

Comment amener le sujet âgé à la chirurgie hépatique ?

Dr Louis Marie DOURTHE

Clinique St Anne

Pôle de Cancérologie privé Strasbourgeois

MAO 19 MARS 2015

Un peu d'épidémiologie.....

1. Vieillesse de la population
2. Augmentation de l'espérance de vie
3. Maintien de l'espérance de vie
4. Doublement de la population âgée en 2050
5. Doublement du nombre des cancers colorectaux

Des Guetz (2009)

Un peu d'épidémiologie (suite)

1. 38 923 nouveaux cas en 2008
2. 25 % : 65 à 74 ans
3. 46 % : 75 ans et plus
4. Proportion de sujets de 75 ans et plus : de 38 % à 45 %

Réseau FRANCIM 2008

Exemple de Strasbourg

1. Environ 500 nouveaux cas de Cancers colorectaux traités par chimiothérapie IV
2. Période de 01 / 2010 à 01 / 2015
3. 56 patients de 80 ans et plus
4. 78 patients de 75 à 79 ans
5. 76 patients de 70 ans à 74 ans
6. 30 % des patients ont plus de 75 ans au diagnostic

Prise en charge du sujet âgé

1. Souvent plus tardive
2. Plus souvent dans l'urgence
3. Stade plus avancé
4. Co morbidités +++
5. Traitement non optimal

Apport de la chirurgie hépatique

1. Chirurgie bien codifiée et réglée
2. Mortalité et morbidité faibles
3. Place incontournable dans la prise en charge
4. Stratégie multi disciplinaire (RCP +++) : Chimio néo adjuvante
5. Apport de la radiologie interventionnelle
6. 25 % des patients sans récidence à 5 %
7. Seconde chirurgie

Bénéfice chez le sujet âgé?

1. Bénéfice de la chirurgie hépatique maintenu après 70 ans (*Mazzoni 2007*)
2. Bénéfice après 75 et 80 ans (*Adam 2010*)
3. Survie à 5 ans : 31 % (*Kulik 2011*)
4. Survie sans maladie de 21,8 mois vs 28,9 mois
P= 0,157 (*Cannon 2011*)

Mortalité / Morbidité ?

1. Le vieillissement est un processus hétérogène et multifactoriel
2. Variable d'un individu à un autre
3. Touche tous les organes avec des conséquences potentiellement graves : décompensation cardiaque, déshydratation, fracture, syndrome confusionnel
4. Vieillissement hépatique physiologique entraîne une diminution de la réserve hépatique en condition de stress

Mortalité / Morbidité ?

1. Mortalité : de 0 % (*Nojiri 2009*) à 7% (*Cook 2012*)
2. Morbidité : de 16% (*Mazzoni 2007*) à 38% (*De Liguori 2008*)
3. Complications : cardio vasculaire, infectieuse, hémorragique
4. Durée d'hospitalisation : 9 j (*Cook 2012*) à 19 j (*Bockhorn 2009*)
5. Patients sélectionnés +++

Facteurs prédictifs

1. Marges de résection (*Bockhorn 2009*) (*Mazzoni 2007*)
2. Transfusion (*Kulik 2011*)
3. pT3 initial, plus de 3 lésions hépatiques, hépatectomie majeure, complications post opératoire (*De Liguori 2008*)
4. Métastases bilatérales, maladie extra hépatique, plus de trois lésions hépatiques, absence de chimiothérapie adjuvante (*Adam 2010*)

Résultats

1. Survie globale à 5 ans : de 30 % à 37 % selon les séries (6)
2. DFS : de 21,8 mois (*Cannon 2011*) à 23 mois (*Mazzoni 2007*)
3. Taux de survie sans récurrence à 5 ans : de 16 % (*De Liguori 2008*) à 32% (*Bockhorn 2009*)
4. Population de 80 ans et plus : survie globale à 3 ans : 54 % (*Adam 2010*)
5. Séries rétrospectives..

Apport de la Chimiothérapie

1. Rarement utilisée après 70 ans dans ces séries anciennes
2. FOL FOX ou XELOX (*Tamandl 2009*) ou FOLFIRI
3. Aucune donnée sur l'utilisation de thérapeutiques ciblées
4. Utilisée en situation néo adjuvante ou adjuvante
5. Facteur prédictif de mauvais pronostic en analyse multivariée (*Adam 2010*) : absence de chimiothérapie adjuvante

Seconde Hépatectomie ?

1. Semble réalisable
2. Une seule étude (*Zacharias 2004*)
3. Effectif faible
4. Survie médiane : 17 mois
5. Survie à 3 ans : 25 %

Préparation

1. Prise en charge nutritionnelle +++
2. Compléments enrichis en nutriments immunomodulateurs
3. 30 à 35 kcal/kg par jour
4. Correction de l'anémie (*Aparicio 2010*)

Recommandations

SIOG

Elderly patients should not be excluded from potentially curative resection of their hepatic metastases provided they undergo careful preoperative assessment and receive good post operative care (Papamichael 2009)

GEPO – g

Un traitement local des métastases sera évalué, en cas de métastases résécables de classe 1, l'option chirurgicale sera privilégiée, encadrée d'une chimiothérapie péri opératoire (Aparicio 2010)

Take Home message

1. La chirurgie des métastases hépatiques est réalisable chez le sujet âgé
2. La mortalité et la morbidité se comparent à celle des patients plus jeunes
3. Les patients doivent cependant être sélectionnés (Evaluation onco gériatrique)
4. Une chimiothérapie est recommandée

L' Avenir ??

1. Apport des thérapeutiques ciblées ??
2. Apport de la radiologie interventionnelle ??
3. Seconde hépatectomie ??
4. Radiothérapie ??
5. Attitude en cas de métastases extra hépatiques ??

Cas Clinique

- Mr WI A
- Né en 1928
- Cardiopathie rythmique et hypertensive
- Exogénose ancienne probable
- Cancer colique pT4, p N2, M 1, KRAS muté
- FOLFIRI Avastin à doses adaptées
- Bonne réponse hépatique

Cas Clinique (2)

- Chirurgie hépatique + radio fréquence
- FOL FIRI Avastin adjuvant 3 mois
- Surveillance
- Intervalle libre d' un an avant récurrence hépatique détectée sur l' augmentation de l'ACE
- Reprise FOLFIRI Avastin 6 mois, normalisation de l' ACE et du scanner
- Nouvelle pause de 9 mois
- Nouvelle récurrence, traitement en cours, ACE en décroissance
- 4 ans de recul...

MERCI !!!