

Oncologie gériatrique: pourquoi ?



Prévalence des tumeurs chez les patients d'âge gériatrique

Parmi les rares certitudes que le proche avenir réserve à nos sociétés, il faut mentionner l'augmentation des maladies cancéreuses dans la tranche de population qualifiée de gériatrique, des patients dont l'âge est supérieur à 65 ans et qui ont pour la plupart cessé leur activité économique de production.

L'âge est le principal facteur de risque dans le développement de la plupart des cancers et des maladies chroniques. Les deux tiers des cancers sont aujourd'hui diagnostiqués chez les personnes âgées de plus de 65 ans (1) et il n'est pas rare qu'un patient souffre de plusieurs tumeurs au cours de sa vie, parfois même de manière synchrone (2).

En gériatrie hospitalière, où l'âge moyen des patients dépasse couramment les 80 ans, la prise en charge oncologique spécialisée est souvent plus complexe et pratiquement plus difficile que celle des patients dans la force de l'âge,

mais elle reste peu connue. Peut-être est-elle moins étudiée en raison de ce qui fait la spécificité même de cette population, à savoir sa grande fragilité et ses nombreuses comorbidités (3).

Un certain désarroi est d'ailleurs perceptible dans les systèmes de soins lorsque l'entité nosologique et le cadre psycho-social s'interpénètrent. Céder à l'âgisme devient alors une grande tentation pour les soignants, qui peuvent ainsi se réfugier derrière leurs (mé) connaissances. Dame Nature nous propose pourtant un véritable défi pour le 3^e millénaire, que l'on soit à Bogota, Genève, Nairobi, Tokyo ou Sydney: concilier l'augmentation quantitative de la vie avec une amélioration qualitative du temps qui passe, jusqu'à la mort qui, elle, reste inéluctable.

Particularités de l'oncologie en gériatrie

Les patients âgés et très âgés présentent plusieurs aspects bien particuliers, le plus significatif

étant certainement une espérance de vie restreinte, du fait même de leur âge. Cette espérance de vie est trop souvent sous-estimée, tant par les patients et leur entourage que par les cliniciens. Il faut savoir qu'à Genève un homme âgé de 65 ans va vivre 16 ans encore, une femme près de 20 ans. A l'âge de 80 ans, cette dernière peut espérer vivre encore 9 ans et un homme 7. Ces chiffres sont d'autant moins négligeables qu'il s'agit de moyennes.

Qualité de vie versus quantité

La qualité de vie importe toutefois bien davantage que sa longueur, lorsqu'on se trouve au troisième voire au quatrième âge. Cette considération demande que l'on introduise une attitude diagnostique et thérapeutique différente de celle que l'on adopterait pour un patient plus jeune, chez qui les inconvénients, les effets secondaires invalidants ou les risques d'un traitement ou même d'une manœuvre diagnostique se-

ront généralement plus facilement acceptables, et d'ailleurs acceptés.

Rôle des comorbidités

Avec l'âge, le nombre et la sévérité des comorbidités précipitent le déclin fonctionnel. Rares sont les patients âgés qui ne présentent aucune comorbidité. Celles-ci conditionnent autant l'espérance de vie elle-même que le choix de l'attitude diagnostique ou thérapeutique, particulièrement en oncologie. En effet, de nombreux examens et la plupart des traitements nécessitent que le patient bénéficie d'un état physiologique satisfaisant pour être rentables et efficaces. En gériatrie, il n'est en effet pas admissible qu'un traitement ou une procédure diagnostique aggrave une pathologie sous-jacente et engendre ainsi l'apparition de symptômes gênants pour la personne déjà malade.

Primum non nocere reste l'adage auquel chaque gériatre souhaite adhérer et le remède ne devrait jamais se révéler pire que la maladie.

Importance de l'entourage

Un autre aspect notable de la prise en charge des patients d'âge avancé est le fait que la famille et l'entourage sont souvent très impliqués dans les démarches médicales, chirurgie comprise. Les patients eux-mêmes ont évidemment bien souvent besoin d'un soutien et d'une aide à la décision, mais il arrive que leurs proches s'interposent entre le soignant et le patient. On doit ici faire référence à l'âgisme car il s'agit trop souvent d'un *abus de bienfaisance* qui va à l'encontre de l'autonomie de la personne, pourtant centrale du point de vue de l'éthique.

Stade de la maladie cancéreuse

La découverte fréquente de maladies oncologiques ayant déjà atteint un stade métastatique est une particularité supplémentaire de l'oncologie gériatrique. Ce retard dans le diagnostic est lié d'une part à la difficulté d'identifier les symptômes et signes cliniques évocateurs d'une pathologie tumorale dans un contexte le plus souvent polymorbide. D'autre part intervient une certaine inertie, tant de la part des patients que de leurs médecins, face à la nécessité de pratiquer des investigations en temps voulu. Ainsi, le traitement anti-cancéreux ne sera-t-il le plus souvent que palliatif, à moins que l'on ne se résolve tout simplement à y renoncer en raison même du stade trop avancé de la maladie. On dispose pourtant de plusieurs outils thérapeutiques raisonnables (4-5).

Stratégie thérapeutique

Les situations cliniques référées en oncologie gériatrique sont donc le plus souvent palliatives et l'objectif primordial est d'améliorer la qualité de vie plutôt que de viser à la prolonger. Il s'agit en fait de traiter davantage le patient que sa tumeur, quand bien même l'on utilise des agents anticancéreux. Un bilan gériatrique initial complet s'impose donc afin de juger de l'efficacité d'un traitement oncologique, qu'il soit chirurgical, actinique ou chimique, sur le patient lui-même plutôt que sur la taille de sa tumeur. Ce bilan devrait comporter une évaluation multidisciplinaire comprenant au moins

- une échelle de mesure des symptômes directement ou indirectement imputables à la maladie;

- une évaluation fonctionnelle des activités de base et des activités instrumentales de la vie quotidienne;
- un examen cognitif;
- une détermination des symptômes dépressifs et
- une appréciation nutritionnelle (6-7).

Ceci permettrait de suivre chacun de ces différents points au cours de l'évolution de la maladie et du traitement, ainsi que d'apprécier l'efficacité ou la nuisance globale de celui-ci, qui pourrait être réévalué au besoin.

Etat de la recherche

A ce jour, on peut considérer que seule l'étude ELVIS a rempli certains des critères susmentionnés. En effet, en mettant davantage l'accent sur la mesure de la qualité de vie que sur la réponse tumorale et en utilisant des outils validés tels que le QLQ-C30 et son module LC13, les auteurs ont montré que l'administration d'un cytotatique améliorerait la fonctionnalité globale de patient âgés souffrant d'un cancer du poumon aux stades IIIB et IV, atteignant même le seuil de la signification statistique pour la fonction cognitive et l'état général de santé (8).

Finalement, une des différences les plus frappantes entre l'oncologie de l'adulte et celle de la personne âgée est le faible nombre d'études scientifiques spécifiques en milieu gériatrique, alors même que les interventions diagnostiques et thérapeutiques sont souvent semblables aux deux situations. Qui plus est, la pharmacologie des agents anticancéreux n'a jamais été sérieusement étudiée chez la personne âgée et l'empirisme domine une pratique

pourtant largement répandue. La difficulté de standardisation de ces patients complexes en est certainement une des principales raisons. Le bilan gériatrique, sous la forme d'une évaluation exhaustive multidimensionnelle, représente donc le seul outil d'évaluation qui soit susceptible de déterminer l'utilité d'un diagnostic, éventuellement assorti d'un traitement oncologique (7).



Que retenir?

Il est erroné de considérer l'âge civil comme un obstacle à l'investigation et au traitement corrects d'une maladie oncologique.

Seul un bilan initial comprenant une évaluation gériatrique interdisciplinaire complète peut permettre de déterminer la nécessité d'autres investigations, l'indication à un traitement ou la futilité de celui-ci.

Les personnes âgées doivent pouvoir bénéficier des indéniables progrès accomplis ces dernières années en oncologie, notamment l'apparition des nouvelles formes orales ou sous-cutanées de traitements.

L'efficacité et le préjudice du traitement sur la qualité de vie du patient doivent être appréciés en suivant l'évolution des différents points du bilan fonctionnel. Une telle évaluation complète permet également de mieux définir les caractéristiques propres aux patients âgés et de réaliser ainsi les études

cliniques indispensables en milieu gériatrique, domaine trop souvent délaissé par les chercheurs malgré l'évidence épidémiologique.

Références :

- (1) Yancik. *Cancer* 1994;74 (suppl):1995.
- (2) Merminod. *Crit Rev Onco Hematol* 2002; in press.
- (3) Muss. *Hematol Oncol Clin North Am* 2000;14:283.
- (4) Fentiman. *Lancet* 1990;336:1020.
- (5) Zulian. *Crit Rev Oncol Hematol* 2000;35:227.
- (6) Monfardini. *Cancer* 1996;77:395.
- (7) Exterman. *Crit Rev Oncol Hematol* 2000;35:181.
- (8) Weber. *Med Hyg* 2001;59:2232.
- (9) Gridelli. *JNCI* 1999;91:66.

La rédaction de Pharma-Flash remercie les Dr Catherine Weber et Gilbert B. Zulian, du CESCO, Département de gériatrie des HUG, de leur collaboration à ce numéro.

- Bupropion (Zyban®): de la fumée sans feu ?, 28(3), 9-10. 2001.
DHEA : une prescription utile ?, 28(1) 1-4. 2001.
Etanercept, 28(5), 17-20. 2001.
Index 2001, 28(6), 24. 2001.
Infliximab, etanercept et traitement de la polyarthrite rhumatoïde, 28(5), 17-20. 2001.
Inhibiteurs-COX-2 sélectifs et sécurité cardiovasculaire, 28(2), 5-8. 2001.
Oncologie gériatrique : pourquoi ?, 28(6), 21-23. 2001.
Polyarthrite rhumatoïde, 28(5), 17-20. 2001.
Prescriptions, utilité et adéquation, 28(4), 13-16. 2001.
Substitution œstrogénique transdermique et risque thrombo-embolique, 28(3), 11-12. 2001.

Toute correspondance éditoriale doit être adressée au Dr J. Desmeules.

Rédacteur responsable: Dr. J. DESMEULES – E-mail: Jules.Desmeules@hcuge.ch

Comité de rédaction: Prof. J. BIOLLAZ, Division de Pharmacologie clinique, CHUV, Lausanne. Dr. P. BONNABRY, Pharmacie des HUG, Genève. Dr. T. BUCLIN, Division de Pharmacologie clinique, CHUV, Lausanne. Dr. J. CORNUZ, Division d'Evaluation et de Coordination des Soins, CHUV, Lausanne. Prof. P. DAYER, Division de Pharmacologie et Toxicologie cliniques, HUG, Genève. Dr. J. DESMEULES, Division de Pharmacologie et Toxicologie cliniques, HUG, Genève. Prof. J. DIEZI, Institut de Pharmacologie et Toxicologie, Lausanne. Prof. J.P. GUIGNARD, Service de Pédiatrie, CHUV, Lausanne. Dr. J.-P. JANSSENS, Division de Pneumologie, HUG, Genève. Dr. M. NENDAZ, Clinique de Médecine I, HUG, Genève. Dr. P. SCHULZ, Unité de Psychopharmacologie clinique, Division de Pharmacologie et Toxicologie cliniques, HUG, Genève. Dr. N. VOGT, Unité de Gériopharmacologie clinique, Division de Pharmacologie et Toxicologie cliniques, HUG, Genève.

Secrétariat de rédaction: Mme F. Morel, Division de Pharmacologie et Toxicologie cliniques, Hôpital Cantonal, CH-1211 Genève 14. Tél. (022) 382 99 32 – Fax (022) 382 99 40 - Email: Florence.Morel@hcuge.ch.

Administration et abonnements: Editions Médecine et Hygiène, Case postale 456, CH-1211 Genève 4. Tél. (022) 702 93 22 - Fax (022) 702 93 55 – Email: abonnements@medhyg.ch

CCP 12-8677-8. Tarif d'abonnement annuel: Suisse FS 35,-, étranger FS 70.- (étudiants et assistants: FS 25.-).

Paraît six fois par an.

Copyright, Fondation Pharma-Flash 2001 -Genève