

Les aspects spécifiques de la chirurgie des cancers digestifs chez les personnes âgées

Pr Jacques Paineau
DU Oncogériatrie – 4 mai 2010

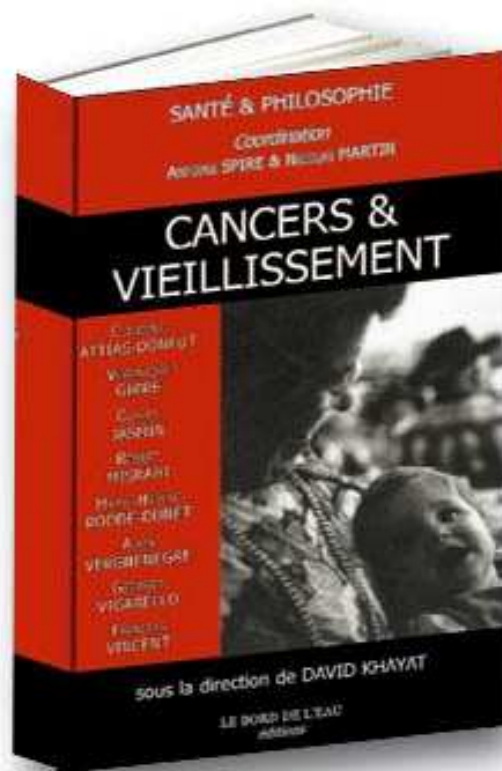


État des lieux et perspectives en oncogériatrie

L'Institut National du Cancer vient de publier un rapport intitulé *État des lieux et perspectives en oncogériatrie*, qui propose des recommandations pour l'évolution de la politique de prise en charge des personnes âgées atteintes de cancer. Le comité de pilotage de la mission oncogériatrie a réalisé ce premier état des lieux de l'oncogériatrie en France. Ce travail d'expertise a notamment été réalisé avec l'appui des unités pilotes de coordination en oncogériatrie (UPCOG) mises en place depuis 2006 sous l'impulsion de l'INCa.

Ce rapport aborde les questions du concept d'oncogériatrie, de l'épidémiologie, du dépistage et du diagnostic précoce, du développement d'un parcours de soins, des spécificités des différentes thérapeutiques dans cette population, de la recherche, de la formation des professionnels de santé, de l'offre de soins et du retentissement médico-économique.

INCa, Rapport, collections rapports et synthèses, mai 2009, 202 pages.
http://www.cancer.fr/1.tickets/public/rapport_integr_ oncogeriatrie_220803.pdf



Introduction

- Le cancer est la seconde cause de mise en ALD des plus de 75 ans
- C'est la 1ère cause de décès chez les 65/75
- À 85 ans, l'espérance de vie reste importante

Aujourd'hui, un octogénaire en bonne santé a une espérance de vie supérieure à 10 ans.

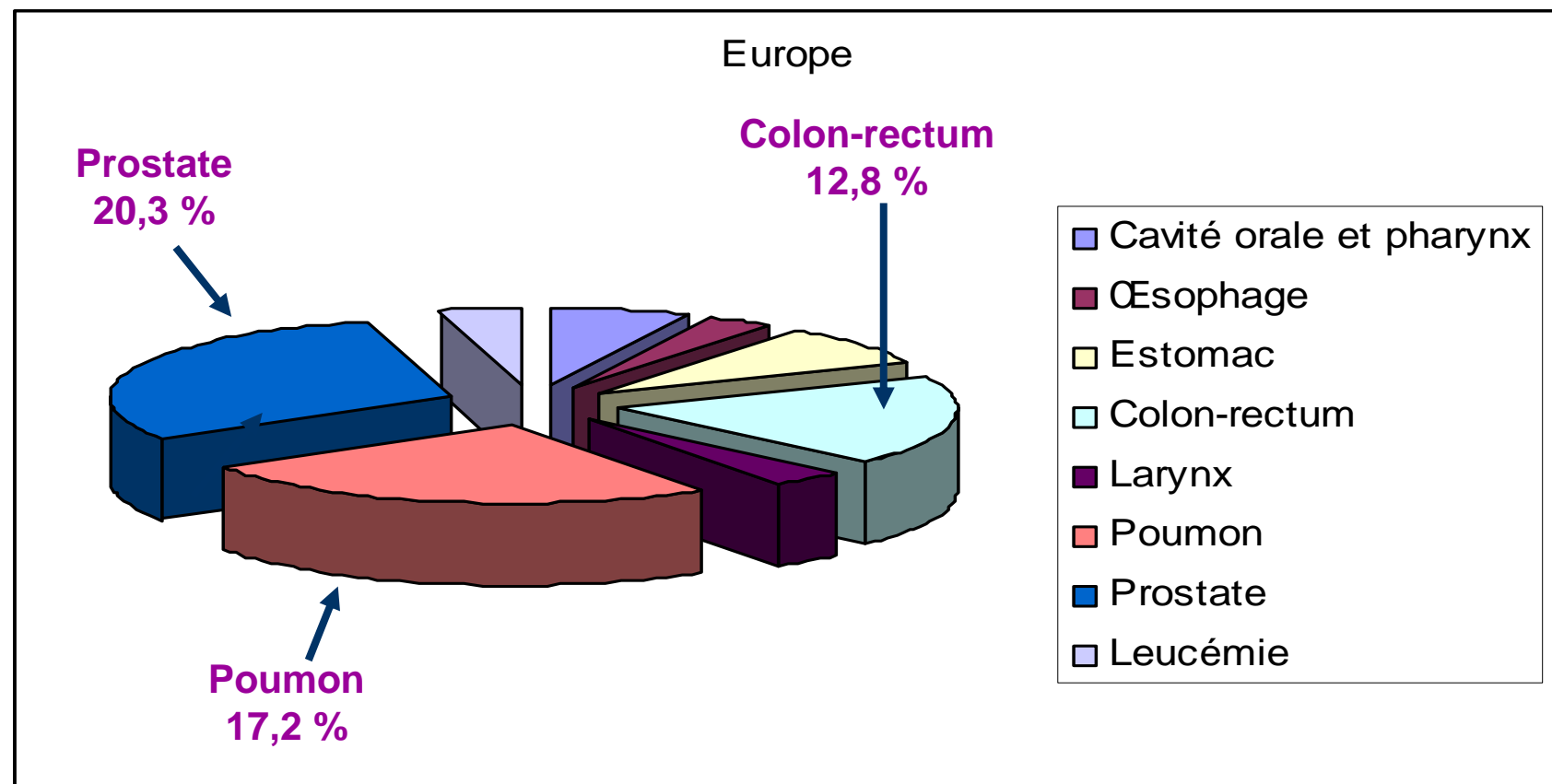
En effet, l'espérance de vie moyenne après 60 ans a beaucoup augmenté depuis 1960. En 2002, l'espérance de vie moyenne d'un homme de 85 ans est de 5,3 ans et celle d'une femme 6,5 ans (données Insee). Mais l'espérance de vie dépend beaucoup des co-morbidités.



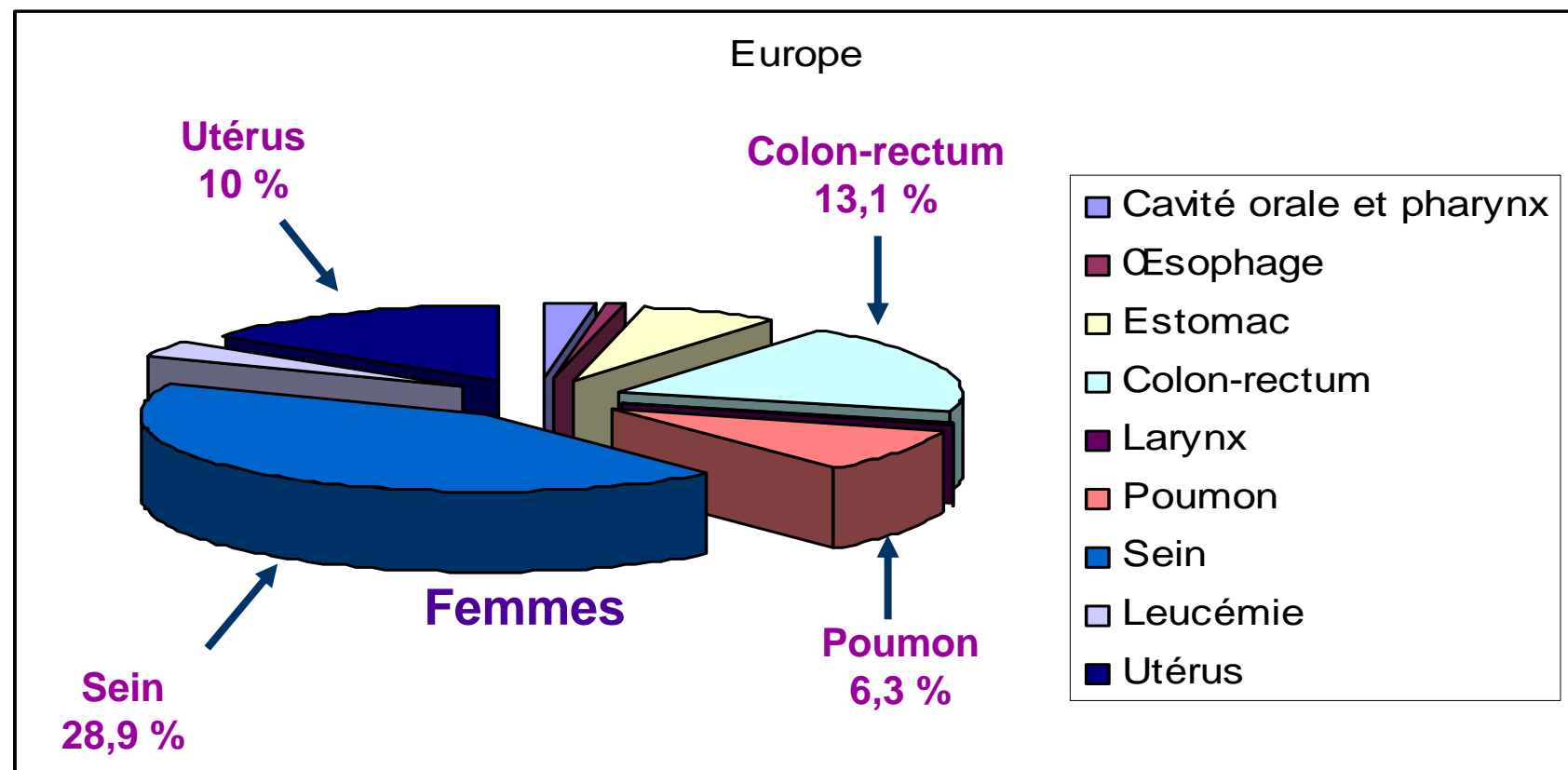
Le vieillissement est très hétérogène ...

- 1 – personnes autonomes, bon état général, bonne espérance de vie
- 2 – patients partiellement dépendants, avec 1 ou 2 comorbidités qui altèrent leur espérance de vie
- 3 – personnes fragiles de plus de 85 ans, souffrant de dépendance, ayant 3 comorbidités, ayant un **syndrome gériatrique** (inadaptation potentielle de la personne et de son organisme à la maladie et/ou aux traitements)

Les cancers les plus fréquents en Europe diagnostiqués chez les hommes en 2006



Les cancers les plus fréquents en Europe diagnostiqués chez les femmes en 2006



- Cavité orale et pharynx
- Œsophage
- Estomac
- Colon-rectum
- Larynx
- Poumon
- Prostate
- Leucémie

Hommes

1/4 environ

- Cavité orale et pharynx
- Œsophage
- Estomac
- Colon-rectum
- Larynx
- Poumon
- Sein
- Leucémie
- Utérus

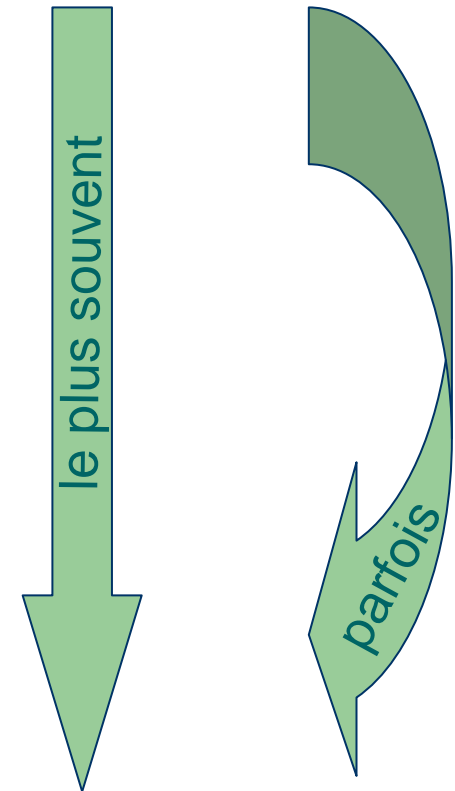
Femmes

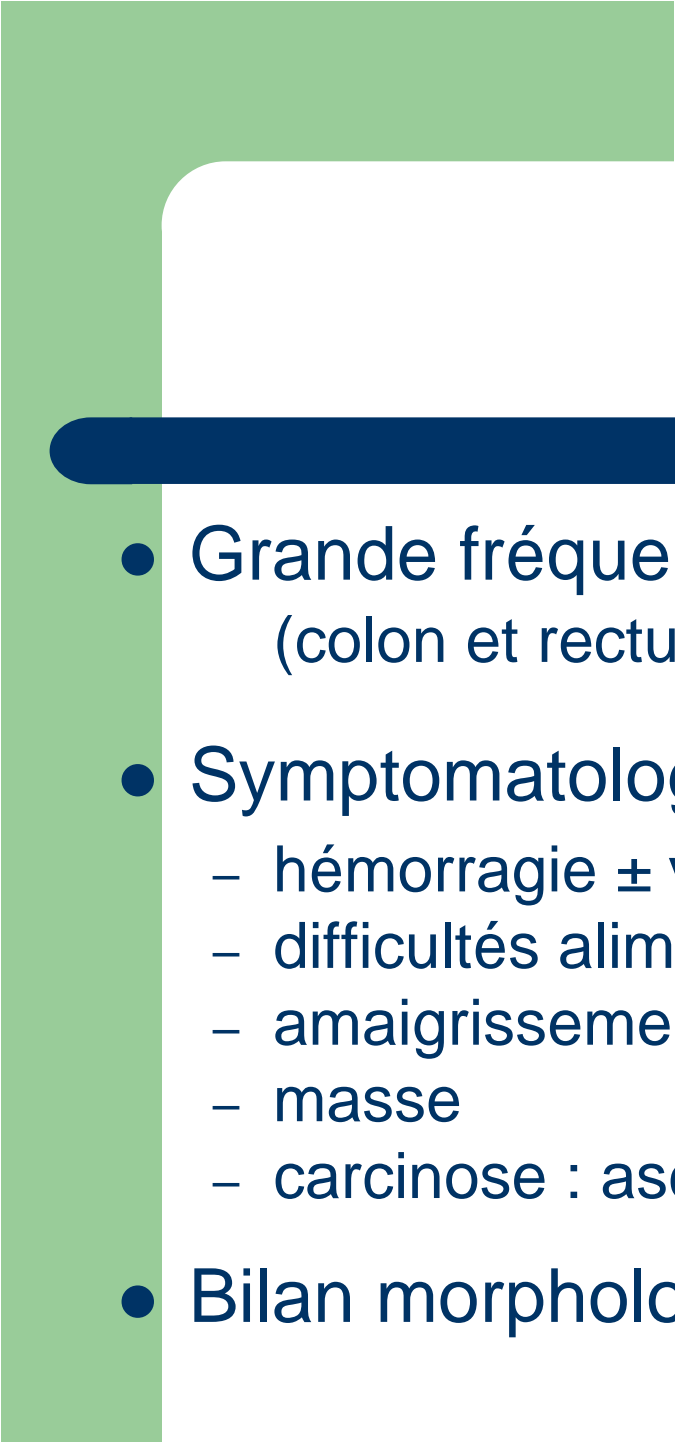

3 cancers deviennent plus nombreux au fur et à mesure du vieillissement

- Sein
 - Prostate
 - Colorectal
 - 37500 nouveaux cas/an, 72% après 65 ans
 - près de 17000 décès/an (14% des décès à ≥ 75 ans)
 - âge médian au diagnostic : 73-75 ans
- ... mais dépistage organisé par Hémocult[®] de 50 à 75 ans

Progression des tumeurs digestives

- Naissent généralement de la muqueuse
- Infiltrent la paroi de l'organe
- Diffusion :
 - ganglions drainant l'organe
 - péritoine
 - foie
 - plus tard aux poumons
 - généralisation



- 
- 
- Grande fréquence des cancers digestifs
(colon et rectum prédominant dans les 2 sexes)
 - Symptomatologie variable selon l'organe
 - hémorragie ± visible
 - difficultés alimentaires et/ou d'assimilation
 - amaigrissement
 - masse
 - carcinose : ascite
 - Bilan morphologique, biopsie, bilan d'extension

Le cancer de la personne âgée

- Le cancer de la personne âgée n'est pas moins grave que celui d'un patient plus jeune
- L'acte chirurgical sera tout aussi efficace
- Les possibilités de chimiothérapie sont plus limitées

Référentiel de cancérologie

REFERENTIEL REGIONAL 2009

ONCOLOGIE DIGESTIVE

*« Diagnostic,
Traitement et surveillance »*

- Les **référentiels oncologiques** proposent des prise en charge indépendamment de l'âge, définissant un traitement optimum pouvant associer chirurgie, chimiothérapie et radiothérapie.
Les seuls critères retenus sont le siège et le bilan d'extension.
- Les traités concernant les **techniques chirurgicales** ne mentionnent pas l'âge, ni l'état physiologique

RCP

réunion de
concertation
pluridisciplinaire



- Après bilan clinique et radiologique
- Pré-thérapeutique
 - pour décider d'un éventuel traitement néo-adjuvant
 - présence du chirurgien pour œsophage, pancréas, foie, rectum
- Post-opératoire
 - pour prescrire un traitement adjuvant en fonction des suites opératoires et des résultats anatomopathologiques

Chimiothérapie souvent en retrait

- Risques iatrogènes accrus par augmentation des toxicités potentielles
- Fonction rénale et hépatique plus altérée et/ou plus facilement altérable
- Altération cardio-coronariennes fréquentes, \pm graves, connues ou latentes

La chirurgie : première arme pour de nombreux cancers digestifs

- Participe parfois au bilan
- Enlève la tumeur et les ganglions satellites
- Permet
 - une stadification (pronostic)
 - au minimum, une importante réduction tumorale
- Mais peut laisser des séquelles fonctionnelles

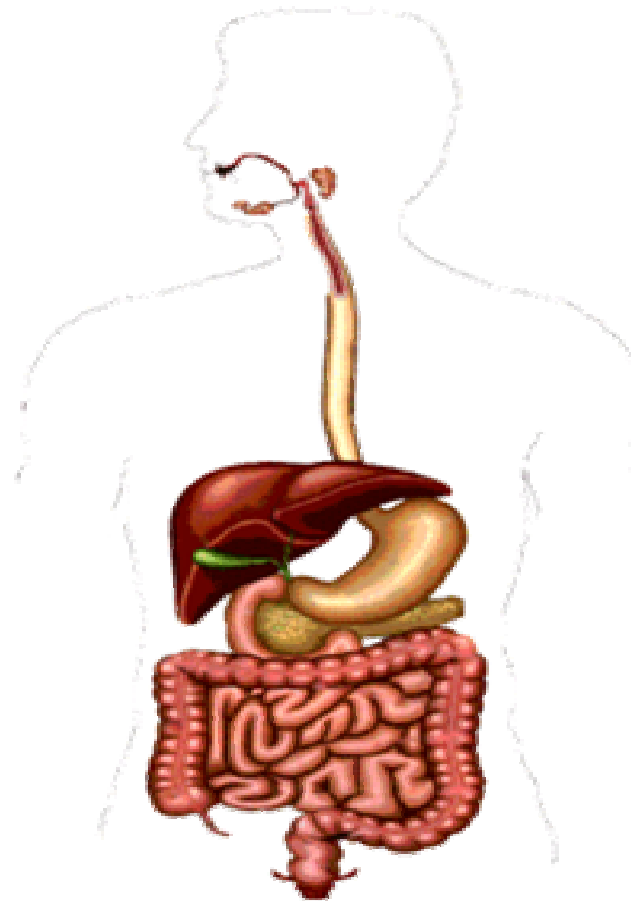
Évaluation chirurgicale et anesthésique

- D'autant plus que
 - patient âgé, à risque
 - geste prévu comme devant être lourd ...



Lourdeur variable selon les organes

- Œsophage
- Estomac
- Pancréas
- Foie
- Grêle
- Colon
- Rectum
- Anus



Littérature

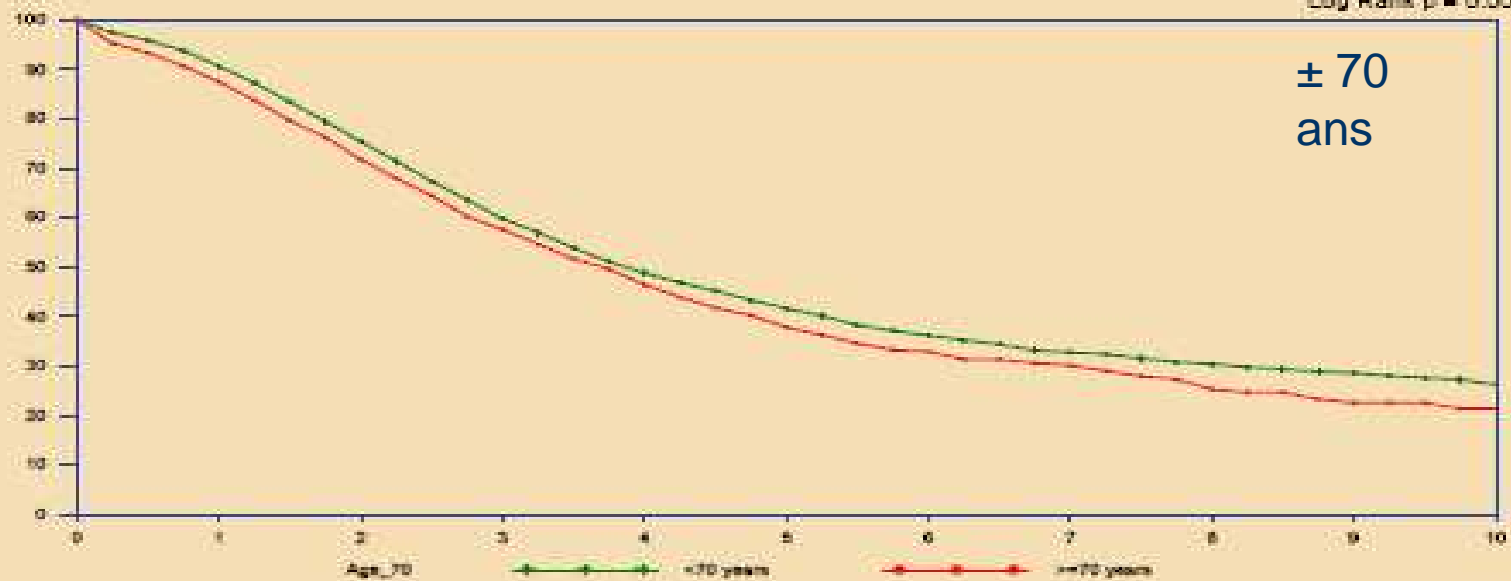
Il y a un sous-traitement concernant les actes chirurgicaux réalisés ...

- Méconnaissance des bons résultats de la chirurgie à froid sur ce terrain
- Crainte des co-morbidités
- Opposition à une réanimation intensive
- Appréhension des conséquences de l'acte lui-même et de l'hospitalisation sur la qualité de vie ultérieure

→ *Crainte de la chirurgie gériatrique*

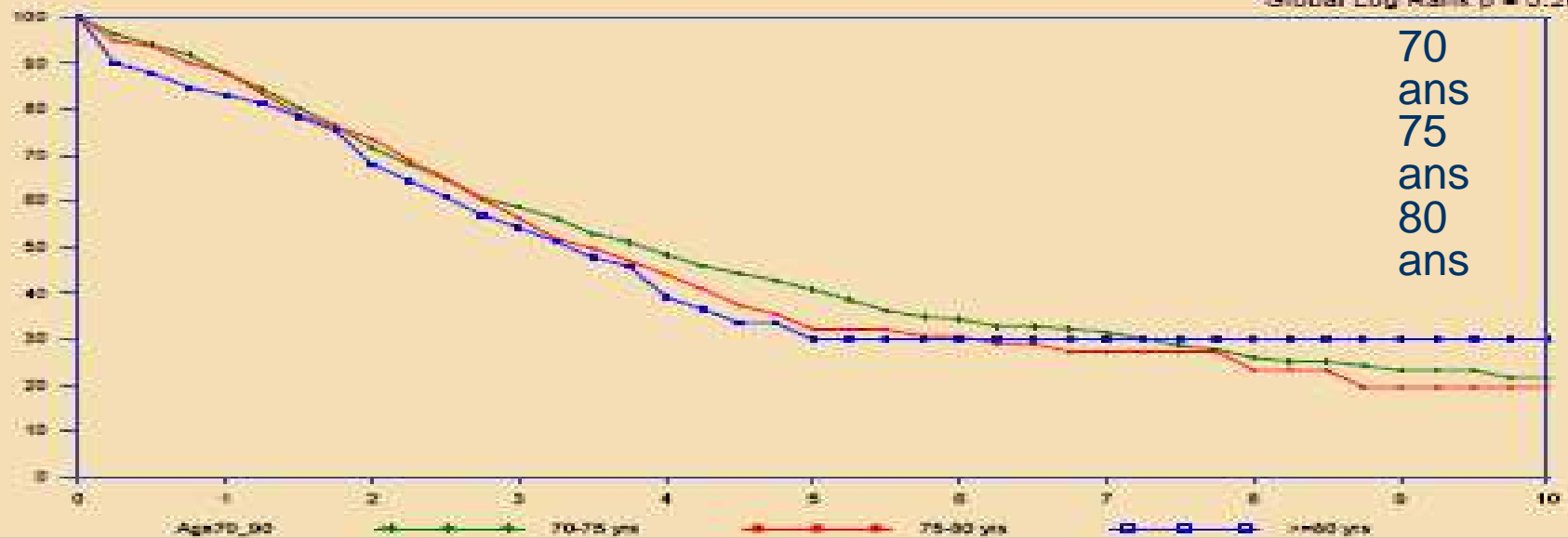
Patient Survival after a 1st hepatectomy for Colorectal Metastases : 8750 patients

Log Rank p = 0.002



Patient Survival after a 1st hepatectomy for Colorectal Metastases : 1862 patients

Global Log Rank p = 0.26



En résumé ...

- Il y a de nombreuses indications potentielles de gestes chirurgicaux pour cancer digestif chez des personnes âgées
- Même bilan et même discussion que patients plus jeunes
- Mais y a-t-il une spécificité à cette chirurgie ?

Spécificité de la préparation à la chirurgie digestive chez le sujet âgé

- Bilan préopératoire plus poussé (cœur, poumon, reins)
- Limiter préparation digestive colique
- Nécessité d'une évaluation de la personne à côté du bilan de la tumeur :
 - état nutritionnel (+++) (dosage albumine, pré-albumine)
 - évaluation des fonctions cognitives
 - évaluation socio-familiale
 - retour à domicile en post-opératoire ?
 - *Consultation de gériatrie ?*

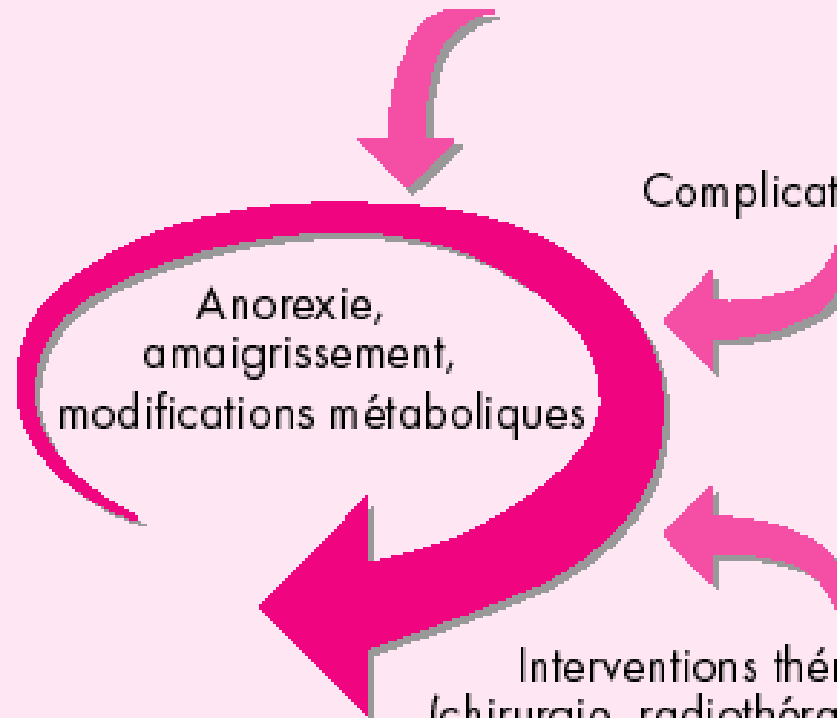
Évaluation nutritionnelle

Croissance tumorale, facteurs humoraux produits par le cancer
Réponse inflammatoire et immunitaire anti-tumorale

Complications infectieuses

Anorexie,
amaigrissement,
modifications métaboliques

Interventions thérapeutiques
(chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie)



L'anesthésie du sujet âgé

- Lutte contre hypothermie
 - perturbation de la thermorégulation chez le sujet âgé
 - effets délétères (cœur ++) de l'hypothermie
- Monitoring cardiaque et hémodynamique
 - comme pour plus jeunes
 - si possible non invasif
- Remplissage vasculaire prudent
 - patient volontiers hypovolémiques (diurétiques pour HTA)
 - utilisation de vasopresseurs pour lutter contre vasodilatation
- Attention à l'anémie (TS si Hb < 9 g/l ?) (cœur)

Spécificités de l'acte chirurgical digestif chez la personne âgée ?

- Voies d'abord identiques, y compris la coelioscopie
- Pathologie artérielle associée fréquente : attention à la vascularisation des zones anastomotiques
- Fragilité des tissus ? Prudence lors de la dissection, attention à la traction, ...
- Éviter (?) la sonde naso-gastrique prolongée (gastrostomie de décharge ?)

Limiter le geste ?

- Exemples :
 - colectomie sigmoïdienne sans décrochage de l'angle G plutôt que colectomie gauche vraie pour cancer de la charnière ou du bas sigmoïde
 - gastrectomie «subtotale» vs totale pour cancer antral
 - colectomie segmentaire pour cancer associé à une polypose plutôt que colectomie totale
 - bien peser les csq d'une stomie (souvent définitive)
- mais la valeur carcinologique doit rester correcte

Colorectal surgery in octogenarians
J Am Coll Surg 0996;183:46-50
« Elective colorectal resection in the elderly population is worthwhile and should be performed for the same indications as in younger patients »

Mêmes indications

Mêmes complications chirurgicales

Éviter l'urgence

La chirurgie digestive du patient âgé. J Chir 2005;142:150-9
L'âge avancé n'est pas une contre-indication pour une chirurgie digestive éventuellement majeure, mais il faut éviter les interventions en urgence en prêtant attention aux symptômes pré-existants qui sont trop souvent négligés chez la personne âgée

Oncologic visceral surgery in the elderly
Chirurg 2005;76:43-6
« ... we found that oncologic operations can be performed with the same morbidity, mortality and length of hospital stay as in younger patients »

Spécificités du post-opératoire des patients âgés ?

- Plus grande sensibilité au remplissage veineux (fonction cardiaque \pm altérée)
- Surveillance glycémie plus attentive (?)
- Sensibilité aux morphiniques (PCA, réduction des doses)
- Soins d'alitement +++
- Mobilisation post-opératoire : aussi nécessaire que pour les patients plus jeunes ... Marche avec déambulateur, kiné
- Nutrition entérale (jéjunostomie) plus facile

➤ *But : rétablissement de l'autonomie*

Et à distance de l'intervention ?

- Retour à domicile parfois difficile : avoir davantage recours à la convalescence
- Limiter les consultations post-opératoires de chirurgie si patient habite loin : rôle du médecin traitant
- Suivi carcinologique ultérieur à adapter aux possibilités de traitement si récurrence décelée

Conclusion

- L'âge n'est pas discriminant par lui-même. Seul, l'état physiologique intervient pour pondérer la décision thérapeutique
- Justification d'une consultation de gériatrie
- Ne pas fermer les possibilités chirurgicales sans raison
- Être attentif aux suites opératoires et au rétablissement de l'autonomie

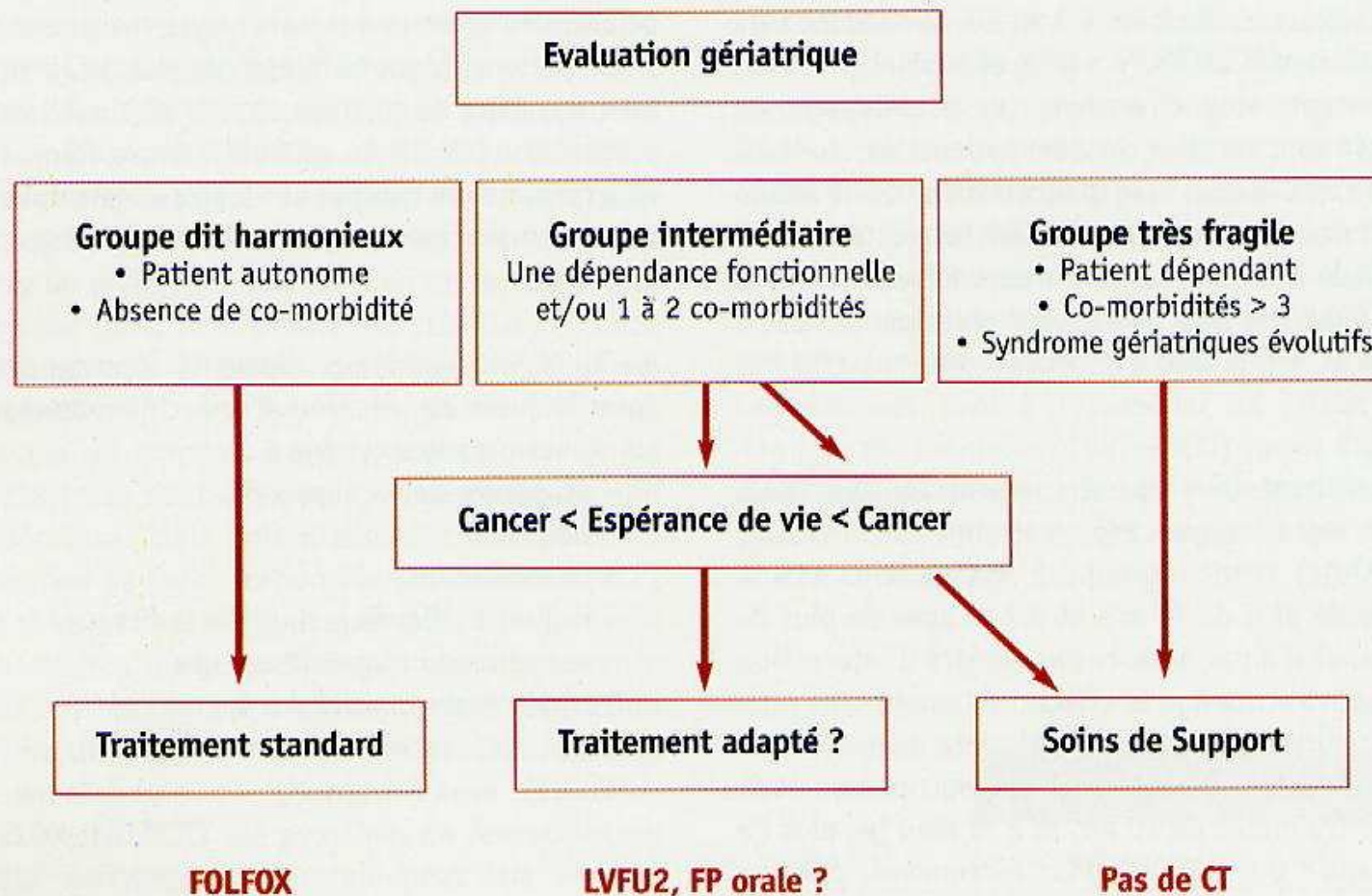


Figure 6 : Indications de la chimiothérapie adjuvante chez le sujet âgé

Balducci L et al. Management of cancer in the older person : a practical approach. Oncologist 2000;5:224-237

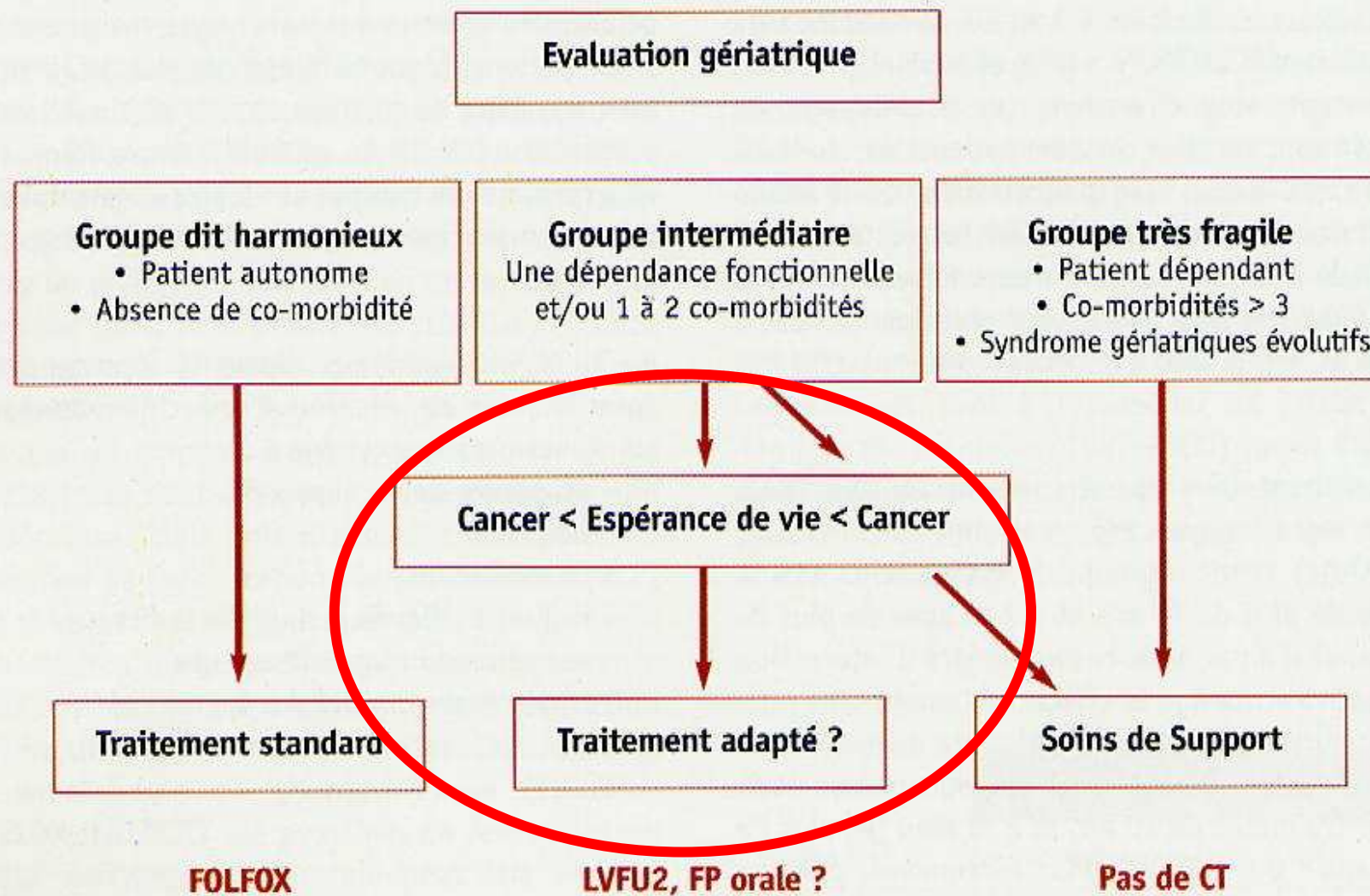


Figure 6 : Indications de la chimiothérapie adjuvante chez le sujet âgé

Balducci L et al. Management of cancer in the older person : a practical approach. *Oncologist* 2000;5:224-237