



Une nouvelle rubrique

Après avoir posé quelques bases en oncogériatrie (lire le dossier du numéro d'avril 2016), *vie@home* vous propose un continuum d'articles qui détailleront les points clés, la prévention et la prise en charge des cancers les plus fréquemment observés au grand âge.

Ces articles sont présents sur le site www.vie-at-home.be, à la fois dans les archives de la revue et sous l'onglet « Fiches » (barre horizontale supérieure de la page d'accueil). Vous retrouverez également dans cette section les séries précédentes de fiches :

- la nutrition adaptée
- les échelles d'évaluation



Le cancer colorectal chez le senior : de plus en plus curable

Très fréquent dans l'ensemble, rare avant 40 ans et survenant principalement après 70 ans, le cancer colorectal est le deuxième en termes de mortalité, juste après le cancer du poumon. Le vieillissement de la population occidentale et les modifications des modes de vie (excès d'apports caloriques, manque de fibres alimentaires, sédentarité, etc.) ont favorisé l'augmentation de sa fréquence depuis les années 80. Ce n'est pas pour rien que son dépistage est mis en avant, surtout depuis que la procédure a été simplifiée par un test réalisable en une fois (*). Quant au traitement envisageable chez la personne âgée, son choix s'élargit au fil des ans.

@ Dr Claude Leroy

Qu'elle soit de type laparoscopique ou classique, **la chirurgie représente la base classique du traitement du cancer colorectal**. Sur un plan purement technique, il n'y a pas de différence notable entre la chirurgie de ce cancer chez l'adulte jeune ou chez le senior. C'est surtout au niveau de la décision d'opérer ou non que l'oncogériatre trouve sa place, en fonction de l'état général du patient et de son âge : **toute décision d'intervention majeure doit être soumise au regard de l'espérance de vie estimée, des comorbidités et du risque de complications postopératoires**. Ainsi que des souhaits du patient et de sa famille, bien entendu.

Des stratégies bien adaptées

Il existe une **approche préventive des complications chirurgicales** appelée **Fast-Track**. Elle commence par une optimisation préopératoire du statut physique et psychologique du patient. Le stress chirurgical est diminué par différentes mesures, dont l'abstention d'une préparation intestinale et de prémédication, par exemple. Le **traitement de la douleur en phase post-op** sera de type **dynamique**, à la fois préventif et rapidement réactif. La **mobilisation** passive et active est **renforcée**, une **nutrition entérale** est mise en route précocement, et on évite autant que possible de poser des sondes et des drains. Cette approche multidisciplinaire, impliquant tant le chirurgien et l'anesthésiste que l'équipe infirmière, est actuellement bien codifiée. Elle est réservée aux cancers non métastatiques.

Une particularité du traitement chirurgical du cancer du rectum : on y associe une radiothérapie lorsque la tumeur a atteint ou franchi la paroi rectale, si on observe des ganglions lymphatiques envahis, ou lorsqu'il s'agit d'une tumeur du bas rectum. Le risque de rechute est en effet considéré comme trop élevé en se contentant de la chirurgie, qu'elle soit accompagnée ou non d'une chimiothérapie. Une bonne nouvelle enfin : la nécessité d'une colostomie (« poche ») se fait de plus en plus rare.



Curatif, adjuvant ou palliatif

D'autres modes d'action locale contre les métastases sont encore possibles lorsque la chirurgie n'est pas indiquée. Ainsi, la **radiofréquence**, qui consiste à implanter une électrode dans la tumeur à détruire et à y faire passer un courant électrique. Cette technique permet notamment de se passer d'une anesthésie générale. Quant aux occlusions intestinales inopérables, elles peuvent être parfois améliorées par la pose d'un stent, sur le même principe que ce qui existe en chirurgie vasculaire.

Dans le cancer colorectal, la **chimiothérapie** n'est **généralement proposée qu'en traitement palliatif** ou en traitement **adjuvant à la chirurgie**. Son efficacité est comparable quel que soit l'âge du patient, mais la fréquence des leucopénies (les manques de globules blancs) qu'elle peut induire augmente cependant fortement après 70 ans.

LE SOCLE CLASSIQUE DU TRAITEMENT DU CANCER COLORECTAL EST LA CHIRURGIE. L'ONCOGÉRIATRE APPRÉCIERA LA PERTINENCE D'UNE INTERVENTION MAJEURE À L'AUNE DE L'ESPÉRANCE DE VIE ESTIMÉE, DES COMORBIDITÉS ET DU RISQUE DE COMPLICATIONS POSTOPÉRATOIRES.

Puisqu'on vit plus longtemps...

Le problème des produits utilisés en chimiothérapie du cancer colorectal chez le senior recouvre celui de la pharmacologie en général : trop peu d'études ont été réalisées chez la personne âgée, et on ignore donc encore souvent si tel ou tel produit est bien indiqué et, si oui, à quelles doses. Ces dernières dépendent d'ailleurs fortement de l'état nutritionnel du patient, ainsi que de ses fonctions rénale et hépatique.

La recherche évolue cependant dans le bon sens, et c'est d'autant plus nécessaire - et logique - que l'espérance de vie globale continue à grimper. Et le plus intéressant est sans doute le fait que **les thérapies dites ciblées** (voir encadré), **avec des médicaments plus récents, semblent efficaces chez les plus de 70 ans**. C'est le cas des anti-VEGF comme le bévacizumab, le premier anticorps monoclonal connu pour inhiber l'angiogenèse (la croissance de nouveaux vaisseaux sanguins) : une étude appelée AVEX a ainsi montré son efficacité en combinaison avec un agent chimiothérapique chez des patients âgés de plus de 70 ans et atteints d'un cancer colorectal. @



C'est quoi, une thérapie ciblée ?

Ces médicaments sont appelés ainsi parce qu'ils bloquent la croissance ou la propagation d'une tumeur donnée, tout en préservant au maximum les cellules normales environnantes.

Les thérapies ciblées agissent soit sur la formation des nouveaux vaisseaux sanguins nécessaires aux tumeurs pour qu'elles se nourrissent (leur métabolisme est élevé) et qu'elles se développent (à la conquête de nouveaux territoires, prenant la place de cellules saines), soit sur une anomalie génétique repérée dans certains types précis de tumeur, anomalie qui stimule la division cellulaire et donc le développement tumoral.

Il est certain que les thérapies ciblées sont appelées à évoluer, surtout lorsque la recherche aura bien établi le profil génétique de chaque type de cancer. On s'en rapproche à grands pas.

En savoir plus ?

Une [vidéo](#) de l'INCA, l'Institut national français du cancer, retrace en cinq minutes le développement des thérapies ciblées.

(*) La partie francophone du pays avait pris du retard par rapport à la Flandre, mais cela appartient depuis quelques mois au passé : exit le fastidieux test fécal (Hemoccult) à réaliser à trois reprises, bonjour le test iFOBT, autrement plus simple (un seul prélèvement), plus performant et plus fiable. Comme auparavant, une invitation à se présenter chez son généraliste est adressée tous les deux ans aux personnes âgées de 50 à 74 ans, même si elles ne présentent aucun risque particulier. Le test est gratuit - hormis la première consultation du généraliste qui en profitera pour évaluer le risque personnel.