRISE EN CHARGE (2)

- Approche globale
- Evaluation Gériatrique Standardisée :
objectifs spécifiques de la prise en charge
 - traiter les comorbidités
 - Adapter le traitement à l'état réel du patient plutôt qu'à son âge

PRISE EN CHARGE (3)

- **Prise en charge multidisciplinaire (abandon thérapeutique)**
- **Maîtrise de la souffrance (physique et psychologique)**
- **Stimulation de l'autonomie (réhabilitation, maintien de conditions de vie habituelles)**
- **Sécurité et confort du patient**

Prise en charge (4)

- L'âge n'est pas une C I aux ttt anticancéreux
- Evaluation du pronostic du cancer et des autres maladies
- Attention aux comorbidités et à la dénutrition
- troubles cognitifs (plan de soin..) :
personne de confiance

Prise en charge (5)

- Evaluer l'autonomie et la capacité des aidants
- Risque constant de l'apparition d'une dénutrition
- Attention à l'insuffisance rénale
- Pharmacocinétique : changements physiologiques et fonctionnels avec l'âge mais grande variabilité inter-individuelle + + +

Traitements (1) - Chirurgie

- Anesthésie (comorbidités)
- Pas de surmortalité
- Durée d'hospitalisation augmentée
- Autres techniques opératoires (endoscopie, radiofréquence,...)

Traitements (2) - Radiothérapie

- Pas seulement en palliatifs
- Souvent si la chirurgie est refusée
- Problèmes de la réduction de mobilité
- Risque + importants avec l'âge :
 - inflammation des muqueuses
 - dysphagie
 - diarrhée

Traitements (3) - Chimiothérapie

- Intérêt > 70 ans d'une chimiothérapie adjuvante *(Sargent, N Engl J Med 2001)*
- Toxicité +++
- Interactions médicamenteuses fqtes
- Ajustement de la dose à la fonction rénale, et à la fonction hépatique

Traitements (4) - Chimiothérapie

- Risque de toxicité cardiaque
- Risque de toxicité médullaire
 - risque de neutropénie
 - risque d'infection (40 fois + fqtes chez les + de 65 ans)
 - durée d'hospitalisation + longue de 30 %
 - intérêt des facteurs de croissance

Traitements (5) - chimiothérapie

- Surveillance nutritionnelle même en l'absence de vomissements
- Avis psychologique : prise en charge adéquate
- Observance (forme orale)
- Accompagnement par l'entourage (facteur de réussite)

Traitements (6) - Hormonothérapie

- Cancer du sein, prostate
- Risque d'ostéoporose (biphosphonates?)
- Risque d'anémie
- Risque de perte musculaire
- Risque de dépression

Arbre Décisionnel

- Groupe 1 : autonome, sans critère de fragilité
>>> traitement identique sujet plus jeune
- Groupe 2 : vulnérabilité (1 dépendance, 1 à 2 comorbidités) >>> Score de 4 ou plus au VES (Vulnerable Elders Survey)
- Groupe 3 : fragilité : perte de poids de + de 10% en 1 an, fatigue, ralentissement des mouvements, diminution de la force de serrement

Troubles cognitifs et cancers

- Peu d'études
- 1 des 3 comorbidités les + fréquentes chez les + de 70 ans (30%)
- Pronostic vital dans les 2 cas
- Troubles cognitifs >>> traitements?
- Impact des traitements sur les fonctions supérieures

Troubles cognitifs et cancers(2)

- **Survie chez les patients atteints de cancer de + de 70 ans diminuée de moitié quand le MMS est <24**
- **Impact des troubles cognitifs sur le traitement : survie diminuée de 30% / patients âgés sans troubles cognitifs**

Troubles cognitifs et cancers (3)

- Evaluer +++ bénéfice risque du traitement spécifique
- Capacité d'adhésion du patient au traitement
 - Peu d'inclusion dans les essais thérapeutiques
 - Consentement famille
 - Importance de la personne de confiance
- Risque de confusion post chirurgicale
- Toxicité des traitements et risque +++ de décompensation démentielle

CONCLUSION

- Efficacité des traitements, population plus fragile aux complications
- Bien connaître la personne âgée (globalité, fragilité, nécessité de l'EGS)
- Essais thérapeutiques (autres objectifs)