




Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
www.sciencedirect.com

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



La chirurgie des cancers des patients âgés présente-t-elle des particularités ?

Does cancer surgery in elderly patients present special issues?

**N. Mottet*, T. Leuret, J.-J. Patard, C. Pfister,
J. Rigaud, L. Salomon, M. Soulié**

*Département d'Urologie, Clinique Mutualiste, 3, rue Le Verrier,
42013 St Etienne cedex 2, France*

MOTS CLÉS

Chirurgie ;
Sujet âgé ;
Comorbidité ;
Cancer

KEYWORDS

Surgery;
Elderly subject;
Comorbidity;
Cancer

Résumé

La chirurgie est une arme majeure dans la prise en charge des cancers. Cette prise en charge chez un patient âgé se heurte aux co-morbidités plus qu'à l'âge légal. Ces dernières peuvent conduire à contre-indiquer le geste nécessaire. Mais, en dehors de la terminaison d'une cystectomie (dérivation cutanée ou remplacement), elles ont exceptionnellement un impact sur la technique chirurgicale. L'objectif est de faire le point sur les différentes situations possibles en cancérologie urinaire. L'élément le plus important de cette chirurgie étant la prise en charge par une équipe médico-chirurgicale où le gériatre et l'équipe paramédicale sont au moins aussi importants que le chirurgien et l'anesthésiste.

© 2009 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Abstract

Surgery is a major arm in cancer management. Elderly patients have more co-morbidities than younger patients. These coexisting conditions can result in contraindicating the necessary act. However, other than terminating a cystectomy (cutaneous derivation or replacement), in exceptional cases they have an impact on the surgical technique. The objective of this study was to review the different possible situations in urinary oncology, with the most important aspect of this surgery being patient management by a medical and surgical team in which the geriatrician and the paramedical team are at least as important as the surgeon and the anesthesiologist.

© 2009 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : nmottet@mutualite-loire.com

Introduction

L'âge d'un patient doit-il en lui-même conduire à modifier le type de geste chirurgical rendu nécessaire par la situation pathologique ? Les indications thérapeutiques reposent sur le type et la localisation tumorale, le stade pathologique et bien sûr l'état général du patient. La question des relations entre âge et chirurgie carcinologique ne se pose qu'après avoir confirmé que la situation pathologique relève d'une intervention. Cela nécessite de connaître l'histoire naturelle des cancers en fonction de l'âge. Cette question, traitée en détail dans d'autres articles, est rarement celle qui fait débat.

La seconde question est celle de la faisabilité du geste en fonction de l'âge. Elle est en réalité mal posée. Les patients peuvent présenter des comorbidités qui vont augmenter les risques opératoires. Et plus que l'âge, ce sont elles qui pourraient conduire à modifier voire contre-indiquer l'intervention prévue. Cette évaluation pré-opératoire, indépendante de l'âge légal, dépend directement de l'âge physiologique. Son évaluation où interviennent le chirurgien, l'anesthésiste, le réanimateur et où le gériatre devrait être impliqué plus souvent, est décrite dans les autres mises au point. Ce n'est que si cette évaluation pluridisciplinaire contre-indique le geste nécessaire, qu'il faudra discuter des gestes possibles éventuellement moins radicaux, mais plus raisonnables. Mais si l'indication opératoire est confirmée, sa réalisation sera-t-elle modifiée par l'âge et les comorbidités ?

Analyse des différentes tumeurs urologiques chez le patient âgé

Les tumeurs du testicule

En cancérologie urologique, la question ne se pose pas en pratique pour les tumeurs testiculaires, exceptionnelles chez les patients âgés, et volontiers représentées par les spermatocytaires.

Le cancer du pénis

Les tumeurs du pénis surviennent habituellement chez des patients âgés. Si les options thérapeutiques sont assez limitées, la question principale concerne la prise en charge des aires ganglionnaires. Les comorbidités pourront parfois conduire à ne pas réaliser le curage inguinal nécessaire et à le remplacer par une radiothérapie de nécessité. Mais, les gestes chirurgicaux eux-mêmes ne sont pas modifiés par l'âge s'ils sont possibles.

Le cancer du rein

La prise en charge des cancers du rein ne présente que peu de spécificités techniques avec l'âge. Les artères sont souvent plus athéromateuses, donc plus fragiles lors de l'utilisation de clips. En revanche, l'adaptation rénale limitée en cas de néphrectomie élargie et la fonction rénale initiale souvent altérée sont un argument supplémentaire

pour privilégier la chirurgie partielle, tout en restant raisonnables en cas de geste rendu vraisemblablement difficile de par le volume ou la topographie tumorale. En effet, le risque principal de la chirurgie chez le patient âgé est l'impact plus important des complications postopératoires, du fait des comorbidités plus fréquentes. La prise en charge des tumeurs rénales chez le patient âgé doit également être considérée à la lumière des traitements alternatifs [1] : abstention surveillance [2] ou traitements physiques comme la radiofréquence ou la cryothérapie. Si les résultats à très long terme ne sont probablement pas fondamentaux chez un patient âgé présentant des comorbidités, les données disponibles à moyen terme restent mal connues et leur utilisation devra tenir compte des comorbidités plus que de l'âge, ainsi que de l'agressivité tumorale basée sur la taille et le grade de Führman (nécessitant alors la réalisation d'une biopsie).

Le cancer de la prostate

Le cancer de la prostate prête plus à controverse. La question de la prostatectomie totale ne se pose classiquement plus au-delà de 75 ans [3,4]. Cet âge est considéré comme étant associé à une espérance de vie moyenne de 10 ans. Pourtant des données récentes montrent que chez des patients plus âgés en excellente condition générale, la survie attendue sera très supérieure, pouvant atteindre 15 ans pour des hommes de 75 ans sans comorbidité [5]. Si le geste ne présente pas de spécificités techniques, les troubles de la continence postopératoire sont particulièrement marqués, mais les détails de leur nature sont encore discutés : récupération simplement retardée [6], ou risque d'incontinence d'autant plus important que l'âge augmente [7]. Quant à la conservation vasculo-nerveuse, si elle ne présente pas de particularités techniques, son indication et son efficacité sont d'autant plus limitées que les patients sont plus âgés [8], toute chose égale par ailleurs. Chez ces patients âgés de plus de 75 ans, mais en très bon état général, les autres options thérapeutiques d'efficacité comparable (radiothérapie externe ou curiethérapie) devront être particulièrement discutées du fait d'une morbidité initiale plus limitée que la chirurgie. Mais, la question est plus souvent le risque de sous-traitement que celui de surtraitement.

Les tumeurs de la vessie

Le cancer dont la chirurgie prête le plus à controverse est **le cancer infiltrant de vessie (TVIM)**, la cystectomie totale étant considérée comme un geste particulièrement agressif et morbide. En effet, les tumeurs n'infiltrant pas le muscle vésical (TVNIM) ne posent pas de problème spécifique sur le plan chirurgical endoscopique.

Dans la population âgée des TVIM, la chimiothérapie néo-adjuvante n'a aucune place, compte tenu de l'état de la fonction rénale et cardiaque des patients. La cystectomie semble être sous-utilisée chez les patients âgés [9], et l'âge paraît être paradoxalement un facteur plus important que l'existence des comorbidités pour décider de la réalisation d'une cystectomie [10]. L'âge est même considéré par

certain auteurs comme un facteur pronostic indépendant de survie spécifique [9], bien que cette notion soit discutée par d'autres [11]. Pourtant les données actuelles montrent que la mortalité péri-opératoire est très peu liée à l'âge, mais qu'elle dépend essentiellement des comorbidités [12]. Il en va de même pour la morbidité postopératoire [12], dominée par les complications médicales (infectieuses, cardiovasculaire ou pulmonaire) [13]. La comparaison des résultats de la cystectomie et des techniques alternatives (radiothérapie ou radiochimiothérapie) à partir de la base SEER montre clairement une meilleure survie en cas de cystectomie. Mais uniquement si le geste réalisé est techniquement adapté, principalement en ce qui concerne la réalisation et l'étendue du curage pelvien [14].

La vraie question de la cystectomie du sujet âgé concerne les modalités de dérivations urinaires : dérivation type Bricker systématique au-delà de 75 ans ou possibilité de réaliser un remplacement vésical ? Deux éléments sont à prendre en considération : lors d'un remplacement vésical le taux d'incontinence [15], ainsi que le risque d'auto-sondage [16] augmentent avec l'âge. De plus, le remplacement vésical serait associé à un risque plus élevé de morbidité [16] et de complications tardives [17] par rapport à la dérivation type Bricker. En revanche, d'autres auteurs ne retrouvent pas de différence liée à l'âge et ce quel que soit le mode de dérivation [18]. Ici encore, l'intervention ne présente pas de caractéristique particulière si ce n'est la vigilance particulière aux éventuelles anomalies de vascularisation intestinale. Plus encore que chez les patients plus jeunes, la participation du patient aux choix thérapeutiques est majeure, compte tenu de la discussion toujours actuelle du bénéfice réel du remplacement vésical [19,20].

Au final, une fois la décision opératoire prise, le geste lui-même ne présente aucune spécificité technique et doit être réalisé selon les règles habituelles de la chirurgie carcinologique. Chez ces patients âgés, souvent plus fragiles, cette chirurgie lourde ne se conçoit qu'au sein d'une équipe entraînée associant très étroitement le chirurgien, l'anesthésiste, le gériatre, les rééducateurs et l'équipe paramédicale. Seule cette prise en charge multidisciplinaire est capable de permettre à ces patients fragiles de tirer bénéfice des gestes lourds parfois nécessaires.

Conflit d'intérêts : aucun.

Références

- [1] Kunkle DA, Egleston BL, Uzzo RG. Excise, ablate or observe: the small renal mass dilemma-a meta-analysis and review. *J Urol*. 2008;179:1227-34.
- [2] Jewett MA, Zuniga A. Renal tumor natural history: the rationale and role for active surveillance. *Urol Clin North Am*. 2008;35:627-34.
- [3] Soulié M, Beuzeboc P, Cornud F, Eschewege P, Gaschignard N, Grosclaude P, et al. Cancer de la prostate. Recommandations du Comité de Cancérologie de l'Association Française d'Urologie. *Progrès en Urologie* 2007;17:1159-1230.
- [4] Heidenreich A, Bolla M, Joniau S, van der Kwast TH, Matveev V, Mason MD, et al. Guidelines on prostate cancer EAU:2009.
- [5] Walter LC, Covinsky KE. Cancer screening in elderly patients: a framework for individualized decision making. *JAMA* 2001;285:2750-6.
- [6] Majoros A, Bach D, Keszthelyi A, Hamvas A, Mayer P, Riesz P, et al. Romics I. Analysis of risk factors for urinary incontinence after radical prostatectomy. *Urol Int* 2007;78:202-7.
- [7] Sacco E, Prayer-Galetti T, Pinto F, Fracalanza S, Betto G, Pagano F, et al. Urinary incontinence after radical prostatectomy: incidence by definition, risk factors and temporal trend in a large series with a long-term follow-up. *BJU Int*. 2006;97:1234-41.
- [8] Ayyathurai R, Manoharan M, Nieder AM, Kava B, Soloway MS. Factors affecting erectile function after radical retropubic prostatectomy: results from 1620 consecutive patients. *BJU Int*. 2008;101:833-6.
- [9] Nielsen ME, Shariat SF, Karakiewicz PI, Lotan Y, Rogers CG, Amiel GE, et al. Bladder Cancer Research Consortium (BCRC). Advanced age is associated with poorer bladder cancer-specific survival in patients treated with radical cystectomy. *Eur Urol*. 2007;51:699-708.
- [10] Snyder C, Harlan L, Knopf K, Potosky A, Kaplan R. Patterns of care for the treatment of bladder cancer. *J Urol*. 2003;169:1697-701.
- [11] Koppie TM, Serio AM, Vickers AJ, Vora K, Dalbagni G, Donat SM, et al. Age-adjusted Charlson comorbidity score is associated with treatment decisions and clinical outcomes for patients undergoing radical cystectomy for bladder cancer. *Cancer* 2008;112:2384-92.
- [12] Fairey A, Chetner M, Metcalfe J, Moore R, Todd G, Rourke K, et al. Associations among age, comorbidity and clinical outcomes after radical cystectomy: results from the Alberta Urology Institute radical cystectomy database. *J Urol*. 2008;180:128-34.
- [13] Soulié M, Straub M, Gamé X, Seguin P, De Petriconi R, Plante P, et al. A multicenter study of the morbidity of radical cystectomy in select elderly patients with bladder cancer. *J Urol*. 2002;167:1325-8.
- [14] Chamie K, Hu B, Devere White RW, Ellison LM. Cystectomy in the elderly: does the survival benefit in younger patients translate to the octogenarians? *BJU Int*. 2008;102:284-90.
- [15] Madersbacher S, Studer UE. Contemporary cystectomy and urinary diversion. *World J Urol*. 2002;20:151-7.
- [16] Sogni F, Brausi M, Frea B, Martinengo C, Faggiano F, Tizzani A, et al. Morbidity and quality of life in elderly patients receiving ileal conduit or orthotopic neobladder after radical cystectomy for invasive bladder cancer. *Urology* 2008;71:919-23.
- [17] Nieuwenhuijzen JA, de Vries RR, Bex A, van der Poel HG, Meinhardt W, Antonini N, Horenblas S. Urinary diversions after cystectomy: the association of clinical factors, complications and functional results of four different diversions. *Eur Urol*. 2008;53:834-44.
- [18] Clark PE, Stein JP, Groshen SG, Cai J, Miranda G, Lieskovsky G, et al. Radical cystectomy in the elderly: comparison of clinical outcomes between younger and older patients. *Cancer* 2005;104:36-43.
- [19] Gilbert SM, Wood DP, Dunn RL, Weizer AZ, Lee CT, Montie JE, et al. Measuring health-related quality of life outcomes in bladder cancer patients using the Bladder Cancer Index (BCI). *Cancer* 2007;109:1756-62.
- [20] Autorino R, Quarto G, Di Lorenzo G, De Sio M, Perdonà S, Giannarini G, Giugliano F, et al. Health related quality of life assessment after radical cystectomy: Comparison of ileal conduit with continent orthotopic neobladder. *Eur J Surg Oncol* 2009;35:858-64.