

Prise en charge de cancers urologiques chez la population âgée: quels enjeux?

Drs SANDY SCHAER^a, MASSIMO VALERIO^a, Pr PATRICE JICHLINSKI^a et Dr ILARIA LUCCA^a

Rev Med Suisse 2019; 15: 2195-7

Les personnes âgées avec un cancer urologique sont souvent traitées de façon sous-optimale en se basant uniquement sur leur âge avancé. Récemment, plusieurs chercheurs se sont intéressés à cette classe de la population et ont montré que l'âge avancé n'est pas forcément une contre-indication à réaliser une chirurgie majeure. Cependant, l'évaluation des bénéfices et des risques est déterminante car la grande majorité des néoplasies du rein et de la prostate ont une lente évolution et un faible risque de progression, raison pour laquelle, une surveillance active avec des examens réguliers peut donc être la meilleure alternative. La sélection du patient reste une étape cruciale afin de proposer la meilleure option thérapeutique. Cet article résume les nouvelles tendances de prise de charge des 3 pathologies onco-urologiques les plus fréquentes.

Management of urologic cancers in elderly people: which implications?

Elderly patients with urologic cancer are often undertreated because of their age. Recently, many studies showed that advanced age is not an absolute contraindication to radical surgery for bladder and prostate cancer patients. For small renal cancers, instead, active surveillance with a close follow-up may be a valid alternative to surgery because of a low risk of progression. Patients' selection remains a crucial step to define the best treatment. This article summarizes the new tendencies of urologic cancer management in elderly patients.

INTRODUCTION

Qu'est-ce qu'une personne âgée? Si l'on se réfère à l'OMS, un individu est désigné comme âgé à partir de 60 ans mais, comme on peut régulièrement le constater en médecine, l'âge chronologique ne correspond pas toujours à l'âge biologique. Selon une récente analyse, entre 1982 et 2003, la population âgée de plus de 65 ans a doublé et les individus de plus de 85 ans ont quadruplé.¹ Dans la même période, l'espérance de vie s'est rallongée, remettant en question les anciens seuils qui définissaient une personne âgée.

Souvent, les personnes âgées sont traitées de manière sous-optimale notamment sur le plan oncologique sur le seul critère de leur âge. En urologie, malheureusement, peu de recommandations existent sur la prise en charge de cette catégorie de la population. Les risques opératoires, les possibles complications après une intervention et les comorbidités souvent nombreuses sont les principaux freins à une prise en charge adéquate chez un patient âgé.

Cet article vise à faire le point sur la prise en charge des patients âgés atteints des 3 pathologies onco-urologiques les plus fréquentes: le cancer de la vessie, de la prostate et du rein.

CYSTECTOMIE RADICALE: RÉALISABLE CHEZ LES PATIENTS DE PLUS DE 75 ANS?

Le cancer de la vessie est le 2^e cancer génito-urinaire le plus fréquent après le cancer de la prostate, avec environ 500 000 nouveaux cas détectés chaque année en Europe. Il est souvent plus diagnostiqué chez les hommes mais le sexe féminin est un facteur de risque négatif pour la progression et la survie liées au cancer. Hormis d'autres facteurs de risque connus comme le tabac et l'exposition à des produits chimiques, l'âge a aussi un impact négatif.

Si la majorité des cancers de vessie sont diagnostiqués à un stade non musculo-invasif, 10-20% infiltrent d'emblée le muscle détrusor. La cystectomie radicale avec curage ganglionnaire est le traitement de choix pour les stades musculo-invasifs.² Il s'agit d'une intervention chirurgicale avec une haute morbidité opératoire et un risque non négligeable de complications post-opératoires à court et moyen terme, même chez les patients jeunes et en bon état général.³ Toutefois, au vu de l'augmentation de l'espérance de vie, nous sommes quotidiennement face à un nombre croissant de personnes âgées atteintes d'une pathologie agressive et demandeuses d'une thérapie définitive.^{4,5}

De multiples groupes de recherche se sont intéressés à cette problématique et les résultats sont encore controversés. La majorité des études a toutefois montré qu'en sélectionnant attentivement les patients, l'âge avancé n'augmente pas les complications post-opératoires ni la mortalité après cystectomie.⁴ En effet, durant les 30 dernières années, l'âge moyen des patients opérés d'une cystectomie radicale a constamment augmenté, passant de 62 ans en 1990 à 70 ans en 2012.⁶ Rink et coll. ont récemment montré un taux de complications post-opératoires sévères similaire entre patients de < 70 ans (14%) et ≥ 70 ans (16%).² Dans une récente série de plus de 1200 patients traités avec une cystectomie radicale pour un carcinome urothélial de vessie musculo-invasif, la mortalité liée au cancer à 5 ans était respectivement de 34, 45, 35, et 56% chez des patients âgés de ≤ 59, 60 à 69, 70 à 79, et ≥ 80 ans, confirmant les datas d'autres études précédentes.⁶

Pour faciliter la sélection des patients pour une chirurgie radicale, plusieurs outils sont à disposition du chirurgien. Le Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) Performance

^aService d'urologie, CHUV, 1011 Lausanne
sandy.schaer@chuv.ch

Score, l'échelle de Karnofsky et le Charlson Score sont les plus utilisés pour estimer l'état général du patient et le taux de survie sur la base des comorbidités.

Toutefois, chez les patients âgés trop fragiles pour une chirurgie radicale mais demandeurs d'un traitement, une possible alternative thérapeutique est le traitement trimodal incluant une résection intravésicale radicale, un traitement par radiothérapie et une thérapie systémique.

CANCER DE LA PROSTATE: QUELLE PLACE POUR LA PROSTATECTOMIE RADICALE ?

Le cancer de la prostate est le cancer le plus fréquent chez l'homme dans les pays développés avec un âge médian au moment du diagnostic de 66 ans. Son incidence varie grandement à travers le monde et cela est dû à l'utilisation du dépistage et à l'espérance de vie de la population.

De nos jours, le dépistage du cancer de la prostate reste un sujet controversé mais la plupart des recommandations proposent de réaliser une mesure du PSA et un toucher rectal chez les hommes à partir de 50 ans et à partir de 45 ans chez ceux avec une histoire familiale positive. Il n'y a pas d'âge limite pour arrêter le dépistage même si son utilité diminue chez les hommes avec une espérance de vie inférieure à 10-15 ans.

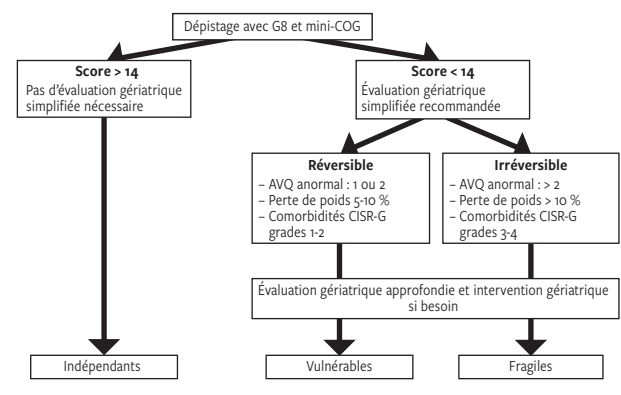
Comme pour le cancer de la vessie, après un diagnostic de cancer de la prostate localisé, la prise en charge ne devrait pas se baser exclusivement sur l'âge chronologique du patient mais aussi sur l'état de santé, l'espérance de vie, les effets secondaires d'un traitement et les préférences de l'individu qui peuvent grandement varier d'une personne à l'autre. De plus, la tendance ces dernières années est de privilégier un traitement plutôt conservateur pour les formes de cancer à bas risque et de proposer un traitement radical seulement pour les cancers à risque intermédiaire ou élevé.

Chez un patient âgé biologiquement «jeune» pour lequel un traitement radical est indiqué, la prostatectomie radicale peut donc être considérée comme une option thérapeutique tout à fait valable. Des scores d'évaluation gériatrique comme le «G8» ou le «mini-COG» (**figure 1**) sont des outils très simples à disposition du médecin pour mieux définir l'état de santé du patient, en prenant en compte des aspects tels que l'état nutritionnel, les problèmes neuropsychologiques, la mobilité, la polypharmacie, l'âge et la perception de l'état de santé du patient par rapport à ses contemporains et ses comorbidités.^{7,8}

Les patients devraient aussi être bien informés d'un risque augmenté d'incontinence urinaire et de dysfonction érectile après une prostatectomie radicale en relation avec le vieillissement.^{9,10} Cependant, l'incontinence urinaire, en particulier, peut être traitée avec des simples mesures thérapeutiques telles que des interventions sur la vie quotidienne et la physiothérapie du plancher pelvien. En cas d'échec, un traitement chirurgical comme la mise en place de bandelettes péri-urétrales ou l'implantation d'un sphincter artificiel peuvent être proposées. Peu d'études ont été réalisées sur les patients âgés avec un sphincter artificiel mais celles-ci n'auraient pas tendance à montrer un nombre de complications post-

FIG 1 Détermination de l'état de santé des patients de > 75 ans avec un cancer de la prostate

AVQ : activités de la vie quotidienne; CISR-G: Cumulative Illness Rating score-Geriatrics.



opératoires plus important parmi les seniors par rapport à une population plus jeune.^{11,12}

PETITES TUMEURS RÉNALES BIEN LOCALISÉES: CHIRURGIE OU SURVEILLANCE ?

Approximativement 80% des tumeurs rénales sont de nature maligne et elles représentent 2 à 3% de tous les cancers diagnostiqués chaque année, avec une prépondérance chez l'homme. Le pic d'incidence est entre 60 et 70 ans et les facteurs de risque les plus connus sont le tabac, l'obésité et l'hypertension artérielle.¹³

Ces dernières années, avec l'augmentation des examens radiologiques réalisés, de plus en plus de tumeurs rénales sont découvertes de manière fortuite. Généralement, le traitement de choix consiste en une chirurgie rénale radicale (néphrectomie totale) ou partielle (néphrectomie partielle, radiofréquence et cryothérapie) selon la position et la taille du cancer. L'épargne rénale est le premier objectif de l'urologue afin de préserver une meilleure fonction rénale et réduire les risques cardiovasculaires post-opératoires. L'ablation chirurgicale des petites lésions rénales de taille inférieure à 4 cm offre une excellente survie liée au cancer après 5 ans.¹⁴

Toutefois, la surveillance active via un suivi radiologique rapproché est une option valide de plus en plus proposée chez les patients âgés polymorbides et inaptes à une intervention chirurgicale. Selon une récente méta-analyse incluant plus de 35 000 patients âgés diagnostiqués avec un cancer rénal de taille inférieure à 4 cm, le taux de conversion vers un traitement actif était faible (4-26%) après un follow-up d'environ 7 ans.¹⁵ De plus, le risque de métastases d'une tumeur rénale de petite taille sous surveillance active est aussi très faible, de l'ordre de 1 à 2%.¹⁶

CONCLUSION

Quand un cancer urologique est diagnostiqué chez un patient âgé, il est important d'évaluer l'individu dans sa globalité, de

prendre en compte son espérance de vie et bien évidemment ses préférences afin de convenir de la meilleure prise en charge. Des interventions chirurgicales à haut risque de morbidités et complications, telles que la prostatectomie et la cystectomie radicale, sont réalisables chez des patients de > 75 ans bien sélectionnés. Les petits cancers rénaux ont cependant, dans la grande majorité, une lente évolution et une surveillance active avec des examens radiologiques réguliers peut donc être une alternative valide à la chirurgie.

Conflit d'intérêts: Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

IMPLICATIONS PRATIQUES

- Face à un diagnostic de cancer urologique, les patients âgés doivent être évalués dans leur globalité afin de proposer la meilleure prise en charge
- La cystectomie et la prostatectomie radicale ne doivent pas être exclues comme options thérapeutiques sur le seul critère d'un âge avancé
- Les tumeurs rénales de petites tailles peuvent être surveillées de façon active chez les patients âgés au vu de leur faible taux de progression et de mortalité

1 Korc-Grodzicki B, Downey RJ, Shahrokni A, et al. Surgical considerations in older adults with cancer. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol* 2014;32:2647-53.
 2 *Horovitz D, Turker P, Bostrom PJ, et al. Does patient age affect survival after radical cystectomy? *BJU Int* 2012;110(11 Pt B):E486-493.
 3 Froehner M, Brausi MA, Herr HW, et al. Complications following radical cystectomy for bladder cancer in the elderly. *Eur Urol* 2009;56:443-54.
 4 **Rink M, Dahlem R, Kluth L, et al. Older patients suffer from adverse histopathological features after radical cystectomy. *Int J Urol Off J Jpn Urol Assoc* 2011;18:576-84.
 5 Novotny V, Hakenberg OW, Froehner M, et al. Systematic assessment of complications and outcome of radical

cystectomy undertaken with curative intent in patients with comorbidity and over 75 years of age. *Urol Int* 2013;90:195-201.
 6 *Moschini M, Martini A, Zamboni S, et al. Evaluation of cause of death after radical cystectomy for patients with bladder cancer: the impact of age at the time of surgery. *Clin Genitourin Cancer* 2019; epub ahead of print.
 7 *Droz J-P, Albrand G, Gillessen S, et al. Management of prostate cancer in elderly patients: recommendations of a task force of the international society of geriatric oncology. *Eur Urol* 2017;72:521-31.
 8 **Boyle HJ, Alibhai S, Decoster L, et al. Updated recommendations of the International Society of Geriatric Oncology on prostate cancer management in older patients. *Eur J Cancer Oxf*

Engl 1990 2019;116:116-36.
 9 Everaerts W, Van Rij S, Reeves F, Costello A. Radical treatment of localised prostate cancer in the elderly. *BJU Int* 2015;116:847-52.
 10 *Zattoni F, Montebelli F, Rossanese M, et al. Should radical prostatectomy be encouraged at any age? A critical non-systematic review. *Minerva Urol Nefrol Ital J Urol Nephrol* 2018;70:42-52.
 11 Raup VT, Eswara JR, Marshall SD, et al. Artificial urinary sphincters for treatment of urinary incontinence in elderly males. *Urol Int* 2016;97:200-4.
 12 Ziegelmann MJ, Linder BJ, Rivera ME, et al. Outcomes of artificial urinary sphincter placement in octogenarians. *Int J Urol Off J Jpn Urol Assoc* 2016;23:419-23.
 13 Professionals S-O. EAU Guidelines: Renal Cell Carcinoma [Internet]. Uroweb.

[cited 2019 Aug 19]; Disponible sur : <https://uroweb.org/guideline/renal-cell-carcinoma/#3>
 14 Campbell SC, Novick AC, Belldgrun A, et al. Guideline for management of the clinical T1 renal mass. *J Urol* 2009;182:1271-9.
 15 **Cheung DC, Finelli A. Active surveillance in small renal masses in the elderly: a literature review. *Eur Urol Focus* 2017;3:340-51.
 16 *Patel N, Cranston D, Akhtar MZ, et al. Active surveillance of small renal masses offers short-term oncological efficacy equivalent to radical and partial nephrectomy. *BJU Int* 2012;110:1270-5.

* à lire
 ** à lire absolument