



Disponible en ligne sur
SciVerse ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



Une « population spéciale » : les sujets âgés

A selected population: the elderly

L. Greillier^{1,2,*}, P. Tomasini^{1,2}, C. Fournier¹, F. Barlesi^{1,2}

¹Service d'oncologie multidisciplinaire et innovations thérapeutiques, assistance publique-hôpitaux de Marseille, hôpital Nord, chemin des Bourrely, Aix Marseille Université, 13915 Marseille, France

²Inserm U911 CRO2, faculté de Médecine, Aix Marseille Université, 27, boulevard Jean-Moulin, 13385 Marseille, France

MOTS CLÉS

Cancer bronchique ;
Sujet âgé ;
Traitement ;
Évaluation
gériatrique

Résumé

Les sujets âgés de 70 ans et plus représentent près de 50 % des patients souffrant de cancer bronchique non à petites cellules (CBNPC). Il s'agit d'une « population spéciale », de part sa potentielle fragilité. Les sujets âgés doivent bénéficier d'une évaluation attentive, afin d'apprécier le risque de mortalité (liée au CBNPC ou aux comorbidités) et le risque de toxicité des traitements. L'évaluation gériatrique standardisée (EGS) est probablement utile dans ce contexte, tout comme les outils de dépistage gériatrique. La lobectomie est le traitement standard en cas de CBNPC localisé, mais des résections plus limitées peuvent être envisagées. La radiothérapie à visée curative, notamment stéréotaxique, et les ablations par radiofréquence sont des alternatives à la chirurgie. La radiothérapie exclusive et la radio-chimiothérapie séquentielle sont des options thérapeutiques raisonnables en cas de CBNPC localement avancé. En l'absence d'altération moléculaire, l'association carboplatine-paclitaxel hebdomadaire est recommandée en 1^{re} ligne thérapeutique du CBNPC métastatique, chez les sujets âgés en bon état général et avec des comorbidités limitées. Pour les autres, une monochimiothérapie est préférée. Les inhibiteurs tyrosine-kinase de l'*Epidermal Growth Factor Receptor* (ITK-EGFR) sont le traitement de choix en cas de mutation activatrice sur ce gène, tout comme le crizotinib en cas de réarrangement de l'*Anaplastic Lymphoma Kinase* (ALK).

© 2015 SPLF. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

*Auteur correspondant.

Adresse e-mail : laurent.greillier@ap-hm.fr (L. Greillier).

KEYWORDS

Lung neoplasms;
Elderly;
Therapeutics;
Geriatric
assessment

Abstract

The subjects aged 70 years and over account for nearly 50 % of patients with non-small cell lung cancer (NSCLC). This is a “special population”, because of its potential frailty. Elderly patients should receive a careful assessment in order to evaluate the risk of mortality (related to NSCLC or comorbidities) and the risk of treatment toxicity. The Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) is probably useful in this setting, as well as geriatric screening tools. Lobectomy is the standard treatment for localized NSCLC, but more limited resections may be considered. Radiotherapy with curative intent, in particular stereotactic body radiotherapy, and radiofrequency ablation are alternatives to surgery. Definitive radiotherapy and sequential chemo-radiotherapy are reasonable therapeutic options for locally advanced NSCLC. In the absence of molecular alteration, the combination of carboplatin and weekly paclitaxel is recommended as first-line treatment for metastatic NSCLC in elderly patients with good performance status and limited comorbidities. For unfit elderly patients, single-agent chemotherapy is preferred. EGFR tyrosine kinase inhibitors and crizotinib are the treatment of choice in patients with EGFR mutation-positive tumors and ALK-rearranged tumors, respectively.

© 2015 SPLF. Published by Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

Les patients âgés de 70 ans et plus, communément considérés comme des « sujets âgés », représentent aujourd’hui près de la moitié des CBNPC [1,2]. Ils font partie des « populations spéciales » dans cette pathologie, car ils doivent être considérés comme des patients potentiellement fragiles.

« Population spéciale »

Les sujets âgés constituent une population hétérogène, au sein de laquelle il convient de sélectionner les patients pouvant réellement tirer bénéfice d’un traitement étiologique du CBNPC [3]. Aussi, la première question à se poser est la suivante : le patient a-t-il plus de risques de décéder de son cancer ou d’une pathologie associée ? Comparativement aux sujets plus jeunes, les sujets âgés présentent en effet un plus grand nombre de comorbidités [4], un déclin des fonctions physiologiques [5] et une plus grande probabilité de polymédications [6], le tout augmentant le risque de mortalité. De plus, ces facteurs augmentent le risque de toxicité des traitements anticancéreux.

Pour évaluer la probabilité de décès lié au cancer bronchique, un certain nombre de facteurs pronostiques doit être pris en considération. Tout d’abord, le *Performance Status*, même si cet indice est modérément prédictif de la survie chez les sujets âgés [7]. Les scores *Activities of Daily Living* (ADL) et *Instrumental Activities of Daily Living* (IADL) sont significativement corrélés à la survie des sujets âgés, ainsi qu’à la tolérance des traitements [8]. Par ailleurs, la dénutrition est un facteur pronostique majeur [9]. Enfin, la dépression est associée de manière indépendante au pronostic du cancer bronchique [10].

L’EGS est utilisée depuis plusieurs années en oncologie [11]. Il s’agit d’une approche globale, qui évalue plusieurs

domaines : le statut fonctionnel, l’état nutritionnel, les fonctions cognitives, émotionnelles et sociales, les comorbidités, les polymédications et les syndromes gériatriques [12,13]. L’un des objectifs de l’EGS est d’identifier trois sous-populations au sein des sujets âgés [14] : les patients « indépendants », pouvant bénéficier de stratégies thérapeutiques classiques ; les patients « vulnérables », relevant de traitements adaptés ; et les patients « fragiles », chez qui seuls des soins de support paraissent indiqués. Bien que l’utilisation systématique de l’EGS soit recommandée par l’*International Society for Geriatric Oncology* (SIOG) [15], sa place exacte dans le processus de décision thérapeutique n’est pas encore précisément établie, ni formellement validée, en oncologie thoracique.

En raison du caractère chronophage de l’EGS, plusieurs outils gériatriques de dépistage ont été développés. En France, l’Institut national du cancer (INCa) recommande l’utilisation du questionnaire G-8 ou Oncodage (Tableau 1) chez tous les patients âgés de 70 ans et plus, avant de commencer le traitement anticancéreux [16,17]. Un score $\leq 14/17$ révèle une vulnérabilité ou une fragilité gériatrique, devant conduire à une consultation adaptée et/ou une EGS.

Cancer bronchique non à petites cellules localisé

Comme chez les patients plus jeunes, la chirurgie représente le traitement de référence chez les sujets âgés souffrant d’un CBNPC de stades I et II, et dans certains cas de stade IIIA [12]. L’analyse de la base de données française Epithor a toutefois montré que la mortalité postopératoire est significativement plus élevée chez les sujets âgés de 70 ans et plus, comparativement aux sujets contrôles âgés de moins de 70 ans, mais que ces chiffres de mortalité restent tout à fait acceptables [18]. Ces données incitent à une

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4215493>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4215493>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)