

LA CHIRURGIE CHEZ LES PLUS DE 80 ANS



Jean-François REGNARD
Hôpital Cochin, Paris Descartes

jean-francois.regnard@aphp.fr

"RESECTIONS PULMONAIRES POUR CANCER CHEZ L'OCTOGENAIRE"

(J.F. Régnard et al. Rev Mal Respir 1998)

51 patients opérés en 15 ans	
Age moyen	82 ans
Lobectomie	38
Pneumonectomie	13
Morbidité	25%
Mortalité	4%
Survie à 3 ans	40%
5 ans	16%
30% de décès tardifs non liés au cancer	

CHIRURGIE CHEZ LES PLUS DE 80 ANS

↗ espérance de vie et incidence des cancers
→ fréquence accrue des cancers bronchopulmonaires
chez l'octogénaire

14% des NSCLC diagnostiqués aux USA → octogénaires
8 à 11% des lobectomies concernent des octogénaires

Espérance de vie des octogénaires (données 2011)
8,5 ans chez les hommes
11,5 ans chez les femmes

Etudes : 2 fois moins de traitement local chez l'octogénaire
réticence médicale
réticence patient et/ou famille

AMELIORATION DES SUITES OPERATOIRES DES EXERESSES

↳ nette de la morbi-mortalité

- Sélection des indications opératoires
- Préparation à l'intervention :
 - sevrage tabagique
 - reconditionnement à l'effort
 - renutrition
- Antibioprophylaxie péri-opératoire dirigée
- Protocole RAAC
- ± chirurgie mini-invasive

REHABILITATION ACCELEREE APRES CHIRURGIE (RAAC)

Patient acteur de sa prise en charge

Optimisation

1°) Information : livret ⇒ déroulement de l'hospitalisation

2°) Analgesie : épargne morphinique +++
analgesie locorégionale auto-contrôlée
AINS
évaluation au repos et à l'effort

3°) Drainage pleural : 1 seul drain
arrêt de l'aspiration J1
ablation J1 ou J2

RAAC (2)

4°) Nutritionnelle :

renutrition pré-opératoire

Limitation du jeûne

→ carbohydrates la veille et 2 h avant l'intervention

réalimentation immédiate

5°) Kinésithérapie initiée la veille

dès la salle de réveil

mise au fauteuil à J0

marche à J1

6°) Retrait des dispositifs invasifs

voie veineuse, sonde vésicale à J2

cathéter d'analgésie le lendemain du dédrainage

Programme particulièrement adapté aux sujets âgés

SUITES OPERATOIRES ACTUELLES

- Tout venant (2 dernières années)
 - Lobectomie simples
1 décès / 615 opérés 0,1%
 - Pneumonectomies simples
2 décès / 59 opérés 3,3%
- Octogénaires
 - 2 dernières années 0 décès / 98 opérés
 - 3 dernières années 2 décès / 137 opérés 1,5%
- Mortalité hospitalière : données PMSI

INDICATIONS OPERATOIRES CHEZ L'OCTOGENAIRE

expérience du service

2005-2007	53 opérés	18 / an
2008-2010	67 opérés	23 / an
2011-2013	115 opérés	38 / an
2014-2016	137 opérés	46 / an

Augmentation indiscutables des indications opératoires

"CAHIER DES CHARGES" CHEZ L'OCTOGENAIRE

- Exérèse réglée anatomique
lésion ≤ 2 cm No : segmentectomie
sinon lobectomie
exérèses élargies de nécessité
- Morbi-mortalité faible
- Retour du patient à son équilibre initial
autonomie
vie sociale
- Nécessité parfois d'un séjour en convalescence

PIEGES A EVITER

- Compromis sur le geste chirurgical
pas de résection atypique (wedge-résection)
→ radiothérapie stéréotaxique
- Méconnaître la dénutrition
- L'ischémie silencieuse
- Le passage systématique en soins intensifs +++
- Les morphiniques par voie générale ++
+
 - troubles digestifs
 - troubles de la cohérence

BILAN PRE-OPERATOIRE

Bilan de tout opéré thoracique : carcinologique et opérabilité

Attention particulière (60 à 70% de comorbidité)

- plan cardiovasculaire échographie cardiaque
 doppler TSA
 ± scintigraphie myocardique
- plan rénal insuffisance rénale postop.
- plan nutritionnel compléments alimentaires
- plan prostatique
- évaluation oncogériatrique ?

CRITERES D'EVALUATION CHEZ L'OCTOGENAIRE

1°) Mortalité à 3 mois > mortalité à 30 jours

- décès précoces qui surviennent après la sortie de l'hôpital
- Base Epithor (sujet > 70 ans)
surmortalité à 3 mois

2°) Qualité de vie à distance après l'exérèse

- pas d'étude spécifique
- dans l'expérience quotidienne : bonne

3°) Causes de mortalité à distance

- 40% ne sont pas liées au cancer

« Impact of increasing age on cause specific mortality and morbidity in patients with stage I NSCLC. A competing risks analysis »

(T. EGUCHI et al. J Clin Oncol 2017)

	Total (n=2186)	< 65 ans (n=654)	65-74 ans (n=894)	> 75 ans (n=638)
Complications postopératoires sévères	7,6%	7,6%	7,9%	7,2%
Mortalité à 30 jours	0,7%	0,2%	0,7%	1,3%
Mortalité à 90 jours	1,2%	0,6%	1%	2,2%
Survie à 5 ans	75%	85%	76%	64%

« Impact of increasing age on cause specific mortality and morbidity in patients with stage I NSCLC. A competing risks analysis »

(T. EGUCHI et al. J Clin Oncol 2017)

2186 stade I opérés

- 5 year lung cancer specific cumulative incidence of death (CID)
- 5 year non specific CID

	< 65 ans	65-74 ans	> 75 ans
5 year lung cancer specific CID	7,5%	10,7%	13,2%
5 year non specific CID	1,8%	4,9%	9%

Analyse multivariée

Taux bas de ppo DLCO facteur prédictif

- Complication postopératoire sévère
- Mortalité à distance non liée au cancer

« Surgical treatment of lung cancer in the octogenarians : results of a nationwide audit »

(C. RIVERA et al. EJCTS 2011)

Comparaison de 622 exérèses chez l'octogénaire et 16 461 exérèses chez les sujets de (-) 80 ans

1°) octogénaires sont plus fragiles

Score ASA	1 ou 2	59% vs 71%	p<0,001
PS	0 ou 1	86% vs 89%	p<0,001

2°) lésions opérées plus limitées

Stade I ou II	71% vs 66%	p<0,01
---------------	------------	--------

3°) chirurgie plus limitée

- significativement plus de segmentectomies et d'exérèses vidéo-thoracoscopiques
- significativement moins de pneumonectomies et de curage ganglionnaire

« Surgical treatment of lung cancer in octogenarians » (*SP. SAHA et al. Southern Med Journal 2013*)

Lobectomies 2005 – 2010 : 2 171 lobectomies pour cancer
10% → octogénaires

Analyse univariée

- ↗ Significative des complications postop. chez l'octogénaire notamment pulmonaires, rénales et infectieuses
- Pas de différence de mortalité à 30 jours

Analyse multivariée

Facteurs prédictifs de complications postop.

- altération de la fonction respiratoire, BPCO
- Diabète
- Infection pré-opératoire
- Chirurgie OPEN

mais âge : NS

« Accessing survival and grading the severity of complications in octogenarians undergoing pulmonary lobectomies »

(A. FECZKO et al. Canadian Respir J 2017)

Etude rétrospective unicentrique 2002 – 20012

45 patients

Age moyen

82 ans (80 – 89)

Comorbidité :

HTA

56%

insuffisance coronaire

31%

BPCO

27%

chirurgie thoracique préalable

27%

AC/FA

22%

tabac

87%

Lobectomie

100%

thoraco

61%

vidéo

39%

Stade I

72%

Passage en ICU

88%

RESULTATS POSTOPERATOIRES

• Complications mineures	46%	
AC/FA	22%	
Bullage > 5 jours	22%	
• Complications sévères	7	(15,6%)
Pneumonie	3	
Reprise pour hémorragie	2	
IDM	1	
Fracture col du fémur	1	
• Décès	1	(2%)
• Sortie à domicile	89%	
• Soins de suite	11%	

RESULTATS CARCINOLOGIQUES

- Stade histologique définitif

Stade I	59%
II	15%
III	21%
IV	5%
- Suivi moyen 53 mois
- Survie à 5 ans 52%
- 44% des décès non liés au cancer

auteurs	patients	Voie d'abord (%)		Exérèse (%)		Stade (%)		p
OKAMI <i>(1990-2006)</i>	367	—	—	WR SG L	22 12 66	I II III-IV	82 12 6	
IKEDA <i>(1991-2002)</i>	73	—	—	WR SG L	27 8 63	I II III-IV	74 11 15	
PORT <i>(1998-2005)</i>	121	Thoraco Vidéo	67 33	L	100	I II III-IV	65 25 10	
CLAVIEN <i>(2000-2005)</i>	191	Thoraco Vidéo	23 77	WR SG L	40 10 50	I II III-IV	56 10 34	
FANUCCHI <i>(2001-2009)</i>	82	Thoraco Vidéo	80 20	WR SG L	18 4 78	I II III-IV	53 21 16	
KEZCKO <i>(2004-2012)</i>	45	Thoraco Vidéo	61 39	L	100	I II III-IV	59 15 26	

auteurs	Complications postop. (%)		Facteurs prédictifs complications	Mortalité postop. (30 j)	Survie à 5 ans
	Total	Sévère			
OKAMI <i>(367 patients)</i>	Total	8,4	comorbidités curage ganglion.	1,4%	56%
IKEDA <i>(73 patients)</i>	Total	37	—	4,1%	47%
PORT <i>(121 patients)</i>	Total Sévère	53 25	Thoracotomie	1,7%	56%
CLAVIEN <i>(191 patients)</i>	Total	46	> WR ↳ VEMS Thoracotomie	3,6%	56% (à 3 ans)
FANUCCHI <i>(82 patients)</i>	Total Sévère	30 2,5	> WR comorbidités	2,4%	36%
KEZCKO <i>(45 patients)</i>	Total Sévère	62 15,6	—	2%	56%

CONCLUSIONS

- La chirurgie d'exérèse pour cancer chez l'octogénaire est devenue indiscutable dans des indications sélectionnées
- Elle bénéficie des progrès importants observés dans les suites opératoires de la chirurgie d'exérèse
- Elle doit respecter les règles carcinologiques d'autant que chez les sujets plus fragiles, porteurs de petites tumeurs, il y a une véritable alternative : radiothérapie stéréotaxique
- Elle s'adresse le plus souvent à des lésions limitées accessibles à une lobectomie ou une segmentectomie réglée