

CHIRURGIE DES CANCERS DIGESTIFS CHEZ LE PATIENT ÂGÉ

Quels sont vraiment nos résultats ?

université
de **BORDEAUX**



INSTITUT BERGONIÉ

229 cours de l'Argonne
33076 Bordeaux cedex

www.bergonie.org



UNION DE SAUVEGARDE

CENTRE RÉGIONAL DE LUTTE CONTRE LE CANCER DE BORDEAUX ET DU SUD-OUEST



Hôpitaux de Bordeaux

Antoine Thicoïpé
Bordeaux

Patient âgé et cancer

- ⊙ Problématique fréquente et à venir..
- ⊙ Augmentation de l'espérance de vie
 - 85 ans : 6 ans en moyenne
- ⊙ Cancer :
 - 2^e cause de mortalité après 70 ans
 - > 75 ans : 9,3% population ; 32% cancers
 - Projection 50 % en 2050

Patient âgé et cancer

- ⊙ Spécificités du patient âgé :
 - Fragilité, physiologique ou pathologique
 - Vulnérabilité
 - Autres risques : nutritionnel, isolement...

- ⊙ Mesures spécifiques :
 - Dépistage de la fragilité
 - Evaluation adaptée : « Comprehensive Geriatric Assesment »

Patient âgé en chirurgie oncologique

- ⊙ Chirurgie : une des principales modalités de traitement du cancer
- ⊙ Evaluation pré-opératoire
 - Scores prédictifs de morbimortalité (PACE) : CGA, POSSUM...
 - Autres scores : Validation en cours (étude Pre-op)
 - Scores de dépistage ?
- ⊙ Limites :
 - Techniques
 - Applicabilité

Chirurgie du cancer digestif gériatrique

- ◎ Spécificités :
 - Localisations multiples
 - Stades tumoraux divers (chirurgie métastases)
 - Faisabilité démontrée... (chirurgie colorectale) mais applicabilité ?
 - Age : facteur de risque connu

- ◎ Cas particulier : l'urgence... une situation à éviter ?
 - Données bibliographiques rares
 - Jusqu'à 74% de mortalité

Problématiques cliniques

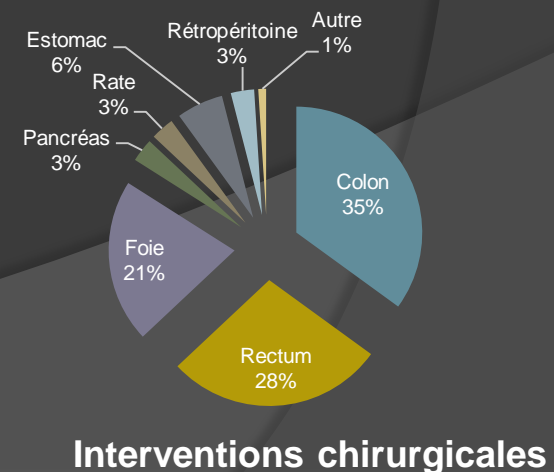
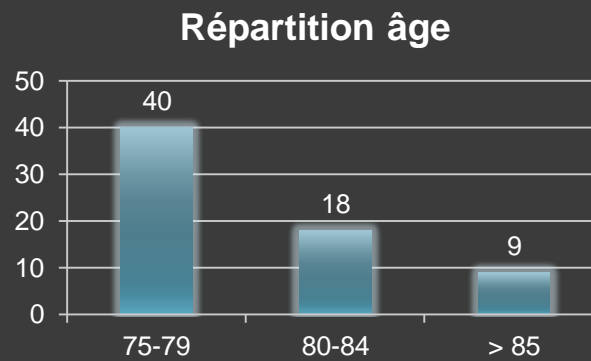
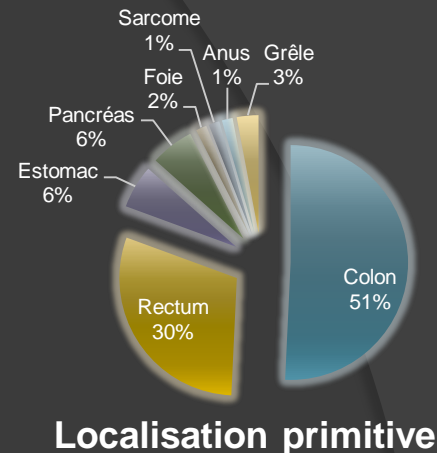
- ⦿ Situation fréquente
- ⦿ Données bibliographiques limitées
- ⦿ Indication chirurgicale incertaine
 - Morbidité/Mortalité des traitements alternatifs : bénéfice global ?
 - Mortalité élevée de la chirurgie en urgence
 - Qualité de vie ?
- ⦿ Quelle est la prise en charge réelle des sujets âgés opérés d'un cancer digestif dans notre centre ?

Méthodologie

- ⊙ Revue rétrospective base de données patients opérés en 2013 et 2014
- ⊙ Patients :
 - Age > 75 ans
 - Cancer digestif
 - Intervention chirurgicale « majeure »
 - Abord Abdominal – exploration cavité abdominale
 - Résection tumorale (primitif et/ou métastases)
 - Centre de référence
- ⊙ Relevé observationnel

Activité chirurgicale

- Patients > 75 ans : 19 %
- Chirurgie digestive majeure
 - 67 patients
 - 71 interventions
- Age moyen 80 ans
- Etat général
 - ASA 2 : 57 %
 - OMS 1 : 61 %
 - Comorbidités : 1-2 : 49 %
- Spécificités
 - Laparoscopie : 12%
 - Stomie digestive : 15 %



Morbi-mortalité

- ⊙ Mortalité
 - Précoce / Hospitalière : 5 %
 - Tardive (3 mois) : 9 %
- ⊙ Morbidité
 - Dindo-Clavien ≥ 3 : 18 %
 - Durée médiane hospitalisation : 10 jours
 - Retour à domicile : 67%
- ⊙ Consultation oncogériatrie : 21%
- ⊙ Facteurs prédictifs de morbi-mortalité ?

Chirurgie primitif colorectal

- ⊙ Patients :
 - 60 % hommes
 - 75-80 ans : 55 %
- ⊙ Tumeur :
 - Colon 57 %
 - Traitement pré-op : 30 %
 - Traitement post-op : 20 %
- ⊙ Morbimortalité post-opératoire :
 - Mortalité hospitalière : 5 %
 - Morbidité grade ≥ 3 : 22 %

Discussion

- ⊙ Limites d'une série exploratoire
- ⊙ Travaux similaires :
 - Mortalité : 1 à 6,7% - Morbidité : 21 à 25%
 - Facteurs prédictifs
 - Morbimortalité : aucun facteur « clé »
 - Nombre de médicaments prédictif de la durée d'hospitalisation
 - Geste modifié : Coelioscopie rare (4,5% à 9%) Stomie fréquente (22%)
 - Survie impactée : 32% à 5 ans
 - Faible recours oncogériatrie : 17% (seulement 8% préopératoire)

Améliorer nos résultats en pratique ?

- ⊙ Indication
 - Multidisciplinarité ?
 - Aide à la décision : scores cliniques ?
- ⊙ Geste opératoire
 - Complexité chirurgicale « allégée » ? Rétablissement ?
 - Individualisation du geste ?
- ⊙ Péri-opératoire
 - Intervenants ?
 - Préhabilitation ?
 - Réhabilitation post-opératoire précoce ?
- ⊙ Modalités de suivi ?

A venir...

- ◎ Pistes d'amélioration ?
 - Période opératoire : geste chirurgical « immuable »
 - Péri-opératoire : multidisciplinaire
 - Evaluation des moyens disponibles
 - Protocoles standardisés
 - Disponibilité de l'oncogériatrie
- ◎ Chirurgie Oncologique et Morbimortalité chez les Personnes Agées
 - Objectif : évaluer l'apport de l'oncogériatrie (dépistage, consultation)
 - Evaluation : morbidité post-opératoire
 - Institut Bergonié – Interrégion Sud-ouest

En conclusion

- ⊙ Problématique clinique croissante
 - Augmentation des situations
 - Exigence médecin/chirurgien-patient-famille

- ⊙ Résultats actuels en demi-teinte :
 - Sélection des patients
 - Risque opératoire élevé
 - Risque à distance mal précisé

- ⊙ Travaux d'amélioration des pratiques... vers chirurgie individualisée ?

