

OPTIMISATION DU TEMPS PRÉ-THÉRAPEUTIQUE : FLUIDIFIER LES PRÉALABLES AU PARCOURS DE SOINS

IMPACT DE L'ONCOGERIATRIE



Pr Claire FALANDRY

Unité d'Oncogériatrie, Service de Gériatrie

Centre Hospitalier Lyon Sud

Laboratoire CarMEN de l'Université de Lyon

Institut de Cancérologie des HCL – FHU ONCOAGE



Conflits d'intérêt

- Consultant/expert :

BAXTER, JANSSEN, NOVARTIS, PFIZER, ROCHE

- Conférences/formations rémunérées

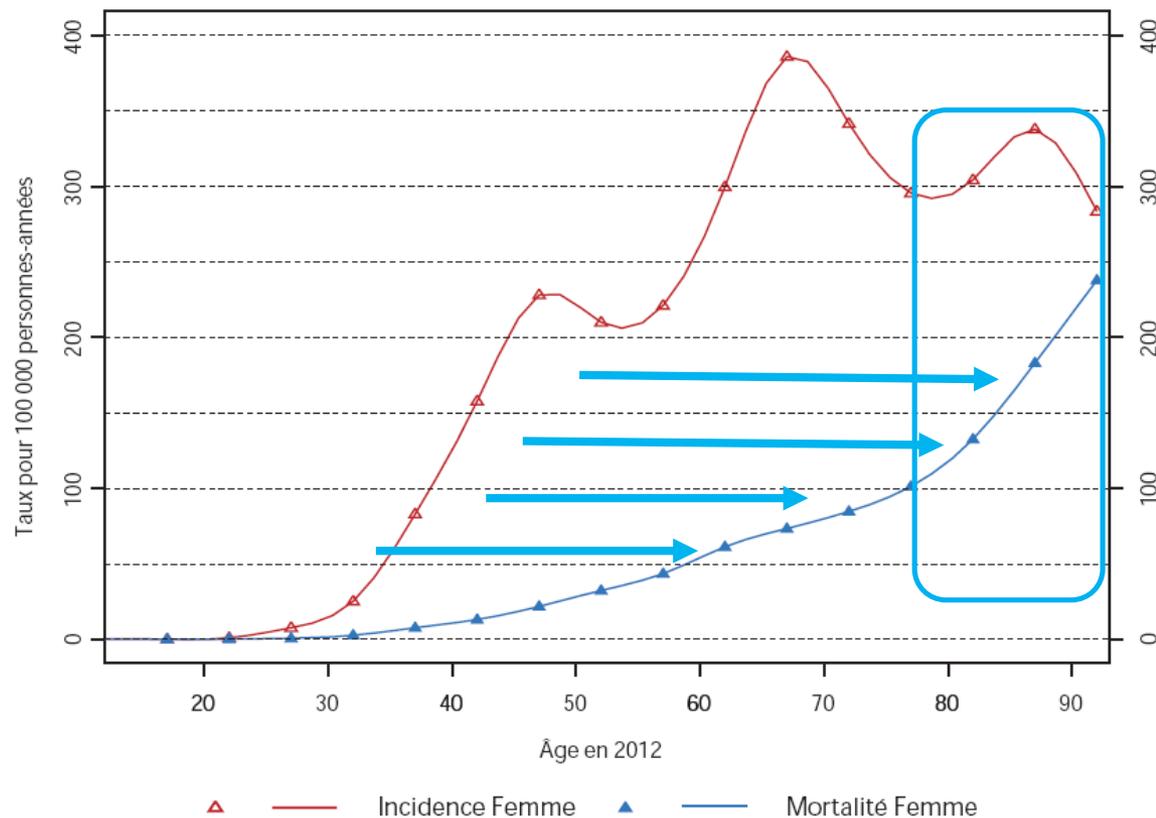
ASTRA-ZENECA, ROCHE

- Recherche/essais cliniques

NOVARTIS, PFIZER

Le cancer du sein, un modèle particulier (1)

- L'incidence du cancer du sein et sa mortalité augmentent aux âges élevés



Explications ?

- Arrêt du dépistage organisé
- Impression que l'arrêt du dépistage signe l'arrêt du risque
- Pas de palpation mammaire
 - Hétéropalpation
 - Autopalpation
- **Chronicisation des soins**

Données INVS, 2013.

Le cancer du sein, un modèle particulier (2)

■ Prise en charge locale (1) (RPC 2009) :

■ Chirurgie :

- Les contre-indications absolues à la chirurgie sont exceptionnelles et résultent de comorbidités lourdes et multiples *Niveau 1, Grade A*
- L'objectif de la prise en charge chirurgicale des FA est d'éviter le Sur traitement mais surtout le Sous traitement *Accord d'experts*
- Quand il est carcinologiquement faisable, le traitement conservateur doit être proposé *Accord d'experts*
- L'atteinte focale des marges a moins d'impact sur le contrôle local et peut être négligée si une irradiation adjuvante est proposée *Niveau 2, grade B*
- L'abstention d'exploration du creux axillaire peut être discutée chez les patientes T1-N0, RH+, *Accord d'experts*

■ Hormonothérapie néo-adjuvante

- L'hormonothérapie néo-adjuvante des formes localement avancées permet dans 35% à 45% des cas d'éviter la mastectomie *Niveau 2, grade A*
- L'hormonothérapie exclusive multiplie le risque d'évolution locale par 4 mais la survie globale n'est pas modifiée *Niveau 1, grade A*



Le cancer du sein, un modèle particulier (3)

■ Prise en charge locale (2) (RPC 2009) :

■ Chimiothérapie :

- La chimiothérapie a-t-elle un intérêt démontré chez la personne âgée de plus de 70 ans ?

Oui, chez les patientes RH-

Niveau 1, grade A

Chez les patientes RH+, le bénéfice reste incertain

Niveau 2, grade B

■ Hormonothérapie adjuvante :

- En cas de RH+, les indications d'HT suivent celles de la femme plus jeune soit 5 ans d'IA ou un traitement séquentiel IA et TAM. Le choix est guidé par l'évaluation des risques ostéoporotique et thrombo-embolique

Niveau 1, grade A et Accord d'experts

RPC, Oncologie 2011



Le cancer du sein, un modèle particulier (4)

■ Prise en charge locale (3) (RPC 2009) :

■ Radiothérapie

- Après chirurgie conservatrice, l'irradiation de la glande mammaire est recommandée *Niveau 1, grade A*
- La surimpression du lit tumoral est recommandée après chirurgie conservatrice car elle réduit le taux de récurrences locales à 10 ans. Son bénéfice reste significatif après 60 ans *Niveau 2, grade B*
- Des protocoles d'irradiation hypofractionnée ont montré leur équivalence par rapport à un fractionnement classique *Niveau 2, grade B*
- Ces protocoles sont à favoriser chez les populations âgées *Accord d'experts*
- Une irradiation est classiquement recommandée après mastectomie dans les indications suivantes : pN+; pN0 ET un autre facteur de risque (pT 3-4, envahissement lymphatique diffus, marges d'excision < 1 mm, lésions multifocales) mais peut être omise sur la base d'une évaluation gériatrique individuelle et d'une estimation de l'espérance de vie



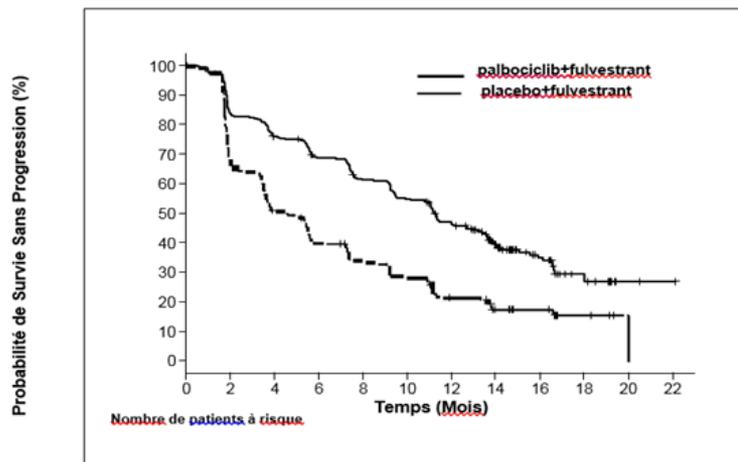
Le cancer du sein, un modèle particulier (5)

■ Prise en charge métastatique

■ RPC 2009

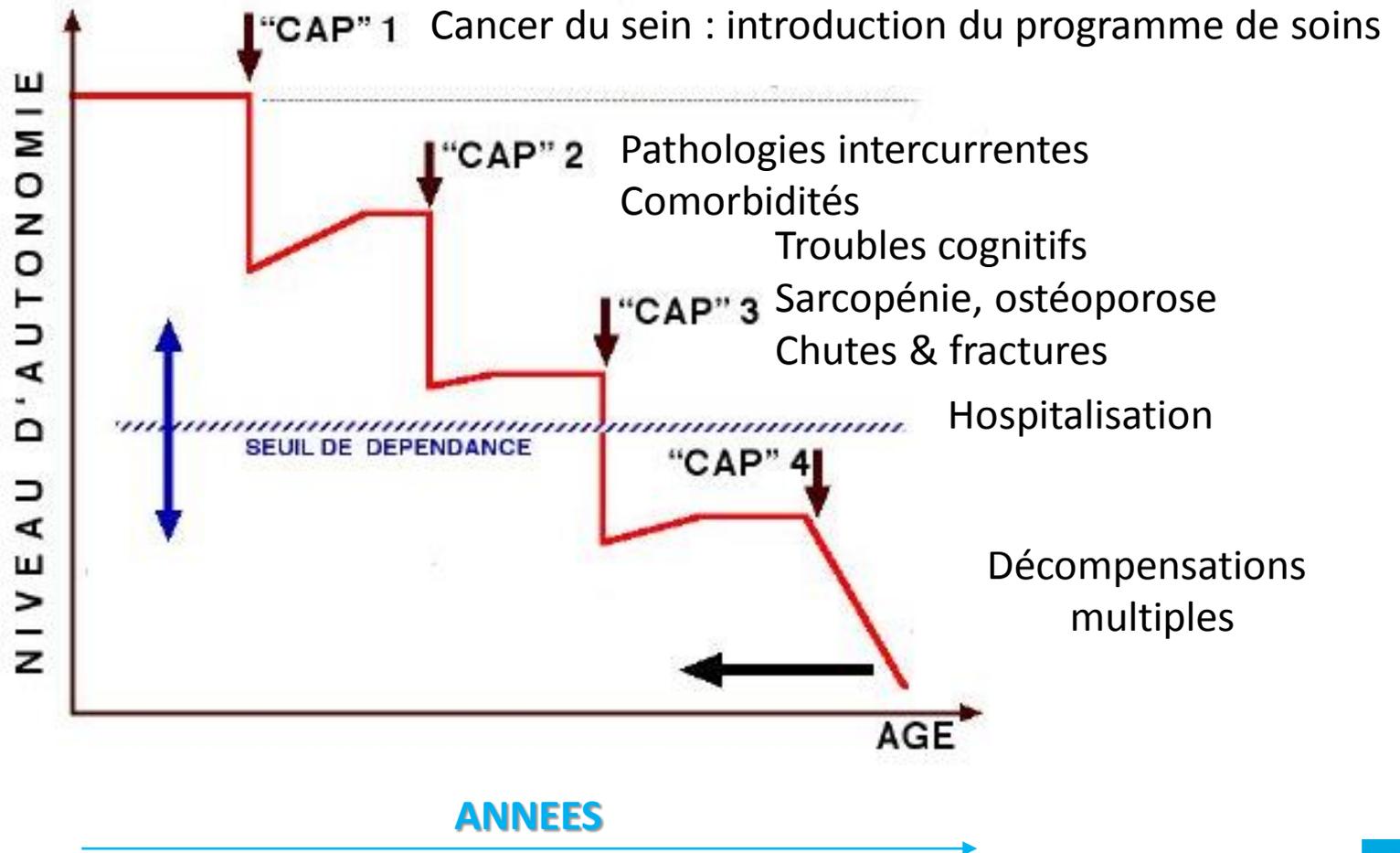
- Chez les patientes RH+, une hormonothérapie est le traitement de 1^o ligne de référence Accord d'experts
- En cas d'hormono-résistance, une chimiothérapie peut être proposée. Sont préconisées :
 - Les monochimiothérapies ou les associations à faible profil de toxicité
 - L'inclusion dans des essais cliniques Accord d'experts

■ Depuis...



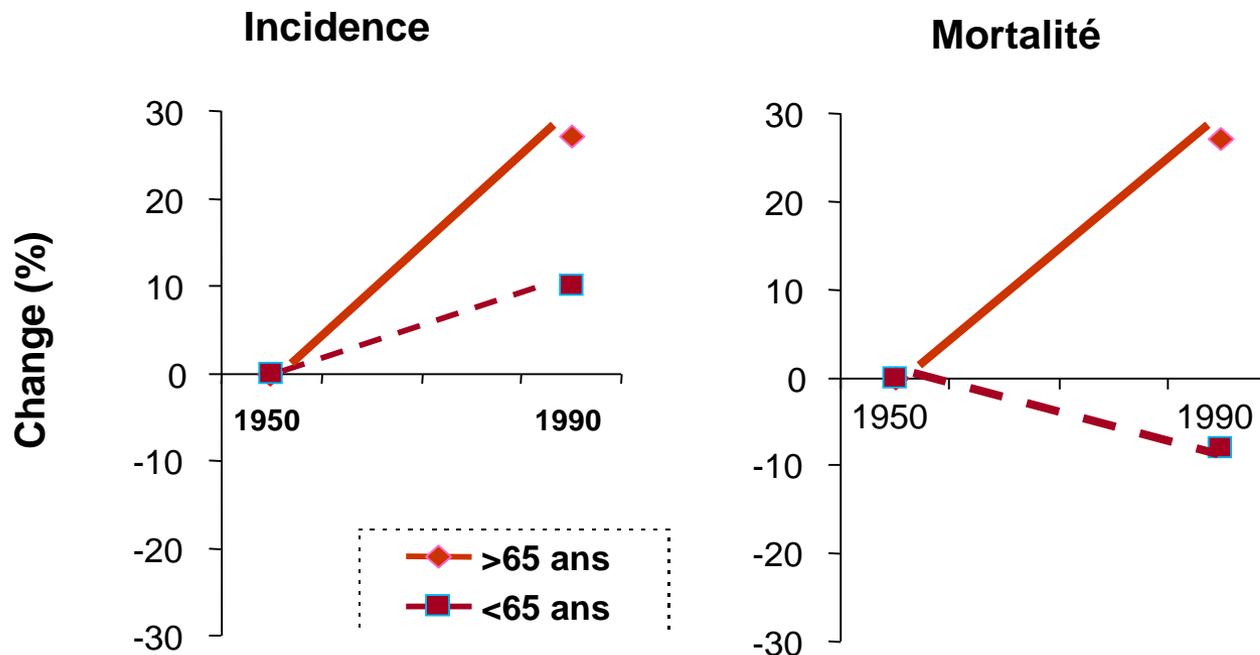
Etude PALOMA-3 : Un gain de plus de 7 mois de survie sans récurrence !

Quels risques gériatriques ?



Quels risques oncologiques ?

- Un constat : les patients les plus âgés ne bénéficient pas des avancées thérapeutiques



Miller, et al. J. National Cancer Institute. 1993.



Objectif : adapter les pratiques gériatriques au modèle tumoral (1)

■ Chirurgie ?

- S'adapter au **temps** gériatrique : ne pas confondre vitesse et...
 - Risque du « bilan diagnostique en un jour / chirurgie en 7 jours »
 - La PA souhaite une prise en compte de ses spécificités psychologiques et fonctionnelles
 - Parfois le cancer du sein n'est pas la pathologie principale (comorbidité déséquilibrée, fracture, ...)
 - ⇒ Bilan étiologique rapide (histologie, bilan d'extension)
 - ⇒ Savoir proposer l'option de l'hormonothérapie néoadjuvante dès la confirmation du statut RH+
- S'assurer du **traitement le plus approprié**
 - Limiter les mastectomies « pour éviter la radiothérapie »
 - Pas de reprise si marges focalement positives et radiothérapie prévue
- Savoir **repositionner la chirurgie** dès la stabilisation de l'état gériatrique
 - Hormonothérapie seule : risque de progression locale, mais surtout d'arrêt prématuré du traitement...

Objectif : adapter les pratiques gériatriques au modèle tumoral (2)

■ Chimiothérapie adjuvante

- Traitement à haut risque de déconditionnement gériatrique
 - A court terme : asthénie +++, neutropénie...
 - A moyen terme : chemobrain +++, neuropathie au paclitaxel...
- Savoir positionner la discussion de la balance bénéfique/risque
- Mise en place de stratégies gériatriques préventives
 - Activité physique adaptée +++
 - Soutien psychologique, nutritionnel...
 - Environnement : aides formelles +++
- Eviter les réductions excessives de dose/intensité (pas de réduction de dose d'emblée en situation adjuvante)

Objectif : adapter les pratiques gériatriques au modèle tumoral (3)

■ Hormonothérapie adjuvante

- Rôle majeur de la gériatrie préventive : dépistage et traitement
 - de la sarcopénie,
 - de l'ostéopénie/porose,
 - des troubles cognitifs,
 - de l'inobservance

■ Radiothérapie :

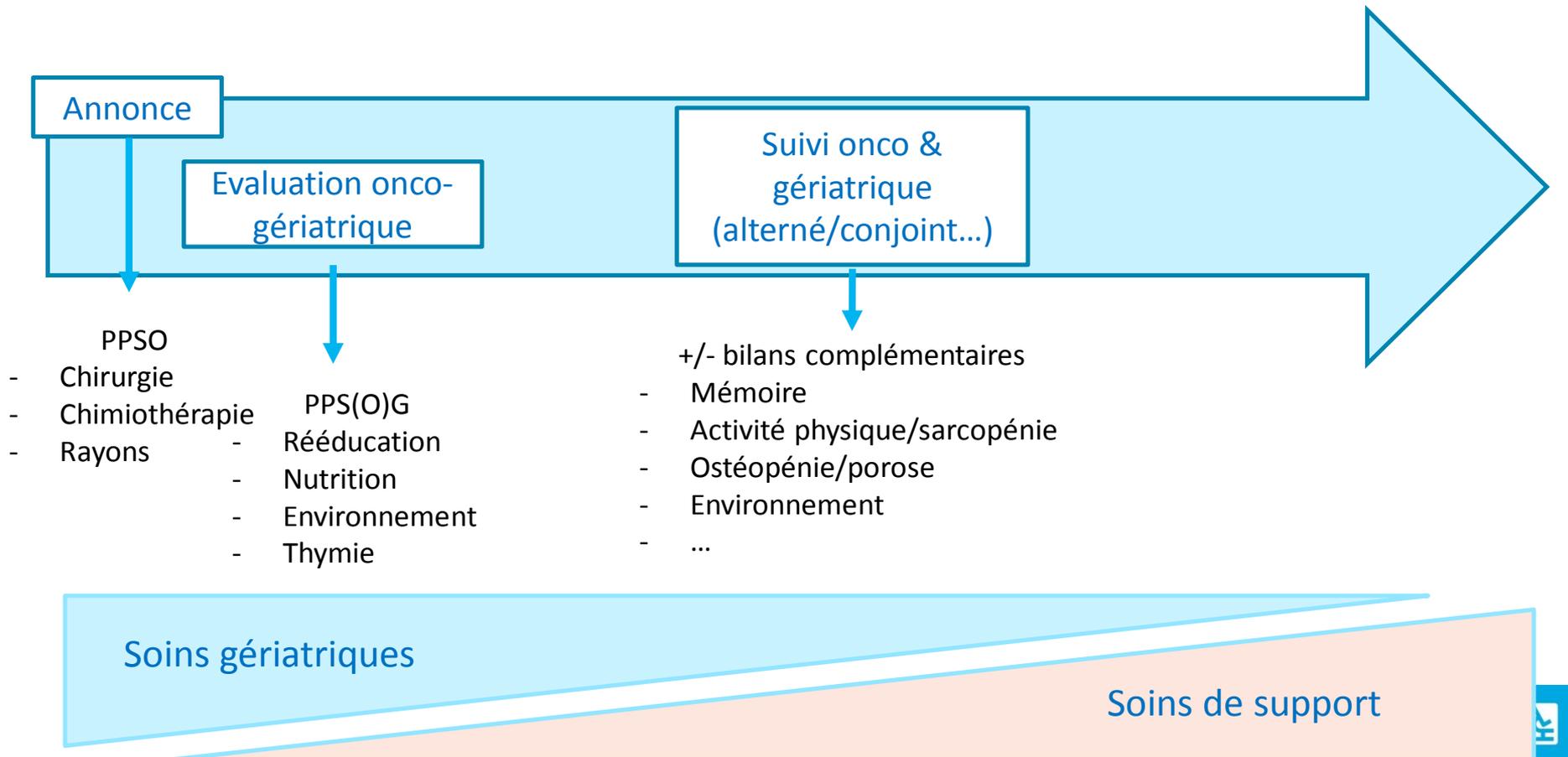
- Eviter les fausses bonnes raisons à ne pas proposer un traitement hypofractionné...

■ Situation métastatique

- Eviter les fausses bonnes raisons à ne pas proposer les traitements les plus appropriés : inhibiteurs CDK4/CDK6...

L'oncogériatrie, un soins de support comme les autres ?

- Doit s'intégrer dans le parcours de soins le plus tôt possible
- Principe d'une gériatrie préventive



Attention aux écueils

- Le délai !
 - L'organisation d'une évaluation onco-gériatrique ne doit pas freiner la mise en place des traitements
- La prise de décision / de responsabilité...
 - Attention aux consultations « ping-pong »!
- La communication
 - L'évaluation oncogériatrique demandée est-elle lue ?



Une étude belge publiée en 2012 :

Kenis, Ann Oncol 2012

Sur près de 1400 patients dépistés par le G8

- 2/3 adressés au gériatre
- 3/4 des oncologues consultent l'évaluation
- 1/4 mettent en place les propositions

THOMs

- Le cancer du sein : un modèle particulier :
 - Contre-indications chirurgicales exceptionnelles
 - Pathologie chronique à haut risque de déconditionnement gériatrique progressif : une « cascade gériatrique lente »
 - Des risques classiques chez la PA : le sous-traitement et le sur-traitement
- Rôle de l'évaluation oncogériatrique
 - S'adapter au « temps gériatrique »
 - Bonne connaissance du « modèle » tumoral
 - Mettre en place le plus précocement possible des interventions de gériatrie préventive
 - S'intégrer dans le suivi
 - Ne pas retarder la mise en place du protocole de soins
- Un « préalable » ? Pas toujours... MAIS la plus PRECOCE POSSIBLE !

