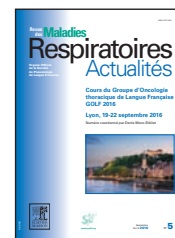




Disponible en ligne sur  
**SciVerse ScienceDirect**  
www.sciencedirect.com

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



LES « POPULATIONS » PARTICULIÈRES

## Les populations particulières : les personnes âgées atteintes d'un cancer bronchique

Special populations : elderly patients with lung cancer

C. Leduc, B. Menecier, A. Ducoloné, C. Matau,  
P. Fraisse et E. Quoix<sup>1,\*</sup>

<sup>1</sup>Service de pneumologie, CHRU de Strasbourg, 1, place de l'Hôpital, 67091 Strasbourg

### MOTS CLÉS

Cancer bronchique ;  
Personnes âgées ;  
Évaluation  
gériatrique ;  
Chirurgie ;  
Radiothérapie ;  
Chimiothérapie ;  
Thérapies ciblées

### KEYWORDS

Lung cancer;  
Elderly; Geriatric  
assessment; Surgery;  
Radiotherapy;  
Chemotherapy;  
Targeted therapies

### Résumé

Plus de la moitié des patients atteints d'un cancer bronchique ont 65 ans et plus au moment du diagnostic en France, et plus de 30 % ont au moins 70 ans. Pourtant, peu de recommandations sur leur prise en charge existent. Il est essentiel de tenir compte non seulement de l'état général, mais aussi des comorbidités, des variations physiologiques liées à l'âge, des principales fonctions de l'organisme ainsi que des traitements éventuels pris au long cours. Des outils spécifiques telle que l'Évaluation Gériatrique Globale ont été développés afin d'évaluer ces patients âgés et d'adapter la stratégie thérapeutique à leur niveau d'autonomie. Ainsi, les patients indépendants et en bon état général pourront bénéficier des traitements standard dans le but d'allonger leur survie. *A contrario*, les patients fragiles, plus à risque d'une iatrogénie importante pouvant mener à une aggravation de leur dépendance et à une altération de leur qualité de vie, seront orientés vers des soins de support.

© 2016 SPLF. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

### Abstract

In France, more than half of the patients diagnosed with lung cancer are aged 65 or more and 30 % are aged more than 70 years but specific recommendations about their management regarding as well surgery, radiotherapy and chemotherapy are scant. Several patient characteristics, as comorbidities, age-related physiological variations of the main body functions, or polypharmacy, are predictive of survival and must be considered for therapeutic decision. The Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) is a good tool (although time consuming) to evaluate elderly with lung cancer and to identify fit patients who are more likely to benefit from standard treatment from frail ones who are candidates for supportive care.

© 2016 SPLF. Published by Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

\*Auteur correspondant.

Adresse e-mail : elisabeth.quoix@chru-strasbourg.fr (E. Quoix).

## Introduction

Le cancer bronchique (CB) est la première cause de mortalité par cancer dans le monde. L'âge médian au diagnostic varie de 63 à 70 ans selon les pays et selon que l'on comptabilise ou non les diagnostics purement radiologiques. Du fait du vieillissement de la population et de l'augmentation de l'incidence du CB avec l'âge, désormais plus de la moitié des patients ont plus de 65 ans, et plus de 30 % ont 70 ans et plus en France [1].

La prise en charge du CB chez la personne âgée (PA) se heurte à plusieurs difficultés. La définition même de la PA est débattue : la limite de 65 ans est généralement utilisée par les épidémiologistes [2] alors que celle de 70 ans est préférée dans les essais cliniques de chimiothérapie [3]. L'âge n'est cependant pas le critère essentiel de l'approche décisionnelle quelle que soit la modalité thérapeutique. La sous-représentation des PA dans les essais cliniques rend difficile l'établissement de recommandations spécifiques [4]. Les conséquences sont multiples : leur prise en charge thérapeutique est souvent suboptimale [5] et leur pronostic plus sombre [6,7]. Même si le pourcentage d'études n'excluant pas les personnes âgées et si l'âge médian des patients inclus dans les essais ont augmenté lors des dernières décennies, les études réellement dédiées aux PA restent peu fréquentes : dans les 100 essais de phase III les plus cités entre 1980 et 2010, l'âge médian des patients était de 61 ans pour les essais ayant inclus des PA... contre 60,9 ans pour ceux ayant exclu les PA ! [8].

Par ailleurs, les PA pâtissent d'un biais médical et/ou familial concernant le diagnostic et le traitement de la maladie, lié à la fausse croyance d'une relative indolence des cancers chez les personnes âgées et à la crainte des toxicités des traitements. Lors de la décision médicale concernant ces patients, il faut se souvenir qu'une femme âgée de 75 ans a une espérance de vie allant de 6,8 ans pour le 25<sup>e</sup> percentile le plus bas à 17 ans pour le 25<sup>e</sup> percentile le plus haut. Un homme du même âge aura une espérance de vie allant de 4,9 ans à 14,2 ans [9]. Ce sont évidemment les PA appartenant au 25<sup>e</sup> percentile le plus élevé qui pourront le plus bénéficier d'une chimiothérapie.

Il est donc impératif de disposer d'outils d'évaluation reproductibles et maniables pour apprécier le retentissement de l'âge et des comorbidités et optimiser la prise en charge globale de ces PA ayant un CB.

## Modifications physiologiques liées à l'âge

Le *Performance Status* (PS), outil décisionnel et pronostique majeur chez les patients plus jeunes est insuffisant pour décider de la prise en charge des personnes âgées qui doit tenir compte des comorbidités ainsi que des modifications biologiques et physiologiques inhérentes à l'âge.

Les comorbidités peuvent avoir un retentissement sur la survie [11], aggraver la toxicité des traitements et doivent donc être recensées, d'autant plus que ces patients souvent fumeurs sont particulièrement exposés aux maladies cardio-vasculaires (cardiopathies ischémiques, artériopathies oblitérantes des membres inférieurs) ou respiratoires (BPCO).

Les paramètres pharmacocinétiques sont aussi influencés par le vieillissement : du fait d'une moins bonne vidange gastrique, l'absorption diminue et influence l'administration des anticancéreux par voie orale [12]. La diminution de l'activité du cytochrome P450 d'environ 30 % [13] et l'altération de la fonction hépatique entraînent une diminution du métabolisme. Du fait d'une diminution de l'eau corporelle, de la masse maigre et de l'albuminémie, la distribution est elle aussi modifiée, ce qui peut augmenter les toxicités des traitements. La fonction rénale s'altère avec l'âge et les doses de chimiothérapie doivent être adaptées [14]. C'est ainsi qu'on privilégiera le carboplatine dont la dose est adaptée à la fonction rénale plutôt que le cisplatine. L'altération physiologique de la myélopoïèse impose des précautions toutes particulières pour éviter une toxicité hématologique de grade 4 gravissime chez la PA. Cependant les personnes âgées répondent aussi bien aux facteurs de croissance hématopoïétiques que les patients plus jeunes et il ne faudra donc pas hésiter à les utiliser [15]. Les interactions médicamenteuses doivent aussi être recherchées chez ces patients souvent polymédiqués [16]. La diarrhée et la dysphagie étant des effets secondaires plus fréquents chez la PA, il faudra veiller à dépister et traiter les mucites et les déshydratations précocement.

## Évaluation gériatrique globale (*Comprehensive Geriatric Assessment*)

L'évaluation gériatrique est définie comme une procédure diagnostique pluridisciplinaire, multicritère et standardisée visant à une appréciation globale de l'état de santé du patient âgé, concernant les problèmes physiques, psycho-cognitifs, fonctionnels et socio-environnementaux [17]. Ses objectifs sont multiples : en détectant des problèmes de santé non connus, elle évalue la vulnérabilité des patients et permet de prévenir une iatrogénicité, un déclin fonctionnel, de prendre en charge la douleur et d'offrir un soutien psychologique aux PA. En parallèle, elle identifie les patients qui supporteront le traitement et en obtiendront un bénéfice, et permet de leur proposer une prise en charge adaptée. Elle réduit ainsi le risque de sous-traitement (évacuation thérapeutique liée à l'âge, réduction de doses non validées ou exclusion des protocoles). Cette évaluation gériatrique a été surtout utilisée avant une chimiothérapie. Les critères d'opérabilité reposent davantage sur les réserves fonctionnelles respiratoires et cardio-vasculaires.

Plusieurs indices ont été développés de très longue date pour tenter de standardiser l'évaluation de l'état de santé des PA comme l'*Activity Daily Living* (ADL), l'*Instrumental Activity Daily Living* (IADL) [18], le *Mini-Mental Test* (MMS) [19] ou l'index de Charlson [20]. Les différents paramètres à évaluer avec les principaux tests correspondants sont résumés dans le tableau 1. ONCODAGE est un index simplifié recommandé par l'Institut National du Cancer permettant de dépister rapidement une vulnérabilité et d'orienter le patient vers la consultation d'oncogériatrie (Annexe 1).

Le score de Balducci [21] permet de classer les patients en 3 groupes (Fig. 1) :

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5725333>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5725333>

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