



Cancer colorectal chez la personne âgée. Place de la chimiothérapie.

Contrairement à beaucoup de craintes, la chirurgie du cancer colorectal (KCR) est parfaitement licite chez les personnes âgées (PA)¹. Qu'en est-il de la chimiothérapie ? Indépendamment de l'âge, chez les patients avec une tumeur réséquée de stade III (avec envahissement ganglionnaire), la chimiothérapie adjuvante post-opératoire avec du fluoro-uracile réduit d'un tiers la mortalité à 5 ans par rapport à la chirurgie seule². Le bénéfice relatif est similaire pour les KCR de stade II (sans envahissement ganglionnaire), mais en raison du faible taux de mortalité à 5 ans, le bénéfice absolu est moindre et l'indication discutée². Qu'en est-il chez les personnes âgées, et les effets secondaires du traitement ne l'emportent-ils pas sur les bénéfices ?

Pour les cancers avancés, où un geste curatif n'a pu être effectué, la chimiothérapie palliative est-elle licite à cet âge, et les inconvénients sur la qualité de vie ne l'emportent-ils pas sur les bénéfices potentiels ?

Deux méta-analyse nous apportent des données^{3,4}.

Chimiothérapie adjuvante³. Une métaanalyse a réuni 7 essais randomisés incluant 3351 patients opérés de KCR au stade II (43%) ou III (57%). Les essais comparaient des protocoles de chimiothérapie (fluorouracile + acide folinique ou lévamisole) à la chirurgie seule. L'analyse sur données individuelles a défini cinq groupes d'âge :

50 ans (564 p), 51-60 ans (1012 p), 61-70 ans (1269 p), >70 ans (506 p). Sur 8 ans, la mortalité sans récurrence était de 2% avant 50 ans et de 13% après 70 ans; mais la mortalité avec récurrence du cancer était similaire pour tous les groupes d'âge, autour de 30%.

La chimiothérapie apportait un bénéfice significatif sur la survie globale à 5 ans (71% vs 64% pour la chirurgie seule, $p < 0,001$). De même à 5 ans, 69% des patients avec chimiothérapie et 58% avec chirurgie seule étaient indemnes de récurrence. Le bénéfice de la chimiothérapie était sensiblement identique dans les 5 groupes d'âge. La mortalité plus forte après 70 ans peut être attribuée à la comorbidité.

Les effets secondaires cliniques (effets digestifs ou dermatologiques) ne sont pas différents avant ou après 70 ans. La leucopénie a été plus importante après 70 ans.

Chimiothérapie palliative⁴. Une métaanalyse a réuni 13 essais randomisés incluant 1365 patients avec KCR à un stade localement avancé non résecable, ou métastatique. Les essais comparaient divers protocoles de chimiothérapie avec les seuls soins palliatifs. Un essai était limité aux sujets de moins de 70 ans, 7 aux sujets de moins de 75 ans, et un aux sujets de plus de 70 ans.

La chimiothérapie améliore la survie globale de 16% à 6 mois (79% vs 63%) et à 12 mois (50% vs 34%). La médiane de survie est augmentée de 3,7 mois (11,7 mois vs 8 mois). En valeur absolue, le nombre de décès était réduit de 12,5% à 6 mois, 12,9% à 12 mois, 6,4% à 24 mois. Le nombre de patients à traiter pour éviter un décès à 6 mois et à 12 mois était de 8. Dans un essai, le temps moyen sans progression du KCR passait de 4 mois dans le groupe contrôle à 10 mois dans le groupe chimiothérapie.

Il n'existait pas de différences de résultats selon l'âge, mais il n'y avait que 2,5% de patients de plus de 75 ans.

Les données sur les effets secondaires étaient inexploitable. Six essais analysaient la qualité de vie. Un seul montrait une aggravation par le traitement. Dans l'ensemble les données étaient peu exploitables.

Ces études ont d'importantes limites. Les PA y sont sous représentées: 15% de plus de 70 ans et 0,7% de plus de 80 ans dans la première, 2,5% de plus de 75 ans dans la seconde. Surtout, toutes les études font état de critères de sélection très stricts qui écartent les PA fragiles. Les auteurs et les éditoriaux qui accompagnent ces études pensent que les résultats sont difficilement extrapolables aux octogénaires et aux personnes avec comorbidité. Des études spécifiques sont nécessaires, portant notamment sur la qualité de vie. Retenons des données différentes pour le traitement adjuvant et le traitement palliatif:

Le bénéfice de la chimiothérapie adjuvante est net en terme de survie, qui se compte en années. L'âge lui seul ne semble pas un critère suffisant pour écarter les PA de ce bénéfice potentiel. Pour les PA plus fragiles, la décision doit impliquer le médecin traitant, le patient et sa famille³.

Le bénéfice de la chimiothérapie palliative se compte en mois. Il doit être comparé avec les effets secondaires et la qualité de vie. Ces études nous apportent peu de données pour les PA. C'est ici que la prise en compte des attentes des patients semble devoir être l'élément déterminant.

1- Collectif. Cancer colorectal chez les personnes âgées: résultat de la chirurgie. *Bibliomed* 2002; N°251

2- Midgley R. Kerr DJ. ABC of colorectal cancer. Adjuvant therapy. *BMJ* 2000;321:1208-11

3- Daniel J. et al. A pooled analysis of adjuvant chemotherapy for resected colon cancer in elderly patients. *N Engl J Med.* 2001;345:1091-97

4- Colorectal Cancer Collaborative Group. Palliative chemotherapy for advanced colorectal cancer: systematic review and metaanalysis. *BMJ* 2000;321:531-35

Mots-clé: colon, cancer, personne âgée, chimiothérapie, traitement adjuvant, traitement palliatif

Numéro 252 du 7 février 2002

Les articles cités peuvent être fournis (contre paiement des frais de reproduction et d'envoi)
Rendez-Vous aussi sur notre site: <http://www.unaformec.org>