

Patient âgé atteint d'un cancer colo-rectal

Quelle prise en charge ?

- Chirurgicale
- Chimiothérapie adjuvante
- Chimiothérapie et biothérapie palliative

Pr O Bouché



CHU Reims

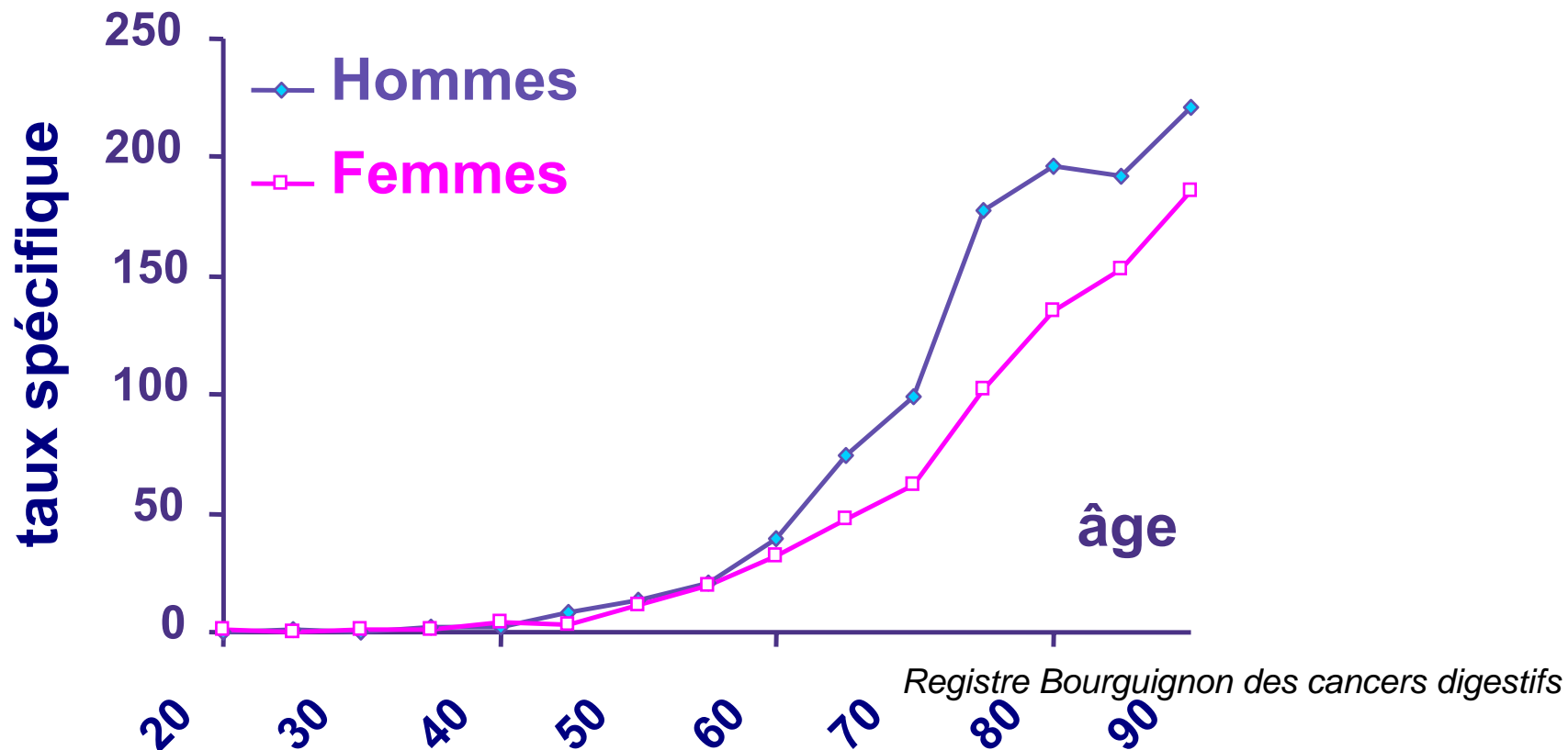
Vendredi 11 février
Colombey les 2 églises

Incidence du cancer colorectal selon l'âge

En 2008, 38 923 nouveaux cancers recto-coliques

- **9 822 (25%) de 65 à 74 ans**
- **17 920 (46%) de plus de 75 ans**

Champagne Ardenne 239/388 décès CCR > 75 ans 61%



Patients âgés et cancer colo-rectal

Quelles spécificités ?

1. La CT est-elle plus toxique chez les patients âgés ?
 2. La CT est-elle efficace chez les patients âgés ?
-

Peu de données disponibles

- **Exclusion des sujets > 75 ans** dans essais ayant établi standards
- **Analyses souvent rétrospectives** ou comparaison **sous-groupes**
- **Patients sélectionnés** ne reflétant pas la réalité des patients âgés
- **Peu d'inclusion** dans les essais cliniques

Hutchins et al. NEJM 1999; Yee et al. ASCO 2001

- **Mais... de plus en plus de données prospectives**

Patient âgé et cancer colo-rectal

Spécificités chirurgicales ?

- **Eviter le plus possible la chirurgie en urgence**
- **En situation d urgence = favoriser mise en place de **prothèse****
 - pour permettre une reprise du transit
 - pour permettre une meilleure nutrition
 - pour permettre une chirurgie réglée
- Favoriser **chir. réglée en 1 temps** peu traumatique (**coelioscopie**)
- Ne pas exclure si bon état général **la chirurgie des métastases**
- **En post-op** restaurer au plus vite l'autonomie

Patient âgé et cancer colo-rectal métastatique

Quelles spécificités chirurgicales ?

- **Chirurgie R0 des métastases = seul traitement à visée curative**
- **Jamais dans contexte d'urgence => permet bilan complet**

- **Bénéfice d'une chirurgie d'exérèse idem si sélection**

Fong et al. Br J Surg 1997

Mann et al. Eur J Surg Oncol 2008

Mazzoni et al. Int J Colorectal Dis 2007

Menon et al. J Am Coll Surg 2006

de Liguori et al. Crit Rev Oncol Hematol 2008

- **Résection majeure risque de défaillance hépatique si > 80 ans**

Koperna et al. W J Surg 1998

Amamoto et al. Hepatogastroenterology 1997

- **Recommandations (SIOG) si bon état général**

=> résection des métastases hépatiques

Papamichael et al. Ann Oncol 2009

- **Radiofréquence des petites lésions hépatiques**
= alternative à la chirurgie si co-morbidités

Elias et al. Br J Surg 2002

- **Radiothérapie stéréotaxique ?**

Patient âgé et cancer colorectal

Le péri-opératoire

Revue de littérature (34 000 patients)

- + de chirurgie en urgence = 29% >85ans vs 11% <65ans
- + de chirurgie palliative R2 = 33% >85ans vs 24% <65ans
- + de mortalité opératoire = 19% >85ans vs 3% <65ans
- + de complications : pulmonaires, cardiovasculaires, AVC, thromboembolies (taux fistule identique)

Patient âgé et cancer colo-rectal

Chimiothérapie

Quelles indications ? Quels objectifs ?

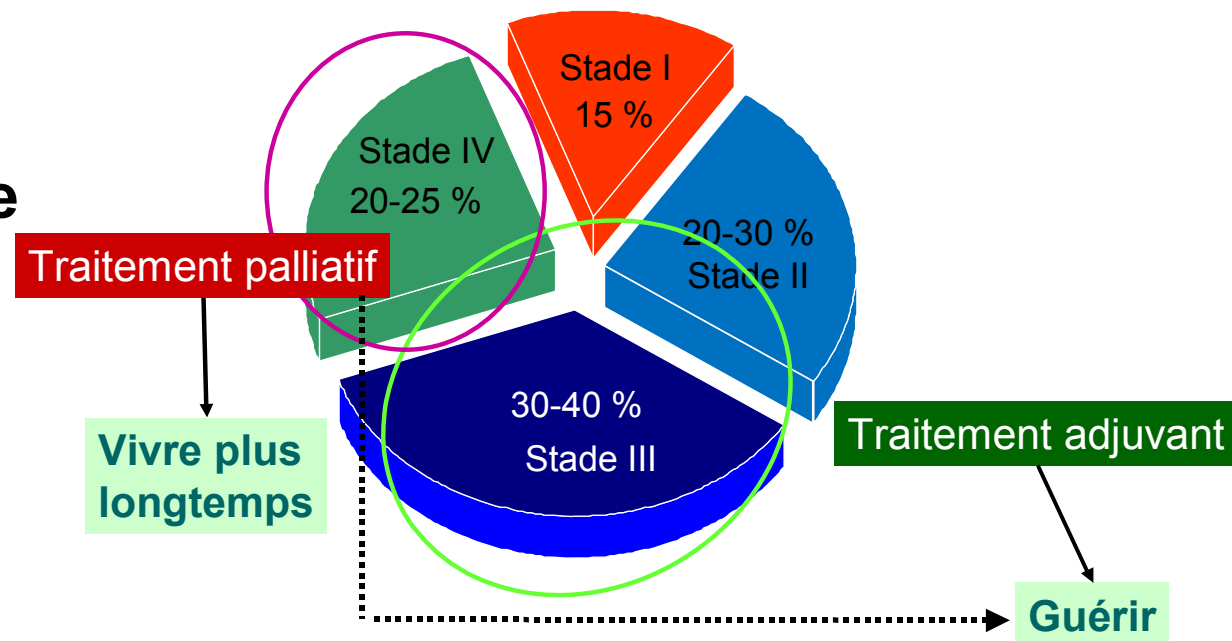
1) CT adjuvante après chirurgie curative

- objectif = **GUERISON**
- augmenter survie globale
- diminuer risque de rechute

Chimiothérapie
et cancer colorectal

2) CT palliative (métas)

- améliorer qualité de vie
- prolonger survie
- maintenir autonomie



Patient âgé et cancer colo-rectal

Tendance au « sous-traitement »

110 patients consécutifs > 75 ans entre 1995 et 2000

Traitement selon recommandations totalement appliqué chez **48 %** des patients

Chirurgie 87 %

R0 56 %

Chimiothérapie

Stade III 26 %

Stade IV 17 %

Radiothérapie (rectum)

Adjuvante ou néo : 17 %

Palliative : 21 %

Aparicio et al. Crit Care Oncol Hematol 2009

Patient âgé et cancer colo-rectal

Raisons de l'absence de chimiothérapie

Cancer colique stade III : 51% des patients > 65 ans sans chimio.

Mahoney et al. Arch Surg 2000

Non proposée 34 %

Refusée 31 %

Trop vieux 20 %

Co-morbidité 14 %

Quel est l'avis des patients ?

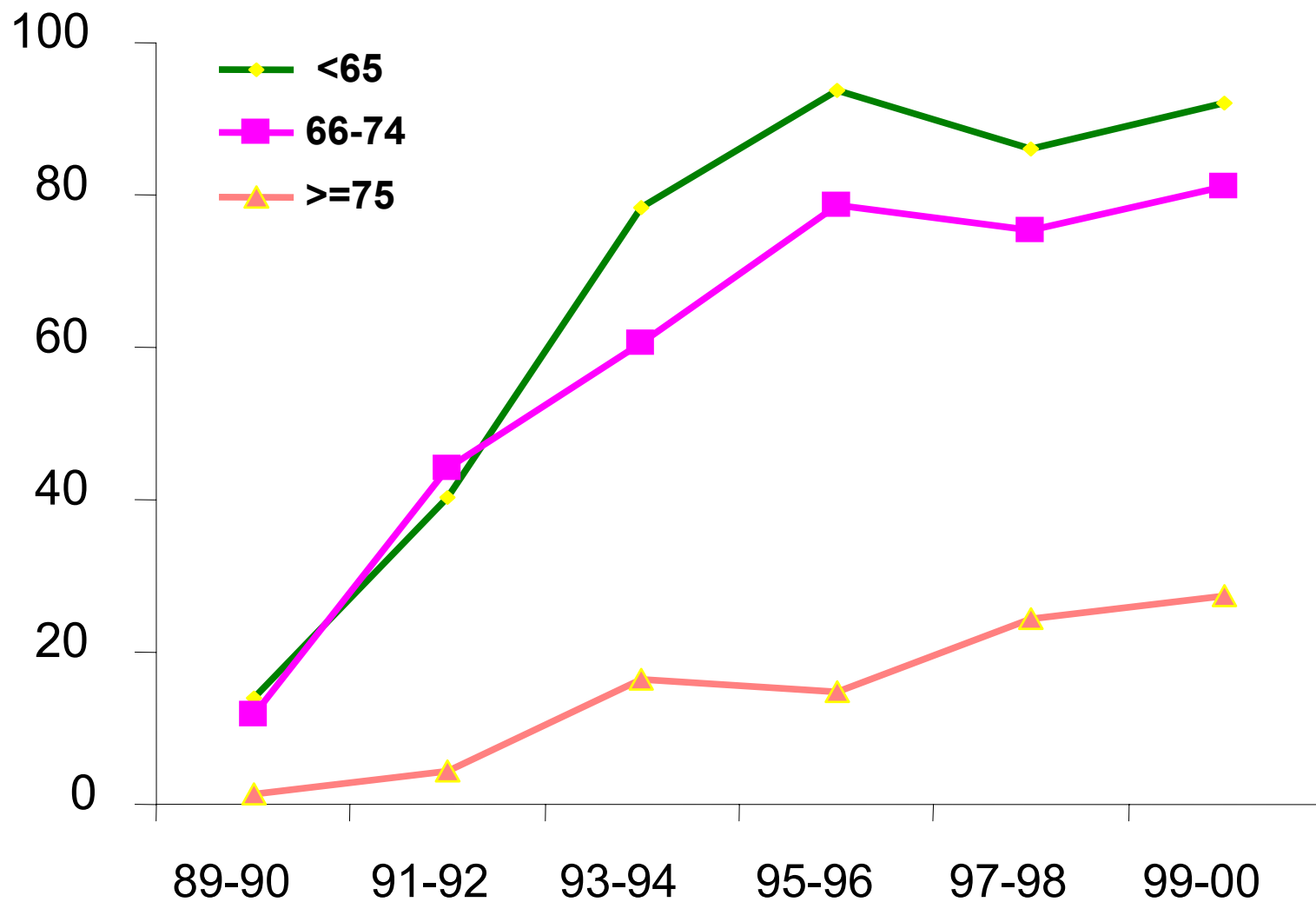
***A priori* = sous-traité alors que souhaite être traité** *Extermann et al. JCO 2003*

Toxicité moins bien accepté pour même gain de survie

Yellen et al. J Natl Cancer Inst 1994

Patient âgé et cancer colo-rectal

Evolution de prescription de chimio. adjuvante (stades III)



Monochimio. adjuvantes 5FU chez patients âgés ?

7 essais randomisés

3351 malades

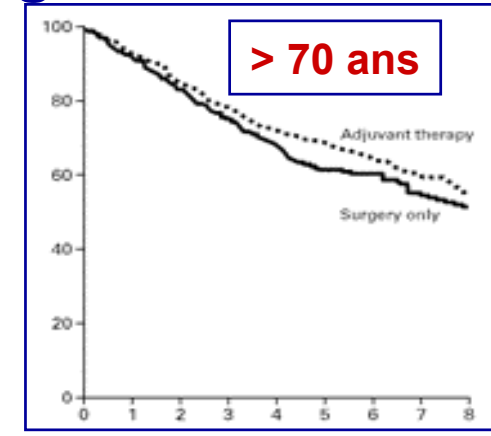
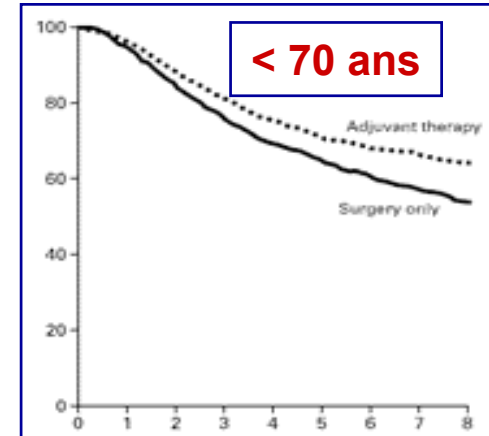
15% > 70 ans,

0,7% > 80 ans

Survie globale

Analyse des décès

	avec récurrence	sans récurrence
< 50 ans (n=564)	32 %	2 %
> 70 ans (n=506)	29 %	13 %



Toxicité FUFOL

	≤ 70	>70 ans	p
Nausée	5 %	2 %	NS
Diarrhée	15 %	15 %	NS
Leucopénie	4 %	8 %	0,05

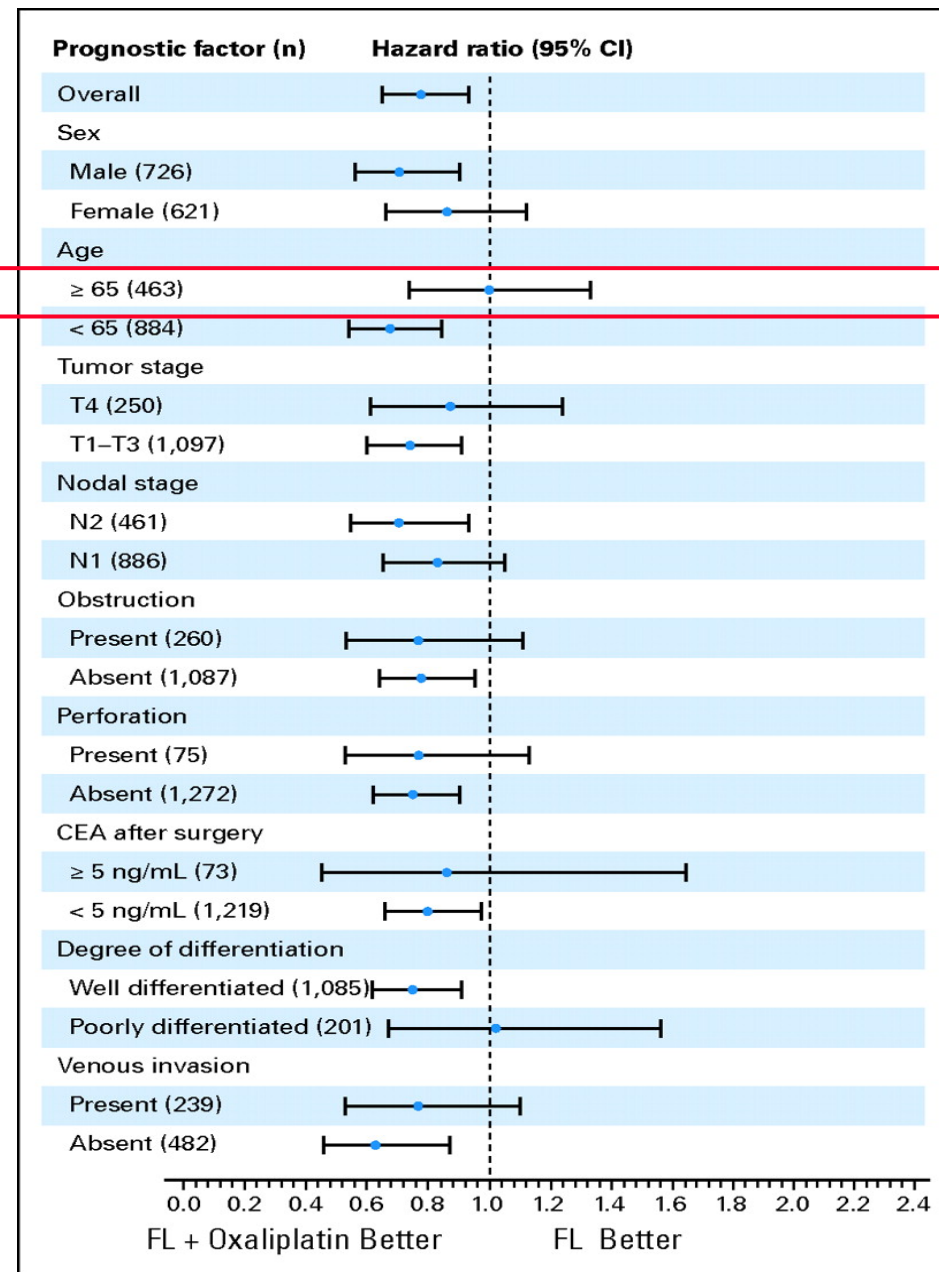
Conclusions s'appliquent à des patients sélectionnés de moins de 80 ans

« La décision de traiter doit impliquer le médecin traitant, le patient et sa famille »

Apport de l'oxaliplatine chez patients âgés ?

Etude MOSAIC

- si >65 ans
- survie globale non améliorée



Apport de l'oxaliplatine chez patients âgés ?

Analyse poolée groupe ACCENT : 6 essais adjuvants

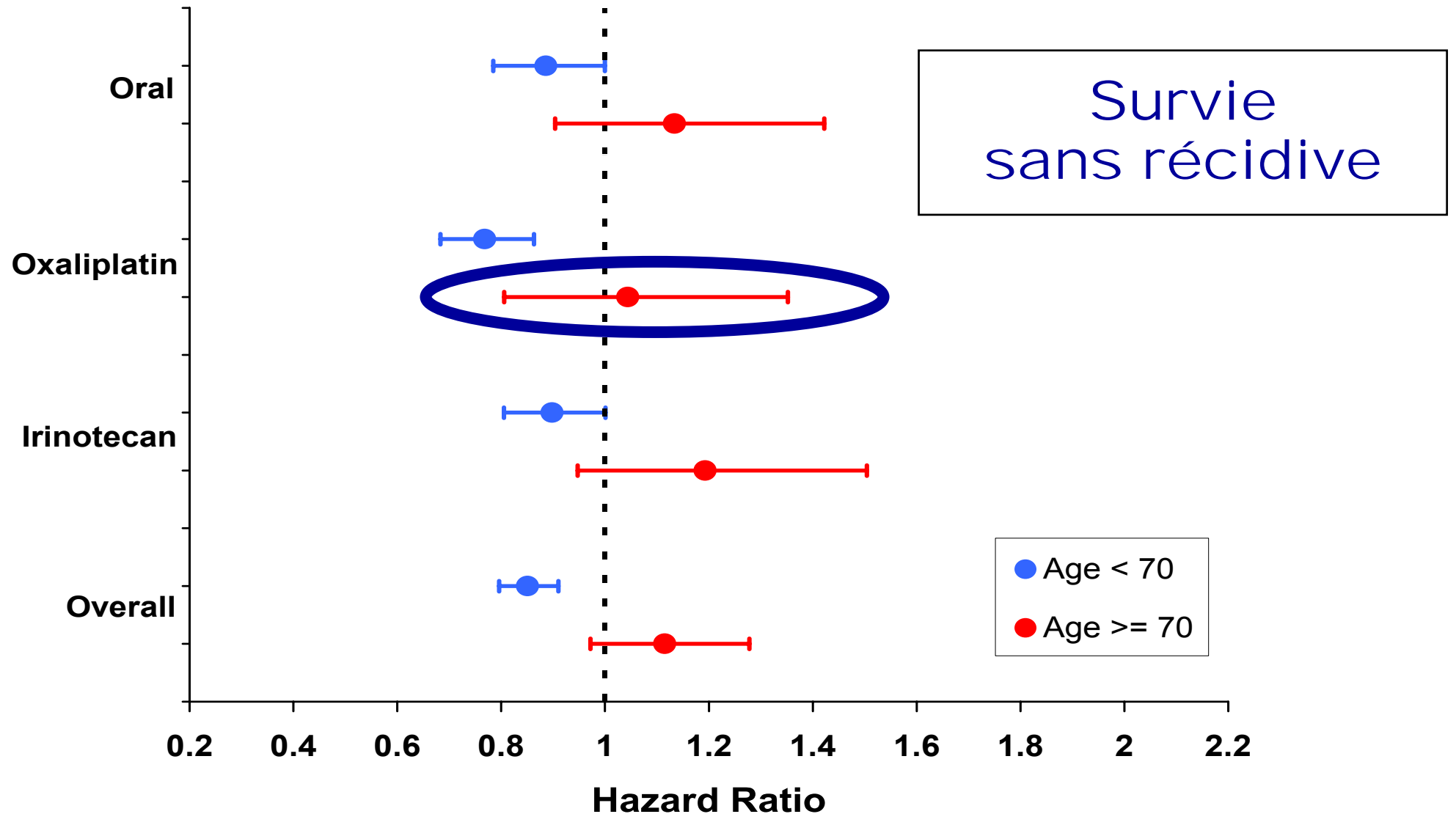
12 669 pts dont 17% de ≥ 70 ans = 2170 pts

Essais	Période d'étude	n	% pts ≥ 70 ans	Traitement expérimental †	% stade III
MOSAIC	1998-01	2246	14	FOLFOX4	60
X-ACT	1998-01	1983	20	Capecitabine	100
NSABP C-06	1997-99	1557	23	Uracil/tegafur	53
NSABP C-07	2000-02	2434	16	FLOX	71
CALGB 89803	1999-01	1263	24	IFL	98
PETACC-3	2000-02	3186	13	FOLFIRI	71

† Comparé à un bras témoin traité par 5FU (IV) et acide folinique

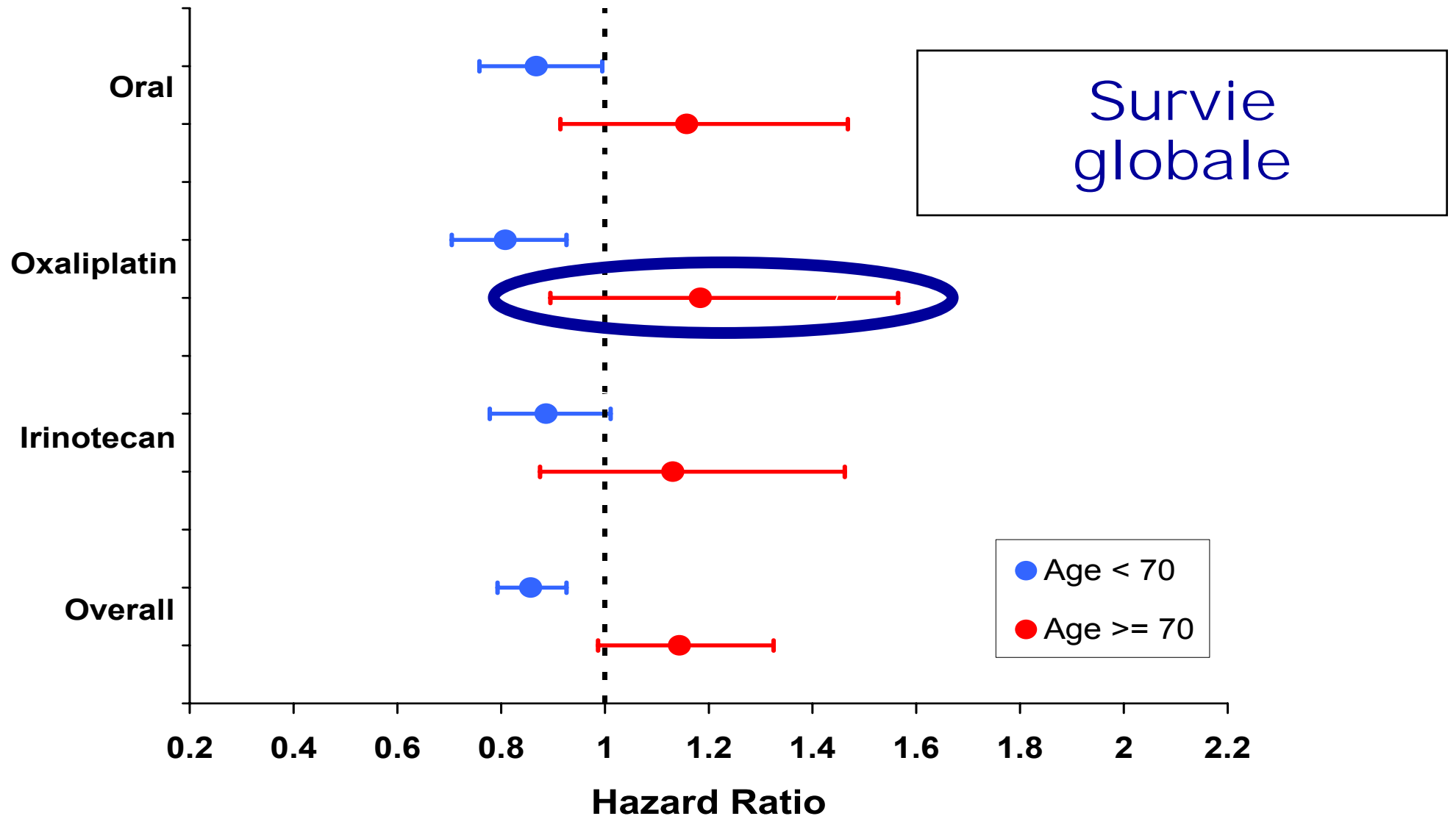
Apport de l'oxaliplatine chez patients âgés ?

Analyse poolée groupe ACCENT : 6 essais adjuvants



Apport de l'oxaliplatine chez patients âgés ?

Analyse poolée groupe ACCENT : 6 essais adjuvants

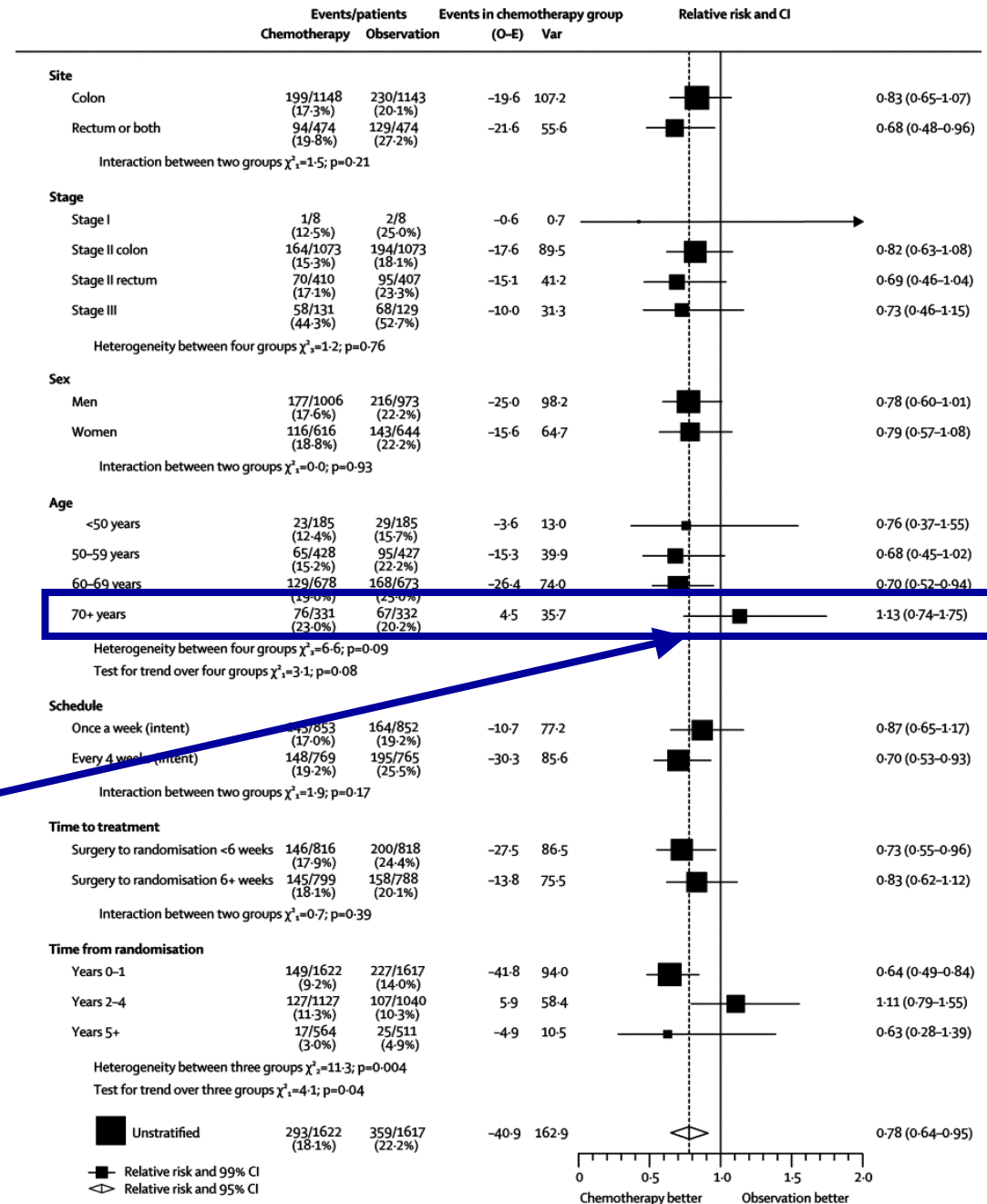


Chimio. adjuvante pour les stades II chez patients âgés ?

Etude QUASAR

3239 patients

- 5FU vs observation
- 90% de stade II



Absence de bénéfice chez les patients âgés

Patient âgé et cancer colo-rectal

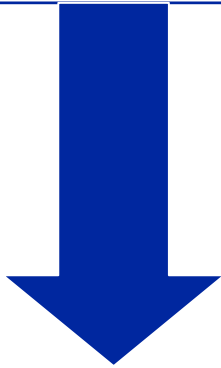
Chimiothérapie adjuvante stade II et III ?

Conclusions

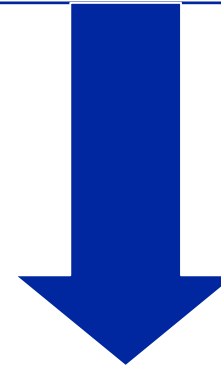
- Chimios. par oxaliplatine = **toxicité grave** augmente après 70 ans
- **Toxicité neurologique** peut être délétère chez patients âgés
- Oxaliplatine réduit le risque de récurrence précoce sans bénéfice en survie globale = décès dus à d'autres causes
- **Stade II** = absence de bénéfice de la chimiothérapie
- **Stade III** = monochimio. 5FU (ou capécitabine) reste la référence

79 ans cancer colique pT3N1M0

Que proposez-vous en RCP ?



**Chimiothérapie
adjuvante**



**Pas de chimiothérapie
adjuvante**

79 ans, cancer colique stade pT3N1
stade IIIB

Quelle chimio. proposez-vous en RCP ?

1. **FOLFOX4** **bichimio**
2. **LV5FU2** **monochimio**
3. **Capécitabine (Xeloda[®])** **orale**

Pré-requis cliniques et biologiques ?

Stade UICC-AJCC 2002

		Survie à 5 ans
• Stade II	pT3-T4 N0 M0	82%
<i>Stade IIA</i>	<i>pT3 N0 M0</i>	85%
<i>Stade IIB</i>	<i>pT4 N0 M0</i>	72%
• Stade III	pT1-4 N1-2 M0	59%
<i>Stade IIIA</i>	<i>pT1-T2 N1 M0</i>	83%
<i>Stade IIIB</i>	<i>pT3-T4 N1 M0</i>	64%
<i>Stade IIIC</i>	<i>tous T N2 M0</i>	44%

Espérance de vie selon l'âge, stade et comorbidités

Age	Femmes CCR stade II (ans)	Hommes CCR stade II (ans)	Femmes CCR stade III (ans)	Hommes CCR stade III (ans)	Hommes (ans)	Femmes (ans)	Total (ans)
à la naissance					77,5 ans	84,3 ans	80,6 ans
à 65 ans							
0 comobidité	15,6	13,5	8,5	8,4	17,81	22,16	20,05
1-2 comorbidité(s)	11,6	10,4	7,9	6,8			
≥ 3 comordidités	6,8	6,4	4,7	4,6			
à 70 ans							
0 comobidité	14	11,6	8,3	7,4	14,22	17,92	16,18
1-2 comorbidité(s)	10	8,6	6,6	6,1			
≥ 3 comordidités	6	5,6	3,7	4,4			
à 75 ans							
0 comobidité	11,7	10	7,4	6,3	10,97	13,92	12,59
1-2 comorbidité(s)	8,8	7,4	5,8	5,2			
≥ 3 comordidités	5,3	5,1	3,8	3,6			
à 80 ans							
0 comobidité	9,7	8,3	6,4	5,5	8,14	10,30	9,38
1-2 comorbidité(s)	7,3	6,1	4,8	4,9			
≥ 3 comordidités	4,7	4,2	2,8	2,9			
à 85 ans					5,83	7,24	6,70
à 90 ans					4,16	4,93	4,67
à 95 ans					3,29	3,42	3,39
à 100 ans					4,33	2,90	3,23

www.ined.fr

Gross et al.
Ann Med Intern 2006

Les 8 pré-requis du choix

- 1. Etat général ? Autonomie ?**
retraité actif (jardinage et travaux forestiers)
- 2. Prises médicamenteuses ? Médiator* et aspirine**
- 3. Nutrition ?**
- 4. Terrain cardiaque ? pas de cardiopathie**
- 5. Neuropathie ? périphérique diabétique débutante**
- 6. Fonction rénale ? créatininémie 80 microM**
clairance 65ml/min
- 7. Avis du patient informé ?**
- 8. *Phénotype MSI ?***

- 1) Chimiothérapie ?
- 2) CT orale ou intra-veineuse ?

« A mon âge ? ... Oui si en comprimés »

capécitabine orale (Xeloda[®]) adjuvant

Quelle dose, quelle durée ?

1. **2 000 mg/m²/jour en deux prises**

2 semaines sur 3

8 cycles 24 semaines = 6 mois

2. **2 500 mg/m²/jour en deux prises**

3 semaines sur 4

12 cycles 36 semaines

Biologie et consultation / 3 semaines

- NFS-plaquettes
- créatininémie
(clairance Cockcroft)

± contact téléphonique

± médecin généraliste

± IDE

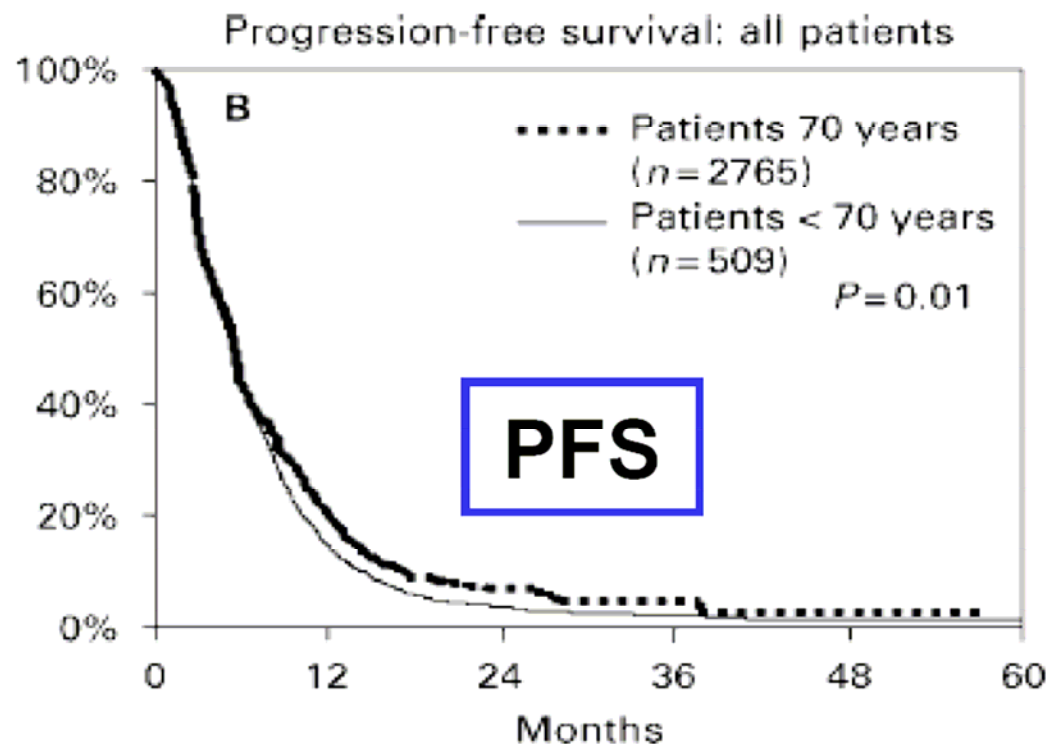
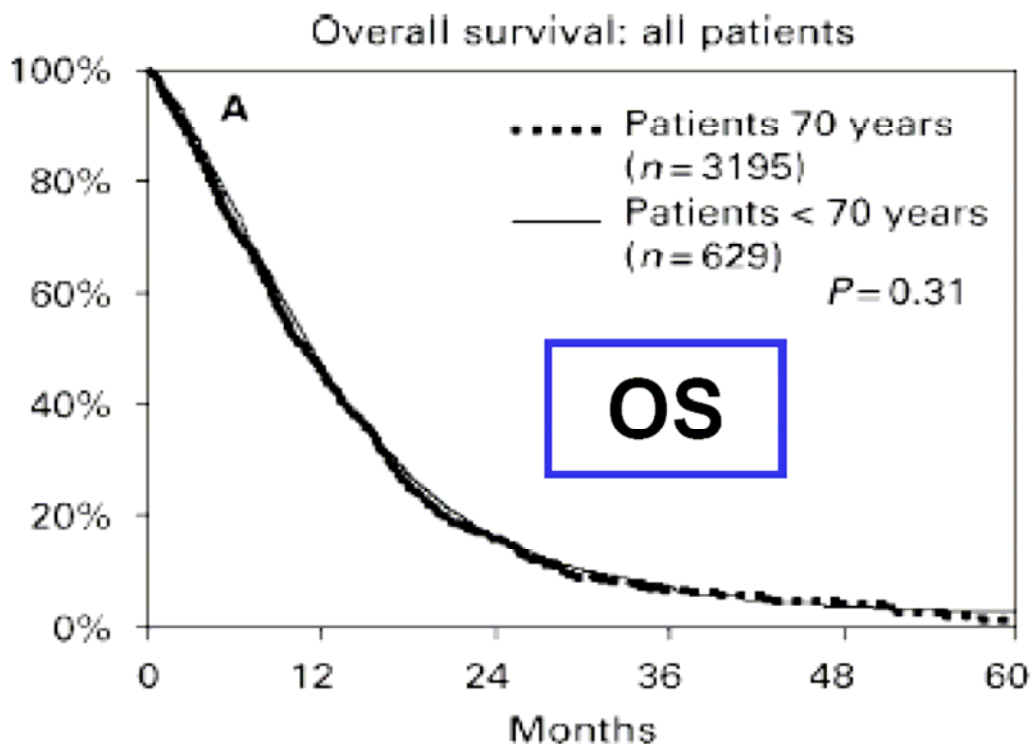
± pilulier



Monochimiothérapie à base de 5FU ?

Analyse rétrospective de 22 essais européens

629 / 3 825 patients \geq 70 ans



Effacité idem si plus de 70 ans
taux de RO de 22%, SG de 11 mois

Cancers rectocoliques métastatiques et âge

Chimiothérapie LV5FU2-oxaliplatine (FOLFOX) ?

Analyse poolée rétrospective (stade III et IV)

Toxicité Gr 3-4	< 70ans n=3128	> 70ans n=614	p
Toxicité Gr 3-4	63%	67%	0,15
Non hémato	35%	38%	0,59
PNN	43%	49%	0,04
Plaquettes	2%	5%	0,04
Mortalité J60	1,1%	2,3%	0,2

FOLFOX = efficacité idem (RO,SSP,SG) avec âge

Mono ou bichimio? 5FU ou capécitabine orale ?

Essai randomisé FOCUS 2 chez 460 patients âgés ou PS 2

- CT débutée à 80% de dose
- Age < 70 ans (101), 70-75 ans (161), >75 ans (198)

	A	B	C	D	AB vs CD	AC vs BD
	LV5FU2	FOLFOX	Capécitabine	CAPOX	FU vs capé	± oxali
↑ QdV à S12	60%	51%	64%	45%	56 vs 54% p=0,95	62 vs 48% p=0,03
RO à S12	16%	43%	17%	34%	p=0,66	p<0,0001
SSP					OR=0,92 p=0,41	OR=0,87 p=0,16
↑ dose à S6	51%	37%	41%	31%	P=0,14	P=0,02
Tox 3-4	24%	26%	36%	39%	P=0,008	P=0,09

monochimio = bichimio capécitabine + toxique

Analyse poolée de 4 essais irinotécan-5FU vs 5FU

599 / 2 092 patients ≥ 70 ans

70-74 ans (414), 75-79 ans (160), >80 ans (25)

- Aussi efficace avec l'âge

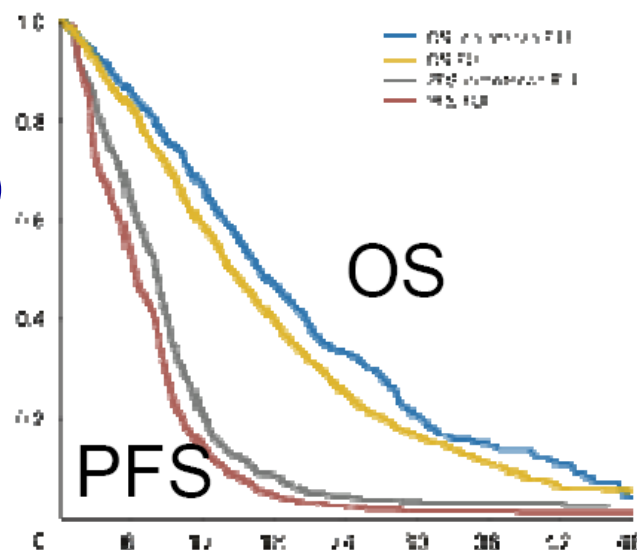
- **RO 48%**

- **SG 17,5 mois**

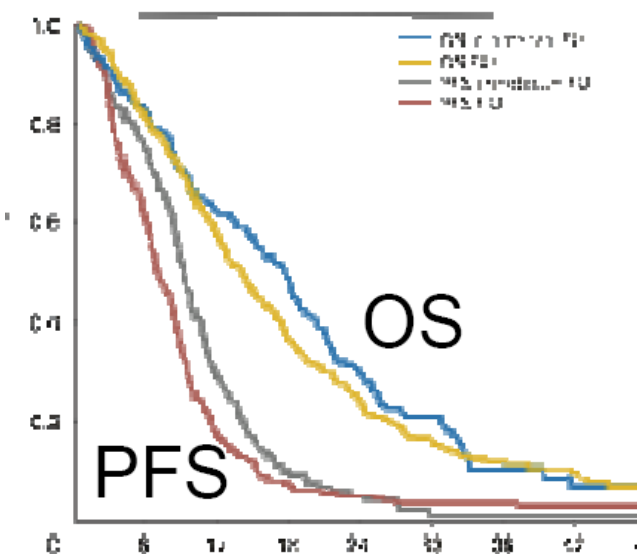
- Plus toxique avec l'âge

- **mucites 10% vs 5%**

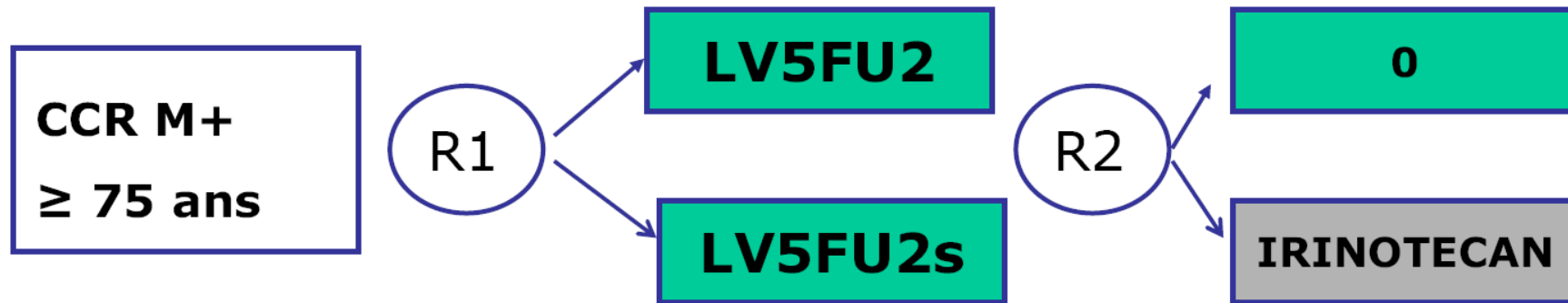
- **neutropénies 40% vs 33%**



< 70 ans



≥ 70 ans



	5-FU	irinotecan
n	75	67
Âge médian	79 ans	80 ans
Toxicité de grade 3-4		
- total	16%	48%
- neutropénie	1%	28%
- diarrhée	0%	16%
Décès toxique (n)	1%	1%
Réponse tumorale		
- R0	18%	31%
- SD	51%	57%

Cancer colo-rectal métastatique et âge

Quid des biothérapies ciblées ?

- anti-VEGF bevacizumab
- anti-EGFR
 - cetuximab *chimérique*
 - panitumumab *humain*

Tolérance du bevacizumab avec l'âge?

Cohorte BRITE de 524 patients > 75 ans

Evénement (%)	Global (n=1 953)	<65 ans (n=1057)	65–74 ans (n=533)	≥75 ans (n=363)	≥80 ans (n=161)
Perforation GI	2,0	2,6	1,5	1,1	0,6
Hémorragie post-op/ trouble de cicatrisation*	5,1	5,5	4,5	4,5	3,8
Hémorragie Gr 3/4	2,6	2,2	3,4	2,5	1,2
Evènements thrombo-artériel	1,9	1,6	1,3	3,9	3,7
Nouvelle HTA ou aggravation	20,7	20,5	20,6	21,2	21,1
Décès à 60 jours	2,1	1,4	3,4	2,2	3,1

Faisabilité chimio-bevacizumab chez patients > 75 ans

Effacité du bevacizumab avec l'âge ?

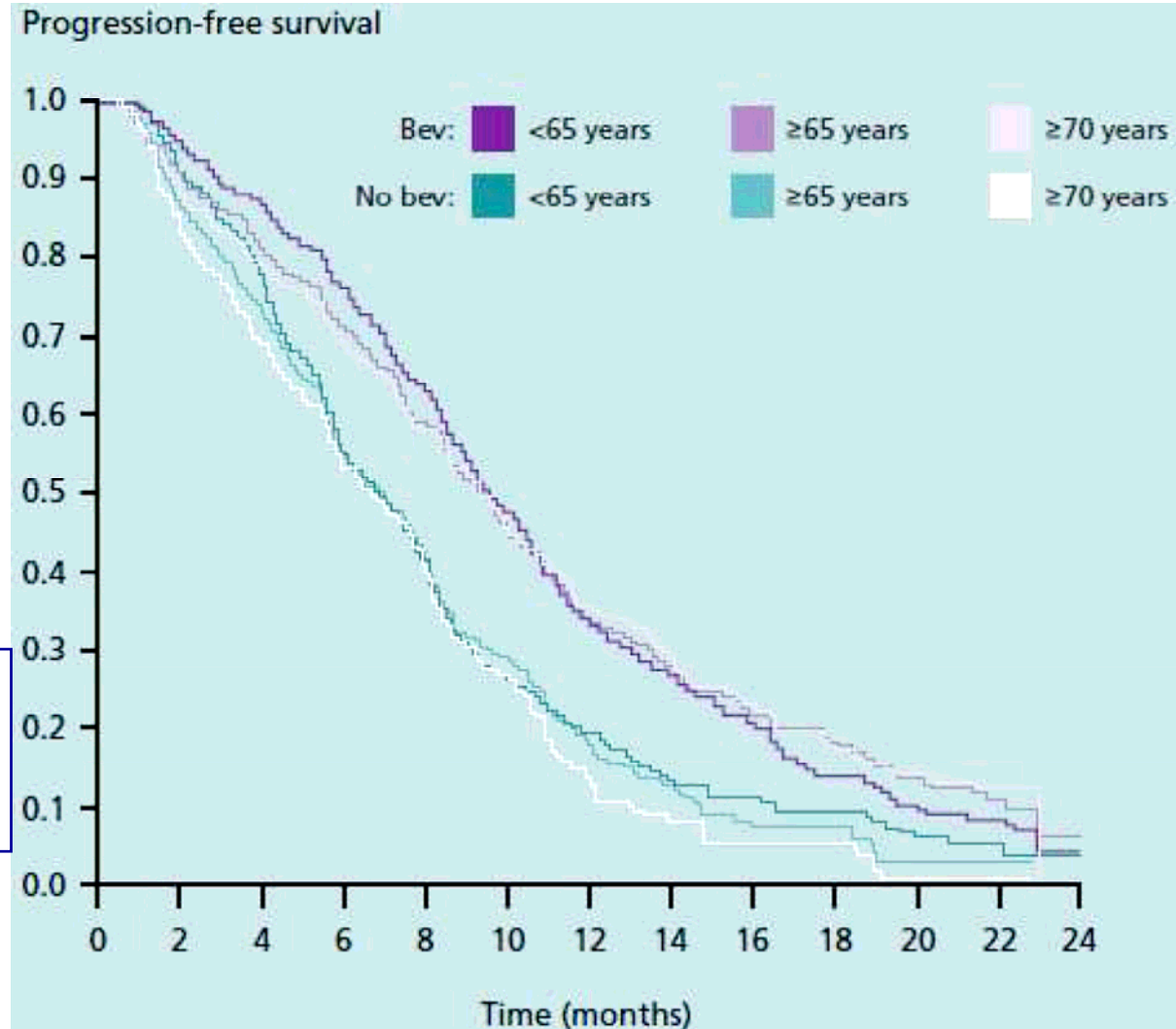
Analyse poolée essais phase II et III

712 / 3 007 patients > 70 ans

4 essais CT +/- beva

- NO16966: oxaliplatine + 5FU/LV (FOLFOX4) ou capécitabine (XELOX) ± bevacizumab
- AVF2107g: 5FU/LV+irinotécan(IFL)±beva
- AVF2192g: 5FU/LV ± beva
- E3200: FOLFOX4 ± beva

*bevacizumab =
efficacité idem avec âge*



Toxicité vasculaire du bevacizumab avec l'âge

TDM prédictif de thrombose artérielle ? (CERIA)

Risque selon plaques d'athérome au TDM ?

- **Classe I risque modéré (<5%)** sur aorte exclusivement.
- **Classe II risque élevé (5-10%)** sur aorte et ses branches (mésentérique sup +++, carotides)
- **Classe III risque très élevé (20%)** sur aorte, sur branches, et coronaires

... **Score en cours de validation...**

F Goldwasser et al. APHP Cochin

Environ 1/3 de contre-indications si > 70 ans ?

Bevacizumab ... des effets bucco-dentaires

attendus

- **arrêt de 4 à 5 semaine avant extraction dentaire**

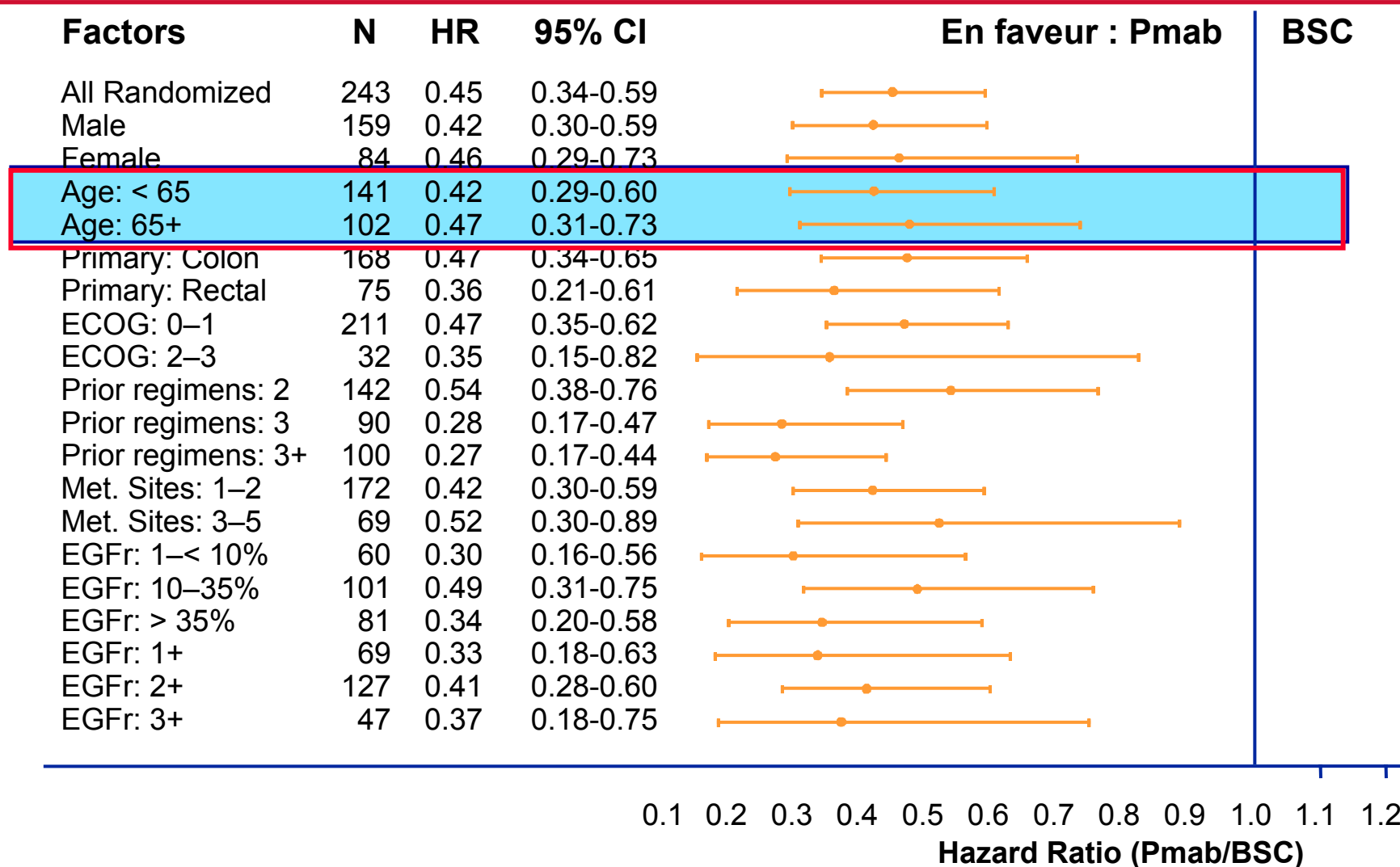
inattendus

- **ostéo-nécrose mandibulaire (case report) ...**

Estilo et al. J Clin Oncol 2008

Patients KRAS non muté (panitumumab vs BSC)

Analyse en sous-groupes



panitumumab = aussi efficace avec âge

Cancer colo-rectal métastatique et âge

Quelle prise en charge ?

- quelle évaluation ?
- quel traitement ?

Cancer colo-rectal métastatique et âge

Quelle prise en charge ?

Recommandations du TNCD 2010

Si > 75 ans **indication dépendra de dépendance et comorbidités**

1. Chez patients sans comorbidité et en état général grade 0 ou 1 les indications sont les mêmes que pour les patients plus jeunes (groupe Balducci 1)
2. Chimio. n'est envisageable qu'après évaluation gériatrique si comorbidités (groupe Balducci 2)
3. Chimio. contre-indiquée si très fragiles (groupe Balducci 3)

Sous bevacizumab

- **thromboses artérielles** plus fréquentes si > 65 ans et/ou hypertendus
- **aspirine (< 325 mg)** non contre-indiquée (voire bénéfique) si patients à risque

Quelle évaluation gériatrique chez les sujets âgés ?

- **Evaluation Gériatrique Standardisée (EGS)**

autonomie, comorbidités (index de Charlson), fonctions psycho-cognitives (score MMSE et GDS), traitement médicamenteux, statut nutritionnel (MNA), syndrome gériatrique, conditions socio-économiques, cadre de vie, fonctions sensorielles (marche, équilibre, score ADL et IADL)

→ adaptation chimiothérapie et traitements de support
→ alerte sur fragilités potentielles => surveillance adaptée

- **test IADL** utilisation du téléphone, faire le ménage, faire les courses, préparer les repas, faire la lessive, utiliser les transport

EGS ou mEG (mini-évaluation gériatrique) ?

Résultats

- **Une mEG permettrait d'adapter rapidement la prise en charge**
- **La prise en charge oncologique** décidée sur la base de la mEG n'a dans aucun cas été remise en cause par l'EGS
- **Apport de l'EGS :**
 - **adaptations des thérapeutiques non oncologiques (87%)**
 - **prise en charge sociale (40%)**
- **Les caractéristiques prédictives du bénéfice d'une EGS ?**

RECOMMANDATIONS DU GEPOG POUR LE TRAITEMENT DES CANCERS COLORECTAUX METASTATIQUES DES PATIENTS AGES

GEPOG RECOMMENDATIONS FOR THE TREATMENT OF METASTATIC
COLORECTAL CANCER IN ELDERLY

**Groupe de travail : T Aparicio, O Bouché, E Carola, H Curé, E Dorval, E Mitry, M
Rainfray, F Retornaz, A Sa-Cunha pour le Gepo-g**

- **Mini-évaluation gériatrique ou EGS** si disponible rapidement, recommandée avant prise de décision thérapeutique.
- **L'adhésion éclairée du patient** est nécessaire pour chimio.
- **Dès la prise en charge initiale**
 - Mise en oeuvre de **mesures sociales**
 - Adaptation des prises en charge des **co-morbidités**
 - **Correction d'une dénutrition.**

Patient défini comme harmonieux (Balducci 1)

- **Si métastases résécables de classe I, l'option chirurgicale sera privilégiée encadrée d'une chimio. péri-opératoire si il s'agit de métastases hépatiques.**
- **En cas de métas. de classe II le traitement doit être défini au cas par cas.**
- **Inclusion dans un essai : DREAM ou PRODIGE 9 puis PRODIGE 20 à son ouverture et inclusion dans la cohorte OLD.**
- **En l'absence d'inclusion dans un essai spécifique aux patients âgés, la stratégie thérapeutique sera identique à celle recommandée dans TNCD.**

Cancer colorectal métastatique 1^{ère} ligne

Jamais résecable

Résécable si réponse

Résécable classe II

Résécable classe I

Mono-chimio

- LV5FU2s ou capécitabine \pm bevacizumab puis FOLFOX, XELOX ou FOLFIRI ou Bi-chimio
- FOLFIRI \pm bevacizumab ou \pm cetux *KRAS*^{WT}
- XELOX ou FOLFOX4s(6m) \pm beva* ou Bi puis mono-chimio
- OPTIMOX (FOLFOX 3 mois puis LV5FU2s)

Options

sans CI bevacizumab :

- XELIRI + bevacizumab
- si CI bevacizumab & *KRAS* non muté :
- FOLFOX + cetuximab*
- FOLFOX + panitumumab
- si CI bevacizumab :
- LVbolus5FU2
- UFT
- FOLFOX6
- XELIRI

\pm pause

Options

- FOLFIRINOX ou FOLFOXIRI
- FOLFIRI ou XELIRI + bevacizumab
- FOLFIRI + cetuximab *KRAS* non muté
- FOLFOX + cetuximab *KRAS* non muté
- FOLFOX + panitumumab *KRAS* non muté
- FOLFOX ou XELOX + bevacizumab*
- si CI bevacizumab et *KRAS* muté :
- FOLFIRINOX ou FOLFOXIRI
- FOLFOX4s
- FOLFIRI fort
- Chimio. intra-artérielle hépatique

- FOLFIRI
- FOLFOX4s=6m
- XELOX
- \pm bevacizumab
- \pm cetuximab
- KRAS* non muté

FOLFOX4s
=6m
périop

Patient défini comme intermédiaire (Balducci 2)

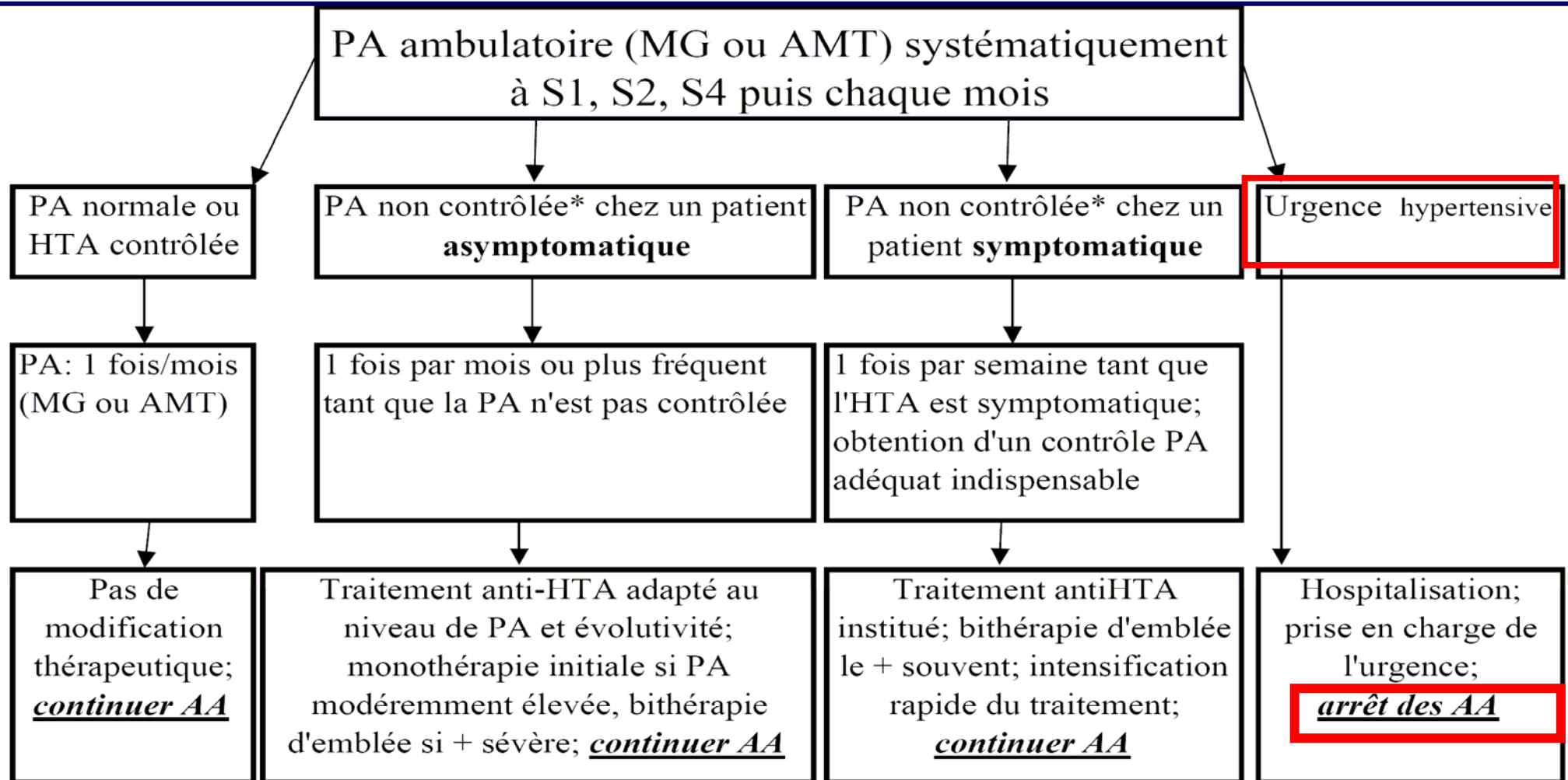
- **Evaluation d'un traitement local potentiellement curatif.**
= radiofréquence ou chirurgie (métas de classe I) par équipe experte.
- **Inclusion dans l'essai PRODIGE 20 et/ou la cohorte OLD.**
- **En l'absence d'inclusion dans essai spécifique patients âgés**
 - **Tumeur non symptomatique** : monochimiothérapie 5FU +/- biothérapie avec pauses de chimiothérapie tous les 4 à 6 mois.
 - **Tumeur symptomatique** : FOLFOX4 simplifiés, FOLFIRIm ou XELOXm +/- biothérapie. Si refus de subir effets indésirables : monochimio. 5FU

Patient défini comme fragile (Balducci 3)

- **Un traitement de confort sera privilégié.**
- **Une chimiothérapie palliative ne sera envisagée qu'après une concertation pluridisciplinaire impliquant un gériatre.**
- **Si l'indication de chimiothérapie est retenue une monochimiothérapie par fluoropyrimidine sera privilégiée.**

Effets vasculaires et rénaux des médicaments anti-angiogéniques : recommandations françaises pour la pratique (SN, SFHTA, APNET, FFCD)^{☆,☆☆}

Halimi et al. Nephrol Ther 2008;4:602-15.



- surestimation =>
- sous-estimation =>

arrêt inapproprié anti-angio.
HTA «sous-traitée»

Pathologies associées	Classes à privilégier	Classes à éviter ou à utiliser avec prudence
HTA sous bevacizumab	IEC, A. calciques, ARA2	
HTA + sunitinib ou sorafenib	IEC, ARA2	A. calciques (vérapamil, diltiazem) β-bloquants =surveillance ECG (PR QT)
HTA + protéinurie	IEC, ARA2	
HTA résistante	Dérivés nitrés ?	
Hypercalcémie		Thiazidiques
Insuffisance coronaire	β -bloquants, A. calciques	Vasodilatateurs directs
Insuffisance cardiaque	IEC, Diurétiques	β -bloquants A. calciques (vérapamil, diltiazem)
Troubles conductifs	IEC, Diurétiques	A. calciques (vérapamil, diltiazem) β -bloquants
Cardiopathie obstructive	vérapamil, diltiazem	IEC, β-bloquants, Anti-HTAcentraux, diurétiques
Artériopathie	IEC, A. calciques	β -bloquants
Insuffisance rénale	IEC faible dose, Diurétiques de l'anse	Thiazidiques, Diurétiques épargneurs K
Diabète	IEC, A. calciques	β -bloquants
Asthme BPCO		β -bloquants
Dyslipidémie		β-bloquants, Diurétiques
Dépression		Anti-hypertenseurs centraux

***D'après
thésaurus
www.tncd.org
&
Bouché et al.
GCB 2006***

Spécificité de la peau avec l'âge ?

Grade 1

Eruption localisée et asymptomatique
Sans impact sur vie quotidienne



Prévention



- Protection solaire
- Eviter gels ou lotions
- Emollients (exemples : Dexeryl[®], Cerat de Galien[®], Cold cream[®])
- Topique antibiotique (métronidazole crème)
- Doxycycline 100 mg/j

Grade 2

Eruption modérée peu symptomatique
Impact minime sur la vie quotidienne
Pas de surinfection



- Emollients
- Doxycycline 100 mg/j
- Dermocorticoïde classe 3

Grade 3

Eruption sévère vésiculeuse
Douleur et prurit
Retentissement sur la vie quotidienne
Possible surinfection



- Arrêt transitoire du traitement
- Avis dermatologique
- Anti-histaminique H1
- Prélèvements bactériologiques
- Antibiotiques locaux et/ou oraux (oxacilline ou pristinamycine)

Spécificité du pied pathologique avec l'âge ?

Paronychies

Prévention

- **soins pédicures non traumatisants**
- **ne pas couper les ongles trop court**
- **coupe “droite”**
- **bonne hygiène**
- **chaussures confortables**

Traitements antiseptiques (bains ou compresses imbibées)

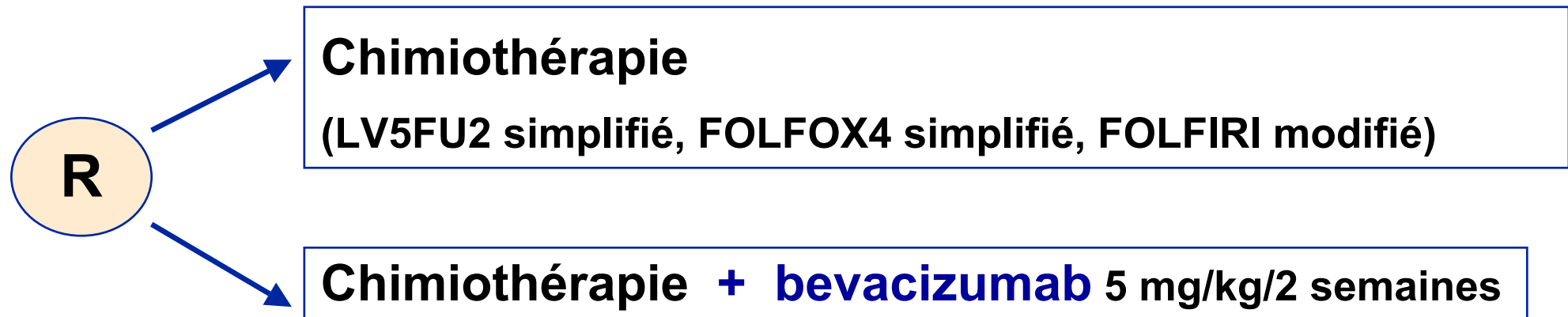
exemples : bains (Betadine[®] scrub 4% ou Dakin), spray (Biseptine[®]) ...

si douloureux non infecté dermocorticoïde fort sous pansement occlusif

si surinfection => avis dermatologique

si végétant (granulome pyogénique) => nitrate d'argent (crayon)

Essai de phase II, n=106 patients



Critère de jugement principal : critère composite efficacité/tolérance

- **Critère d'efficacité : RO ou stabilité tumorale et absence de détérioration du score Spitzer QdV ≥ 1 point**
- **Critère de tolérance : jour d'hospit. non prévue pour un EIG**

Cancer recto-colique métastatique et âge

Les messages pour la maison (1)

- Principes thérapeutiques **idem + à jeunes mais adaptés à critère Balducci**
- Dispositif annonce +++ **temps IDE, supports et réseau ville (généraliste/IDE)**
- Poser les bonnes questions en RCP **± miniEG ou EGS**
 1. **Le patient va-t-il mourir de son cancer, ou avec son cancer ?**
 2. **Résécable ou radiofréquencable ? => CT curative ou palliative ?**
 3. **Débuter par une mono- ou bi-chimiothérapie ?**
 4. **Thérapie ciblée est-elle possible ? CI à bevacizumab ? KRAS sauvage ?**
 5. **Privilégier une forme orale ou IV du 5FU : choix patient/médecin**
 6. **Pause thérapeutique possible ?**
- Pré-requis = **vérification standardisée**

Cancer recto-colique métastatique et âge

Les messages pour la maison (2)

- Pré-requis = vérification standardisée

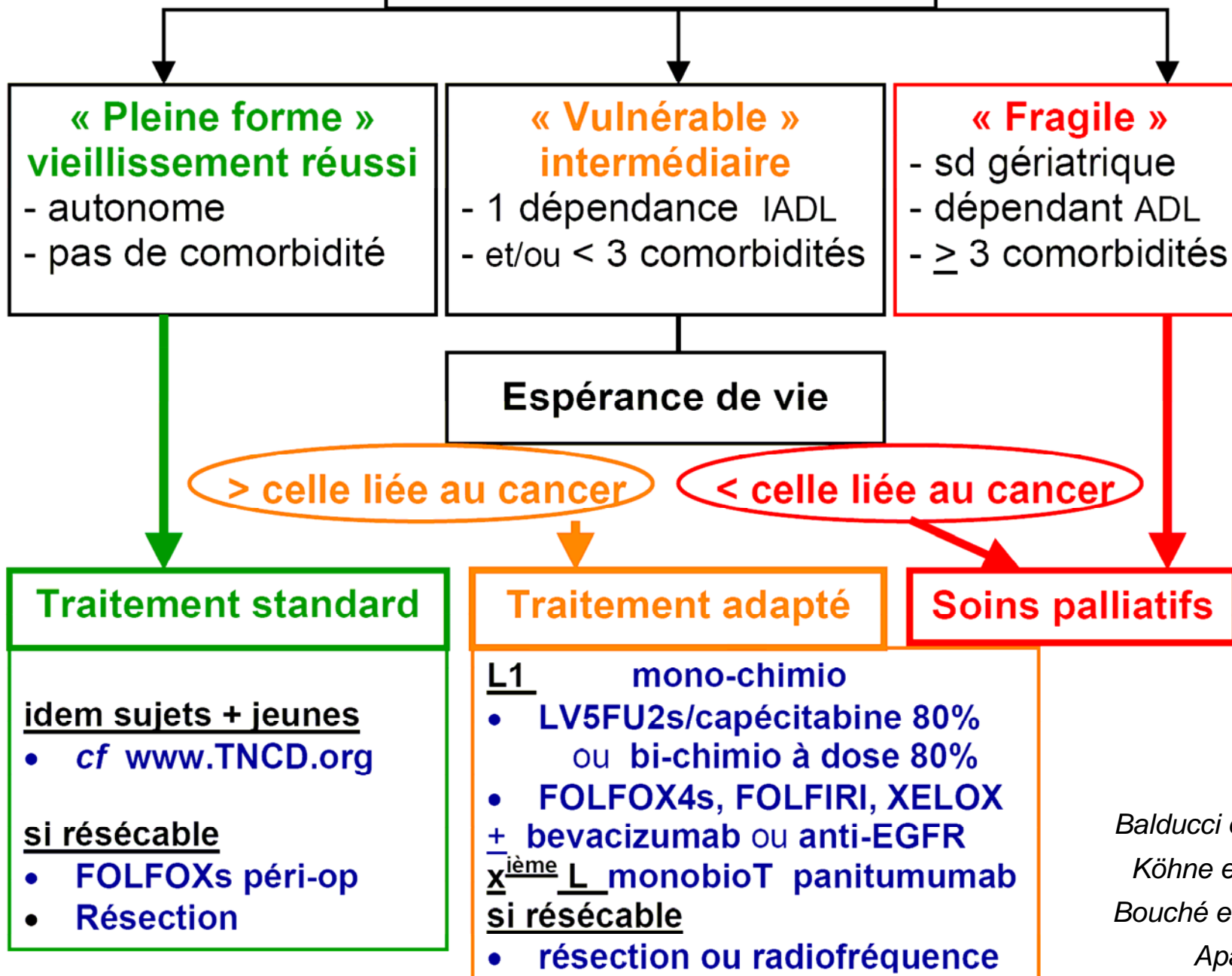
- interactions médicamenteuses ?

- examen ± soins dentaires et paradontaux

- dénutrition ?

– bevacizumab	risque ATEA selon « âge » des artères (TDM?)	PA ambulatoire		
– anti-EGFr	soins de pédicurie	Ca-Mg	KRAS non muté	
– capécitabine	clairance créatininémie	liaison ville-hôpital	carnet liaison	
– irinotécan	bilirubinémie	albuminémie	prise en charge précoce	diarrhée
– oxaliplatine	neuropathie	clairance créatininémie		
– 5FU adjuvant	ECG	phénotype MSI stable		

Evaluation gériatrique



D'après
Balducci et al. Oncologist 2000
Köhne et al. Oncologist 2008
Bouché et al. Bull Cancer 2010
Aparicio et al. JOG 2010