



# Cancer métastatique de la personne âgée: entre thérapeutiques actives et prise en charge palliative, une réponse oncogériatrique

Dr Sandra SCHREINER

Gériatre

CH de SAINTES (17)



## Introduction

- Vieillesse de la population, augmentation nombre de cancers
- 2050: 50% des cancers chez les plus de 75 ans
- K colon: 40000 nx cas/an, 45% chez les + de 75ans, 12% chez les + de 85ans
- K pulmonaire: 38000 nx cas/an, 40% chez les + de 70 ans, 10% chez les + de 80 ans
- K colon métastatique: survie médiane 10.7 mois mais survie 30% à 5 ans si ttt local méta hépat -80ans
- K pulmonaire stade IV : survie médiane 6 mois, survie à 2ans 6%, à 5ans 1%
- K métastatiques en situation palliative mais palliatif spécifique ou symptomatique?
- Rémission?
- Survie sans progression!
- Survie globale!
- Qualité de vie?
- Y a-t-il une place pour les thérapies actives?



## Oncogériatrie

- L'oncologie gériatrique commence lorsque l'état de santé du patient interfère, à cause de son âge et des modifications associées, avec les processus décisionnels tel qu'ils auraient été appliqués à la population générale
- L'évaluation gériatrique permet
  - ✓ De détecter les vulnérabilités
  - ✓ D'estimer la tolérance aux traitements anti-cancéreux
  - ✓ De définir un traitement optimal en collaboration
  - ✓ De déterminer un plan d'intervention
- Sont explorés:
  - ✓ État général et autonomie fonctionnelle
  - ✓ Conditions socio-familiales
  - ✓ Troubles de la marche et de l'équilibre
  - ✓ État thymique et fonctions cognitives
  - ✓ État nutritionnel
  - ✓ Comorbidités et traitements



## Profil de patients

- Harmonieux : pas de comorbidités déséquilibrées, pas de dépendance fonctionnelle: espérance de vie sup à celle du cancer: traitement standard
- Intermédiaires: dépendance score IADL sup à 1 et/ou une à 2 comorbidités actives: traitement adapté et plan d'intervention avec suivi
- Fragiles: dépendance avec plus de 3 comorbidités, syndrome(s) gériatrique(s): prise en charge palliative non spécifique
- Syndromes gériatriques: Troubles de la marche et chutes, incontinence, confusion ou démence, dénutrition



## Faut il traiter?

- Le patient va-t-il mourir de son cancer ou d'autre chose?
- Le patient va-t-il souffrir de son cancer?
- Le patient peut il tolérer le traitement?
- Qu'est il nécessaire de savoir du cancer pour le traitement?
- Qu'est il nécessaire de savoir du patient pour traiter le cancer?
- Quels sont les résultats des traitements anti cancéreux chez la PA?



## Principes de l'oncogériatrie

- *Le patient va-t-il mourir de son cancer ou d'autre chose?*

Evaluation des comorbidités, de leurs pronostics et de leurs poids sur le cancer et vice versa

- *Le patient va-t-il souffrir de son cancer?*

Faut-il attendre les symptômes pour traiter? Tendances actuelles à traiter les cancers métastatiques avant les symptômes afin d'améliorer la qualité de vie, de la survie? Extrapolé chez PA sans preuves

- *Le patient peut-il tolérer le traitement?*

Peu de données spécifiques, plus de toxicités de grade 3 et 4 dans la plupart des études, MAIS certains protocoles très bien supportés (LV5FU2, gemcitabine)

- *Qu'est-il nécessaire de savoir du cancer pour le traitement?*

Nature, stade, IHC pour les nouvelles thérapies et toxicités propres de chaque produit de chimiothérapie: 5FU/cœur, oxaliplatine/neurop, irinotécan/diarrhée, capécitabine/fonction rénale, bévacizumab/HTA, protU, gemcitabine/plaquettes, cisplat/rein et cœur

- *Qu'est-il nécessaire de savoir du patient pour traiter le cancer?*

TOUT!! Avec évaluation multidimensionnelle gériatrique



## Ethique des soins

- Information du patient: compréhensible, présentant les options thérapeutiques, tenant compte avis
- Bienfaisance: prendre soin, traiter, soulager
- Non malfaisance: adapter le traitement à la PA, refus d'acharnement thérapeutique, diminuer douleurs, angoisses...
- Autonomie: reconnaissance de la PA, recueillir consentement, respecter droit refus
- Proportionnalité: bénéfices escomptés/dommages, risques pris
- Futilité: traitement inefficace est inutile



## Ethique des soins en oncogériatrie

- Connaissance de la personne
- Décision de la personne, de l'entourage, du médecin traitant
- Bénéfices-risques/âge , certitudes et zones d'ombre
- Décision singulière
- Evaluation oncogériatrique
- RCP: compétence, qui présente le dossier? Évaluation oncogériatrique préalable?
- Stratégie thérapeutique... très influencée





## K colon métastatique

- M R. 78 ans opéré en urgence pour occlusion sigmoïde d'un ADK moyennement différencié pT4N1 avec pose colostomie et découverte au bilan d'extension post opératoire de métastases hépatiques
- Bon état général, veuf depuis peu, autonome /ADL, pas de trouble de la marche, de troubles thymiques ou cognitifs, HTA
- Cl creat à 60ml/mn, HB 12g/dl, BH normal, ALB 28g/l, écho cœur: pas valvulopathie, FEVG 77%
- FOLFOX 6 cures bien tolérées...
- Rétablissement continuité, carcinose péritonéale non vue au scanner préopératoire
- KRAS muté
- FOLFIRI AVASTIN 6 cures...
- Asthénie, AEG, hospitalisé, syndrome sub occlusif, décès 3 semaines plus tard



## K colon métastatique (2)

- Evaluation de M R. en post opératoire...asthénie, dénutrition mais part inflammatoire?
- Veuf depuis peu mais soutien important fille chez qui il va vivre
- Bithérapie ou LV5FU2 recommandé mais étude princeps excluait les plus de 75 ans...
- Oxaliplatine mais pas ATCD de neuroP , pas de tr de la marche
- Bien passée...quelle est le vécu du patient?
- Autonome, gère colostomie, ALB à 36g/l
- Rétablissement continuité, à la demande de qui? Scanner préop suffisant? TEP?
- Recherche statut KRAS pour indication Erbitux ,thérapies ciblées que chez harmonieux et se poser vraiment la question chez intermédiaire
- FOLFIRI AVASTIN proposé car KRAS muté, la chimio de trop?
- Irinotécan , toxicité hémato et diarrhée++
- MMSE , ADL, IADL, dénutrition prédictifs de la toxicité des chimiothérapies?
- Bevacizumab : HTA, protU
- Syndrome sub occlusif et accompagnement de fin de vie
- Plus d' 1 an de traitements actifs



## K pulmonaire métastatique

- M R. 71 ans AEG, - 4kg, sueurs nocturnes, syndrome inflammatoire
- Seul domicile, veuf, pas aide
- HTA, SPA, tabac sup à 50 PA
- Bilan en ville COLO/tr transit RAS, Rx pulmonaire image postéro basale D, scanner adénoP médiastinales++ , ponction sous scanner: K épidermoïde
- CARBOPLAT/NAVELBINE 3 cures
- AEG, très fatigué, progression, TAXOL hebdo, meilleur état général
- Mais progression après 3 cures: métastases cérébrales diffuses, petite taille sans œdème majeur
- Patient très très demandeur traitement agressif...irradiation encéphalique et CISPLAT GEMZAR
- AEG, syndrome confusionnel, perte autonomie et hospitalisation pour hypercalcémie sur métastases osseuses
- Décès survient en quelques jours en hospitalisation en attendant place en USP
- Après moins de 6 mois de traitements actifs



## K pulmonaire métastatique (2)

- Evaluation de M R. autonome mais AEG, amaigrissement, évaluation nutritionnelle? Syndrome inflammatoire...
- Veuf , pas d'aide mais petite fille très présente
- Chimio doublet platine est la recommandation sur IIIb MAIS sels de platine TOXICITE rénale tubuloP, hématologique, digestive...( SSP 6mois/3mois et SG 10mois/6mois mais à quel prix?)
- Monothérapie vinorelbine, gemcitabine, docétaxel...toute leur place
- Qualité de vie et tolérance traitement à évaluer
- K métastatique donc stade IV...chimio et TTT local si besoin ( antalgique sur os, cérébral sur méta)
- Là AEG+++ et PA, CISPLAT toxicité rénale+++ et hémato sur moelle épuisée par chimio précédentes et doublet et radiothérapie...confusion, AEG , la chimio de trop?
- Patient très, très demandeur...
- Et l'éthique?
- Pronostic très différent dans ADK pulm notamment femme non fumeuse et traitement par inh EGFR quand IHC compatible ( survie sans progression 1 an, médiane survie 17 mois)



## Décision médicale

- Traitement utile pour freiner /stabiliser la maladie ou soulager des symptômes
- En tenant compte demande de traitement ...ou non
- Consentement éclairé et libre?
- Influencé par famille
- Orienté par des experts?
- Incité par association de malades
- Suggéré par les médias
- Quid de la RCP?



## Conclusion

- Projet de prise en charge quelque soit âge et état général de la personne âgée
- Prise en charge adaptée avec expertise pluridisciplinaire
- Savoir considérer l'expérience de l'autre
- Ne pas négliger la recherche surtout après 75 ans
- Réfléchir ensemble et décider avec le patient en lui proposant quelque soit le moment de sa maladie des soins de support adaptés et réalisés en pluridisciplinarité