



RÉSEAU RÉGIONAL
DE CANCÉROLOGIE
BOURGOGNE FRANCHE-COMTÉ

PLACE DU GÉRIATRE ET SUIVI GÉRIATRIQUE AU COURS DE LA MALADIE CHRONIQUE : EXEMPLE DU CANCER DU SEIN



DR SOPHIE MARLIER, ONCOGÉRIATRE UCOGIR BFC





CANCER DU SEIN, UNE MALADIE CHRONIQUE?

- Philippe Bataille, tout n'est pourtant pas aussi nouveau qu'il y paraît au premier abord. « bien sûr, le modèle de la chronicité n'était pas dans la première proposition médicale. d'une certaine façon, elle remet en cause l'image de la médecine curative. mais aujourd'hui, elle s'est installée à tous les étages du discours médical. et il y a une expérience sociale, humaine, empirique de la chronicité, qui s'adosse à l'expérience plus ancienne de l'incurabilité. »



CANCER DU SEIN, MALADIE CHRONIQUE

- Une maladie chronique est une maladie de longue durée, évolutive, avec un retentissement sur la vie quotidienne. Elle peut générer des incapacités, voire des complications graves.
Les maladies chroniques représentent à l'évidence un nouveau paradigme pour notre système de santé et appellent des dispositifs ou des innovations qui permettent une prise en charge globale des personnes concernées, et autant que possible personnalisées.
- Première maladie, récurrences tardives
- Maladie métastatique: intérêt de vérifier statut HER2 et RH si accessible+++ (notamment si rh- et/ ou her2- ou inconnu)
- Arsenal thérapeutique disponible (1^{ère}, 2^{ème}, 3^{ème} lignes.....)

PROBLÉMATIQUE CHEZ LE SUJET AGÉ

- Intrication de plusieurs maladies chroniques
- Découverte d'autres maladies chroniques ou comorbidités
- Espérance de vie/ bénéfice clinique attendu
- Qualité de vie/ risque de toxicité
- Souhait de la patiente
- Situation de vie souvent fragile et mouvante : nécessité de réévaluation+++

PLACE DU GÉRIATRE DANS CE PARCOURS

=

PERMANENTE

Première
ligne

Deuxième
ligne

Troisième
ligne

PLACE DU GERIATRE

LORS DE L'ÉVALUATION INITIALE/ À CHAQUE TOURNANT DE LA MALADIE

- Situation idéale lors du diagnostic:
faire état des lieux (baseline)
- Aide aux choix thérapeutiques
- Dépistage fragilités gériatriques et
prise en charge comorbidités
- Organisation du suivi et PEC des
fragilités gériatriques (suivi spécifique
gériatrique? HJ? suivi téléphonique?)
- Intégration dans la filière gériatrique



QUE DIT L'INCA ?

- Parcours de soins des patients âgés atteints de cancer (maj 03/ 2021)
 - sur le suivi: il doit comprendre
 - Un dispositif d'annonce adapté et remise du programme personnalisé de soins
 - Répétition des tests de dépistage et fragilité
 - Un accès aux soins de support
 - Un accès au gériatre
 - Une évaluation de la qualité de vie, de l'autonomie et de la tolérance du traitement
 - Eventuel accès à une filière gériatrique avec le consentement du patient

QUE DIT LA LITTÉRATURE ?

- BEAUCOUP D'ARTICLES SUR L'ÉVALUATION INITIALE, PEU SUR LE SUIVI
- JOG OCTOBRE-DECEMBRE 2019: suivi des PA atteints de cancer après évaluation gériatrique personnalisée initiale: enquête auprès des UCOG:
 - 96 réponses sur 247 lieux de consultations d'egp
 - 58 suivi opérationnel ou expérimental
 - 24 un suivi en projet
 - 14 suivi non prévu

objectif: apprécier état de santé (91%) et pec des recommandations gériatriques (68%)

suivi par gériatre ou ide (IPA?)

remarques: difficultés liées au manque ressources humaines, absence de tarification adaptée

QUE DIT LA LITTÉRATURE ? (2)

- ETUDE PREPARE PLACE DE L'INTERVENTION GÉRIATRIQUE CHEZ LES SUJETS ÂGÉS TRAITÉS POUR UN CANCER. ESSAI DE PHASE III
- Evaluer l'apport de l'intervention gériatrique dans la prise en charge des patients âgés (70 ans et plus) traités pour un cancer et détectés par le questionnaire G8 comme étant « fragiles / à risque » par comparaison de l'efficacité de deux interventions :
- Bras a : prise en charge oncologique standard. les patients sont traités selon des protocoles de prise en charge oncologiques standards.
- Bras b : prise en charge gériatrique. en plus de la prise en charge oncologique standard, le patient bénéficie d'une prise en charge gériatrique incluant un suivi du patient par une infirmière formée à la gestion de cas.
- L'efficacité sera évaluée à partir d'un co-critère de jugement associant survie globale et qualité de vie.

QUE DIT LA LITTÉRATURE ? (3)

- JOURNAL OF GERIATRIC ONCOLOGY
 - 2022 HASNAN ET AL; ÉQUIPE AUSTRALIENNE
 - BARRIERS AND ENABLERS OF UPTAKE AND ADHÉRENCE TO DIGITAL HEALTH INTERVENTIONS IN OLDER PATIENTS WITH CANCER: A SYSTEMIC REVIEW
- JOURNAL OF GERIATRIC ONCOLOGY
 - (2020) ÉQUIPE DE CAEN
 - GERIATRIC PHONE FOLLOW-UP IN THE MANAGEMENT OF OLDER PATIENTS TREATED FOR CANCER: TELOG STUDY RESULTS

QUE DIT LA LITTÉRATURE ? (4)



- ETUDE RÉGIONALE PROSPECTIVE SUR LA FAISABILITÉ D'UTILISER UNE APPLICATION CONNECTÉE DE DÉCLARATION DES EFFETS SECONDAIRES DE CHIMIOTHÉRAPIE
-
- LAOG VA OUVRIR DANS LES SEMAINES À VENIR LES INCLUSIONS À L'ÉTUDE FASTOCH.
- L'OBJECTIF EST D'ÉVALUER LA FAISABILITÉ, POUR LES PATIENTS DE 75 ANS ET PLUS, D'UTILISER L'APPLICATION CONNECTÉE ANA DE DÉCLARATION DES EFFETS SECONDAIRES DE CHIMIOTHÉRAPIE, SEUL OU AVEC LE SOUTIEN D'UN AIDANT.
- TOUS LES PATIENTS DE 75 ANS ET PLUS DES CENTRES PARTICIPANTS SERONT INCLUS. ILS SERONT INVITÉS À RENSEIGNER UN QUESTIONNAIRE HEBDOMADAIRE POUR UNE DURÉE DE 3 MOIS MAXIMUM.
- LES PATIENTS QUI REFUSENT DE PARTICIPER OU QUI N'EN ONT PAS LA POSSIBILITÉ (ABSENCE DE CONNEXION À INTERNET OU DE MATÉRIEL INFORMATIQUE) SERONT ANALYSÉS COMME TELS.
- LA FAISABILITÉ EST CONSIDÉRÉE COMME LA PRÉSENCE D'AU MOINS UN QUESTIONNAIRE RENSEIGNÉ DANS L'APPLICATION.

QUE DIT LA LITTÉRATURE ? (5)



- Article sur l'après cancer en oncogériatrie (retornaz et al)
- Cancer survivors: Population gériatrique émergente vulnérable
- Traitement curatif du cancer prédispose à des effets secondaires à court, moyen et long terme
- Affecte la qualité de vie, augmente la fragilité et augmentation risque de comorbidité (insuffisance cardiaque, diabète, fibrose pulmonaire, neuropathies, arthrose et ostéoporose)
- Cancers survivors: + de fatigue, + de dépression et + de douleurs, altération du statut fonctionnel et de la mobilité

QUE DIT LA LITTÉRATURE ? (6)



- Risque de développer un deuxième cancer
- Médecine préventive: prévalence fragilité dix plus tôt que dans population générale
- exemple neuropathies induites par traitements (sels de platine, taxanes, vincalcaloïdes) persistant à long terme
 - risque de chute
 - état douloureux chronique
 - nette réduction de la qualité de vie

QUE DIT LA LITTÉRATURE ? (7)



- CAS CLINIQUES 1:
 - UNE FEMME DE 80 ANS LOMBALGIES D'INTENSITÉ PROGRESSIVE + 2 CHUTES
 - TRAITEMENT IL Y A 13 ANS D'UN CANCER DU SEIN (TUMORECTOMIE, RADIOTHÉRAPIE, CHIMIOTHÉRAPIE ADJUVANTE ET HORMONOTHÉRAPIE)
 - RX: FRACTURE VERTÉBRALE L3, CRP À 15MG/L
 - HYPOTHÈSES?

QUE DIT LA LITTÉRATURE ? (8)

- CAS CLINIQUE 2:

- HOMME 82 ANS SYNDROME OCCLUSIF
- HÉMICOLECTOMIE GAUCHE POUR ADK 5 ANS AVANT
- PALLIER III POUR LOMBAIGIES (CLE)
- HYPOTHÈSES ?



QUE DIT LA LITTÉRATURE ? (9)

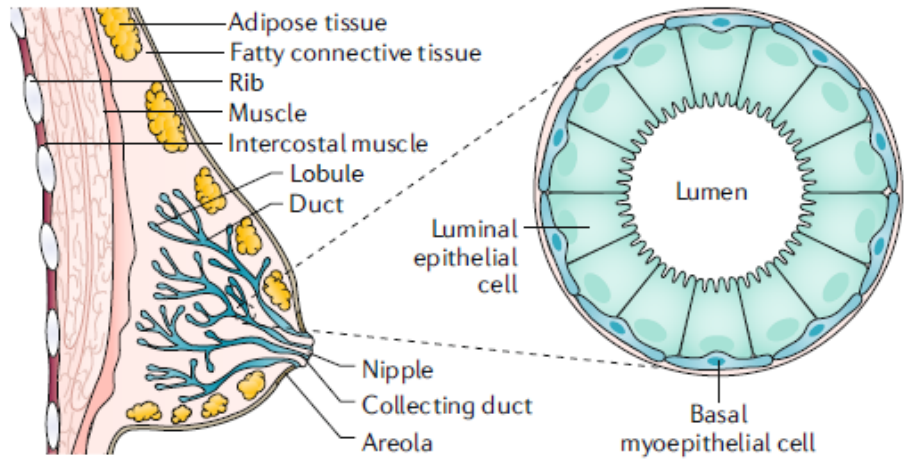
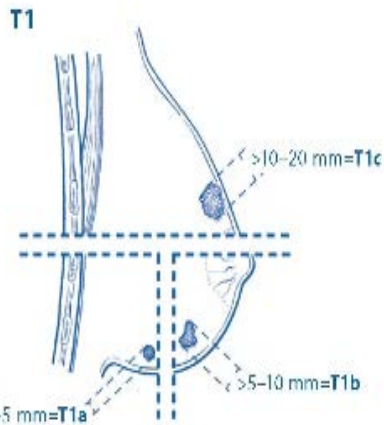


- cas clinique 3:
 - femme 85 ans
 - radiothérapie exclusive cancer larynx 3 ans avant
 - TNCM avec maladie d'alzheimer stade léger
 - hospitalisation pour syndrome confusionnel
 - contexte introduction récente hypnotique
 - Hypothèses?

QUE DIT LA LITTÉRATURE ? (10)



- Urgence à définir des stratégies de suivi
- Aucune consultation spécifique dédiée
- Aucune étude sur l'intérêt et sur le type de soins
- Consultation de fin de traitement ? (programme personnalisé de soins de l'après cancer ppac)
- Missions:
 - surveiller le risque de récurrence, de nouveau cancer
 - surveiller effets secondaires des traitements
 - gérer les comorbidités



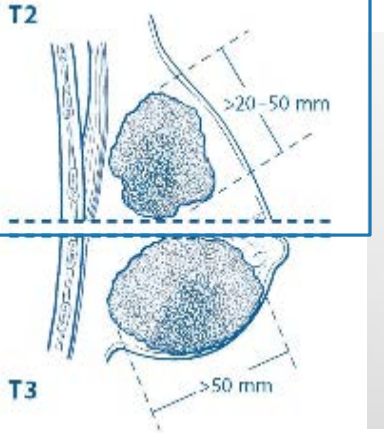
Histological subtypes

Preinvasive
 Ductal carcinoma in situ (DCIS)
 • Spreads through ducts and distorts ductal architecture; can progress to invasive cancer; unilateral
 Lobular carcinoma in situ (LCIS)
 • Does not distort ductal architecture; can be bilateral
 • Risk factor rather than precursor

Invasive
 Ductal carcinoma no special type (NST)
 • Develops from DCIS; fibrous response to produce a mass; metastasizes via lymphatics and blood
 Lobular carcinoma (ILC)
 • Isolated tumor cells (CDH1 mutations) minimal fibrous response; metastasizes preferentially via viscera

canalaire

lobulaire



Intrinsic subtypes (PAM50)

Basal-like
 TP53 mutations; genetic instability; BRCA mutations; medullary-like histology poorly differentiated

Claudin-low
 Largely triple-negative; metaplastic

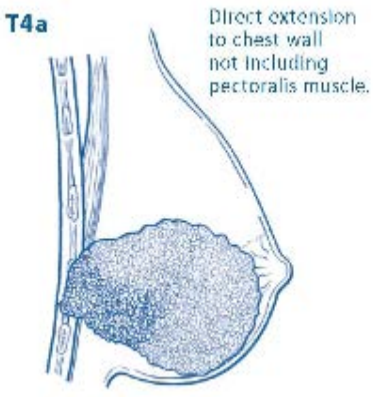
HER2-enriched
 HER2 amplification; GRB7 amplification; PIK3CA mutations; TOPO2 and/or MYC amplification; NST, pleiomorphic lobular and micropapillary histology

Normal-like^b

Luminal B
 PIK3CA mutations (40%); ESR1 mutations (30-40%); ERBB2 and ERBB3 mutations; NST, micropapillary and atypical lobular histology

Luminal A
 Activation of ESR1, GATA3, FOXA1, XBP1; NST, tubular cribriform and classic lobular histology

Récepteurs Hormonaux +



Surrogate intrinsic subtypes

Triple-negative
 ER-, PR-, HER2-; high grade; high Ki67 index; NST histology; special type histology (metaplastic, adenoid cystic, medullary-like and secretory); poor prognosis except for some special types

10-15%

HER2-enriched (non-luminal)
 ER-, PR-, HER2+; high grade; high Ki67 index; NST histology; aggressive disease but responds to targeted therapies; intermediate prognosis

13-15%

Luminal B-like HER2+
 ER+ but lower ER and PR expression than luminal A-like; HER2+; higher grade; high Ki67 index; NST and pleiomorphic; responds to targeted therapies; intermediate prognosis

10-20%

Luminal B-like HER2-
 ER+ but ER and PR expression lower than in luminal A-like; HER2-; higher grade; high Ki67 index; high-risk GES; NST, micropapillary and lobular pleiomorphic histology; intermediate prognosis

10-20%

Luminal A-like
 Strongly ER+ and PR+; HER2-; low proliferation rates; typically low grade; low Ki67 index; low-risk GES; NST, tubular cribriform and classic lobular histology; good prognosis

60-70%





THÉRAPEUTIQUES

- BIEN CONNAÎTRE LES TRAITEMENTS
- CONNAÎTRE LE BÉNÉFICE ATTENDU (SURVIE...)/ ESPÉRANCE DE VIE
- CONNAÎTRE LES EFFETS SECONDAIRES
- ET SAVOIR LES MANAGER, EN MESURER LES CONSÉQUENCES
- TOUJOURS METTRE EN BALANCE LA QUALITÉ DE VIE ET LE SOUHAIT DE LA PATIENTE

LE TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX

- Nombre de médicaments: plus de 3 à l'origine d'une fragilité
- Iatrogénie, majoration des effets secondaires
- Pharmacodynamie des traitements anticancéreux, interactions
- Attention à l'état nutritionnel
- Intérêt de la consultation pharmaceutique +++

CONCILIATION MEDICAMENTEUSE

- Le pharmacien : Un nouveau partenaire++++
- Interactions
- Attention à l'automédication, attention à la phytothérapie
- Difficultés: comment faire modifier l'ordonnance? Incitation financière?

Hormonothérapie et sujet âgé

Tumeurs RH +

Situation 1 :

NEO adjuvant (= traitement initial)

Si

- CI mammectomie d'emblée
 - Faire « fondre » la tumeur au bout 6 mois
- ou
- refus chirurgie
 - fragiles ++ en absence de tout traitement
 - Hormono résistance au bout de 2-3 ans

Situation 2 :

Adjuvant

5 ans voire 7-8 ans si fit T3-T4 ou pN+
non : petites tumeurs

ANTIAROMATASES:

stéroïdien : exemestane 25mg/ j

non stéroïdiens : anastrozole 1mg/ j ou letrozole 2,5 mg/ j

Si mauvaise tolérance

→ Tamoxifene

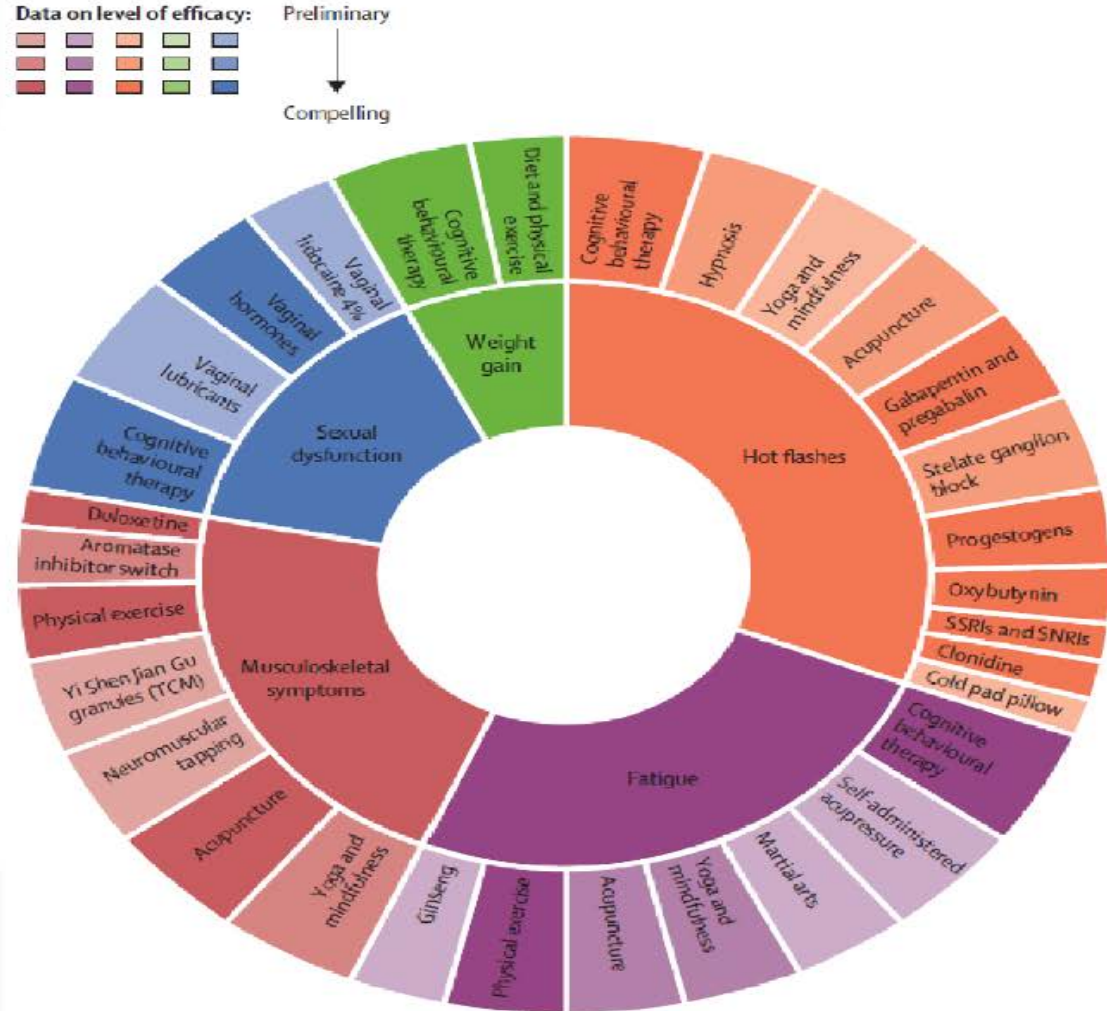
Bouffées de chaleur

Bilan ostéoporose + vit D Ca DMO++ / ACLASTA
/ \ risque fracturaire

Bilan lipidique

Diminution performances cognitives (tamoxifene)
Anastrozole? \ mémoire travail et concentration

Place des soins de support



Thérapies ciblées et sujet âgé - adjuvant

Anti-HER2

Trastuzumab (HERCEPTIN)

- Ac monoclonal anti HER2
- Voie s/c
- + CT
- Monothérapie si unfit
- Adjuvant : 6 mois

pertuzumab

CARDIOTOXICITE

+ 25 % chez sujet âgé

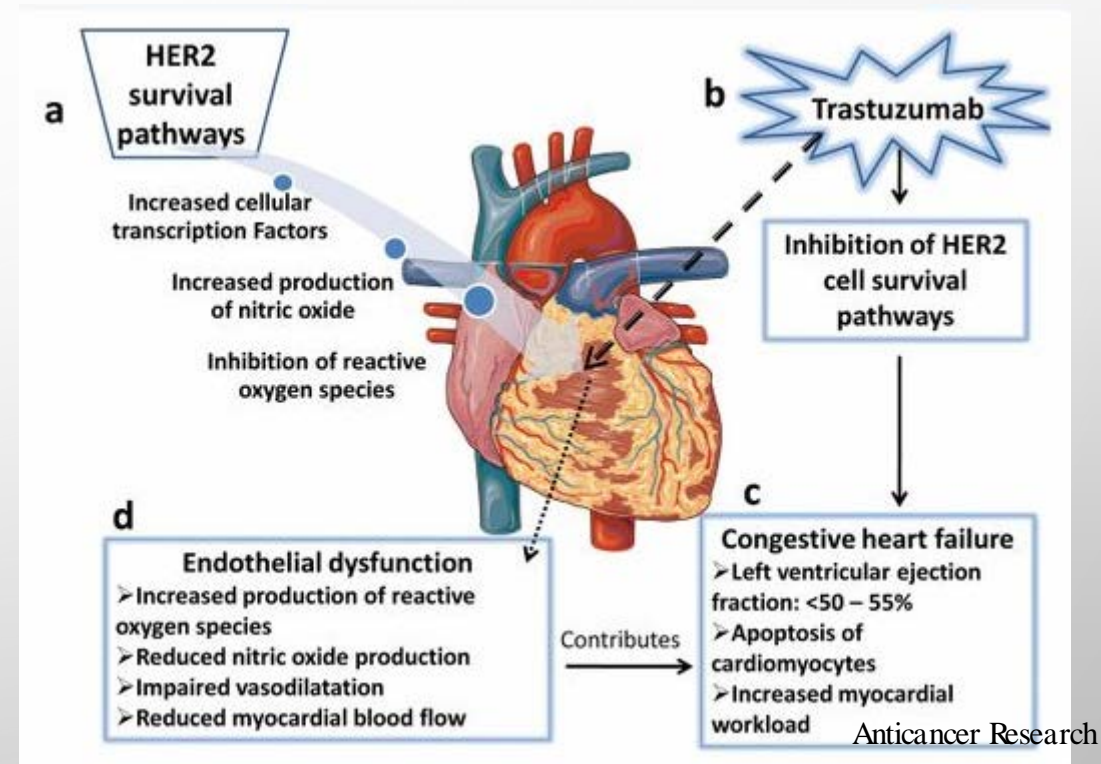
FdR :

- FdR cardiovasculaires sous-jacents (mais OK)
- Anthracyclines

Suivi : FEVG, tropo

Réversible 80% cas

Traitement cardioprotecteur

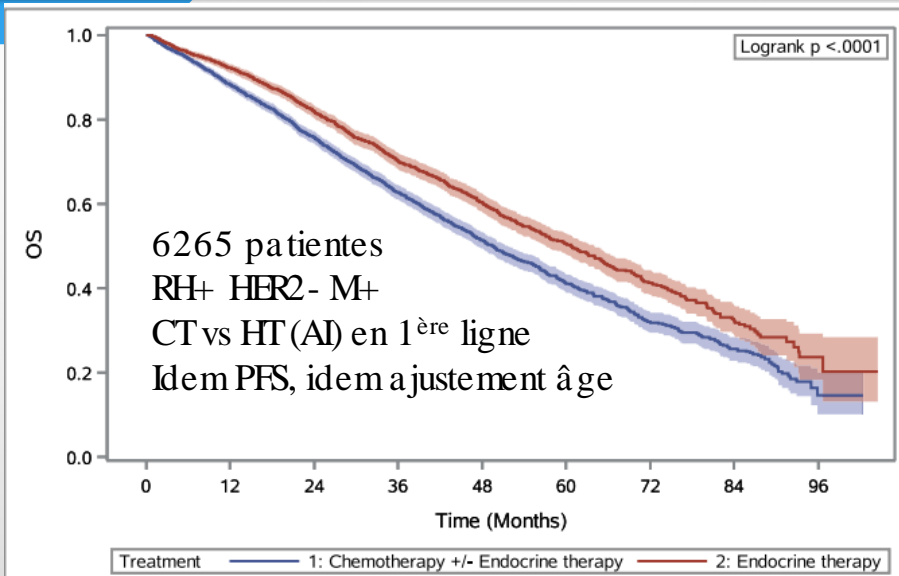


Toxicité cardiaque Trastuzumab?

- ETT baseline et a 3, 6, 9, et 12 mois.
- Toxicite cardiaque = 5% etudes princeps et jusqu'a 10-30% etudes observationnelle
- Toxicite reversible 80% des cas
- IEC/BB- a debuter en cas de cardio-toxicite (etude negative prevention laire)

Agent	Risk factors
Anti-HER2 compounds	
<ul style="list-style-type: none">- Antibodies<ul style="list-style-type: none">- Trastuzumab- Pertuzumab- T-DMI- Tyrosine kinase inhibitor<ul style="list-style-type: none">- Lapatinib	<ul style="list-style-type: none">• Previous or concomitant anthracycline treatment (<i>short time between anthracycline and anti-HER2 treatment</i>)• Age (>65 years)• High BMI >30 kg/mg²• Previous LV dysfunction• Arterial hypertension• Previous radiation therapy

Métastatique – hormonothérapie



Jacquet, EJC, 2018

Tumeurs RH +

1) Pas de chimio en 1^{ère} intention (sauf crise viscérale)
si progression maintenir si possible une combinaison hormonale

2) Quelle hormonothérapie ?

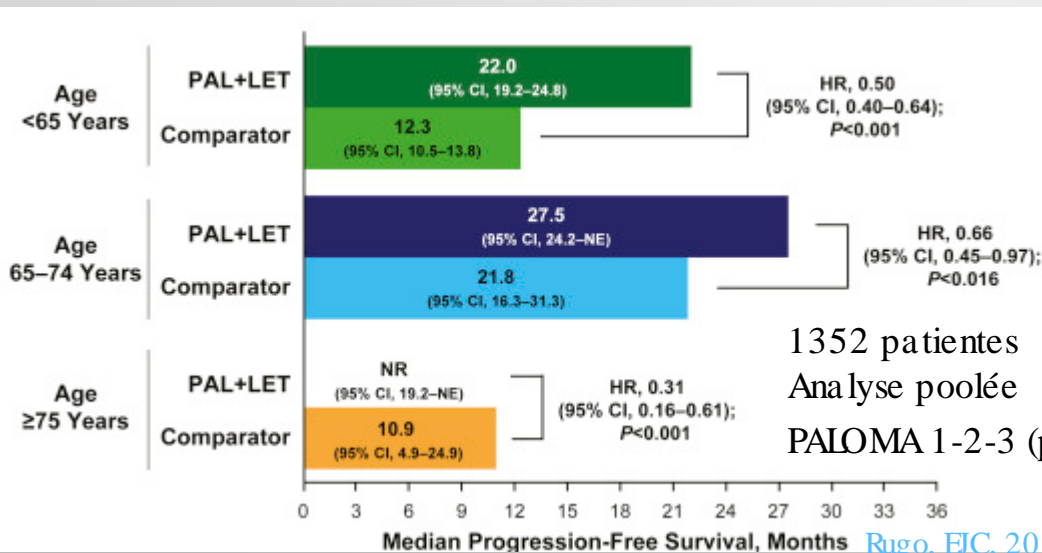
➤ Absence d'hormonothérapie préalable
ou intervalle libre > 12 mois : anti-aromatase

➤ HT préalable ou intervalle libre ≤ 12 mois : fulvestrant
(Inhibiteur sélectif RO ≠ tamoxifène modulateur)

3) Apport des inhibiteurs de cycles (CDK 4/6 inhibitors) cf

1352 patientes
Analyse poolée

PALOMA 1-2-3 (palbo +/- HT)



Rigo, EJC, 2018

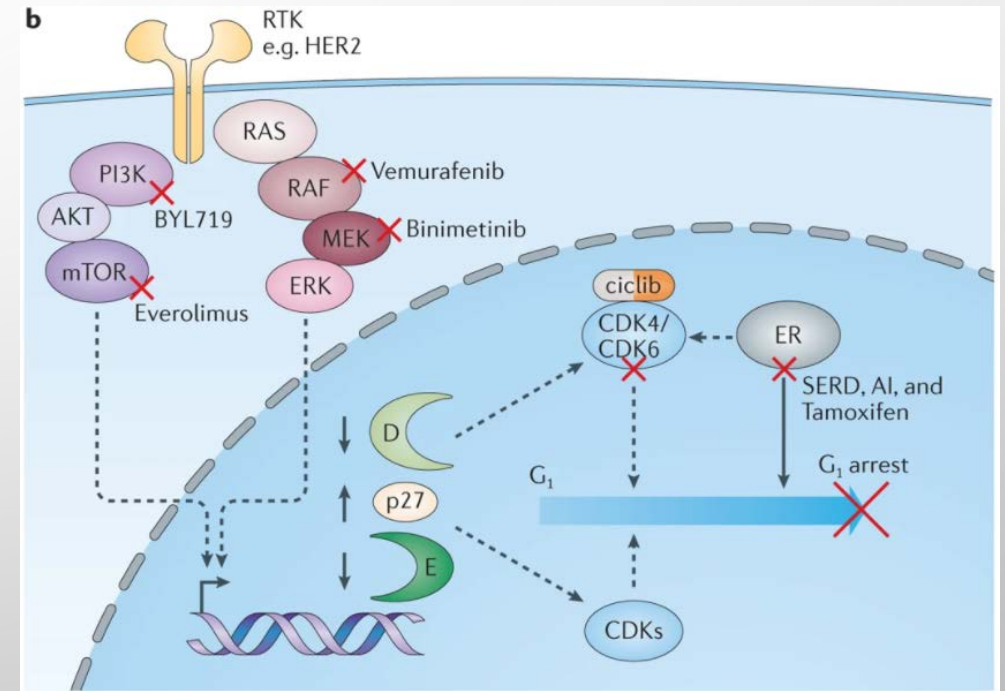
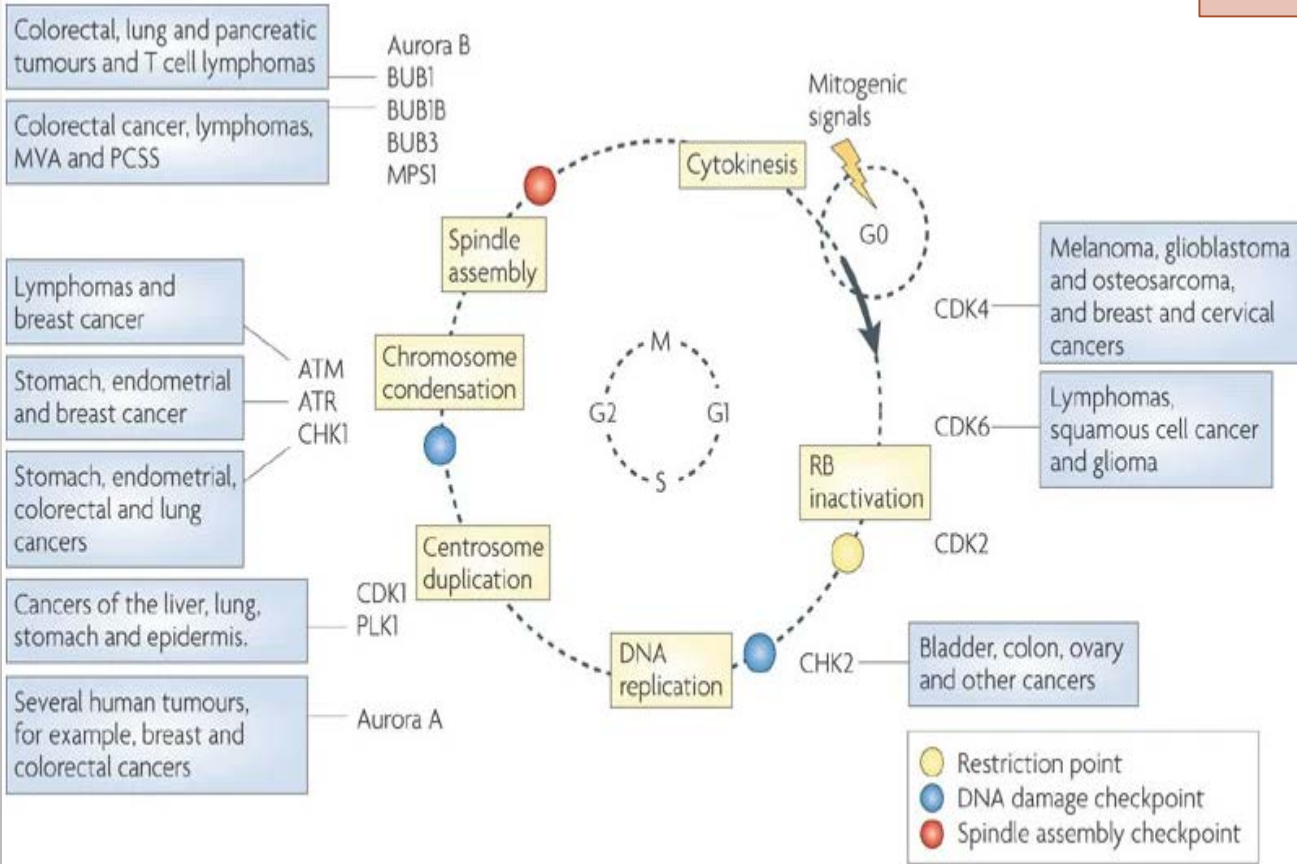
Métastatique – thérapies ciblées

Inhibiteurs de cycles

- Palbociclib
- Ribociclib
- Abemaciclib

- Neutropénie (tous)
- Allongement du QT
- Diarrhées
- MIEV

Tumeurs RH+
+ hormonothérapie



Métastatique – thérapies ciblées



Inhibiteurs de cycles

- Palbociclib
- Ribociclib
- Abemaciclib

- **Neutropénie** (tous)
- Allongement du QT
- Diarrhées
- MIEV

Tumeurs RH+
+ hormonothérapie

Inhibiteurs de mTOR

- Everolimus

- **mucite** - Diarrhées
- Asthénie / ! EI fatals
- anorexie

Tumeurs RH+
+ hormonothérapie

Anti-HER2

- Pertuzumab
- Trastuzumab
- Lapatinib (TKI anti HER2)

CARDIOTOXICITE

Diarrhées (+ chimio)

Dble blocage par -mab
+ chimio (TAXOL, ENDOXAN m)
+/- hormono si RH+

Inhibiteurs de PARP

- Olaparib
- Niraparib

- Nausées / vomissements
 - Olap = anémie
 - Nila = thrombopénie
- / ! inhibiteurs enz

BRCA muté HER2 -

Anti VEGF

- Bevacizumab

- HTA - Prot U

HER2 -

LES COMORBIDITÉS

- Leur nombre
- Leur poids
- Index de Charlson, CIRS-G
- À l'origine de contre-indication ou de précautions de certains traitements:
 - Ex cardiotoxicité des anthracyclines...

ETAT COGNITIF

- DÉPISTAGE+++
- AUTONOMIE DE DÉCISION
- FAISABILITÉ DES TRAITEMENTS (TROUBLES DU COMPORTEMENT, COMPRÉHENSION DU TRAITEMENT)
- PROBLÈME DE L'EFFET DES TRAITEMENTS ANTICANCÉREUX SUR LA COGNITION
- QUESTION ÉTHIQUE



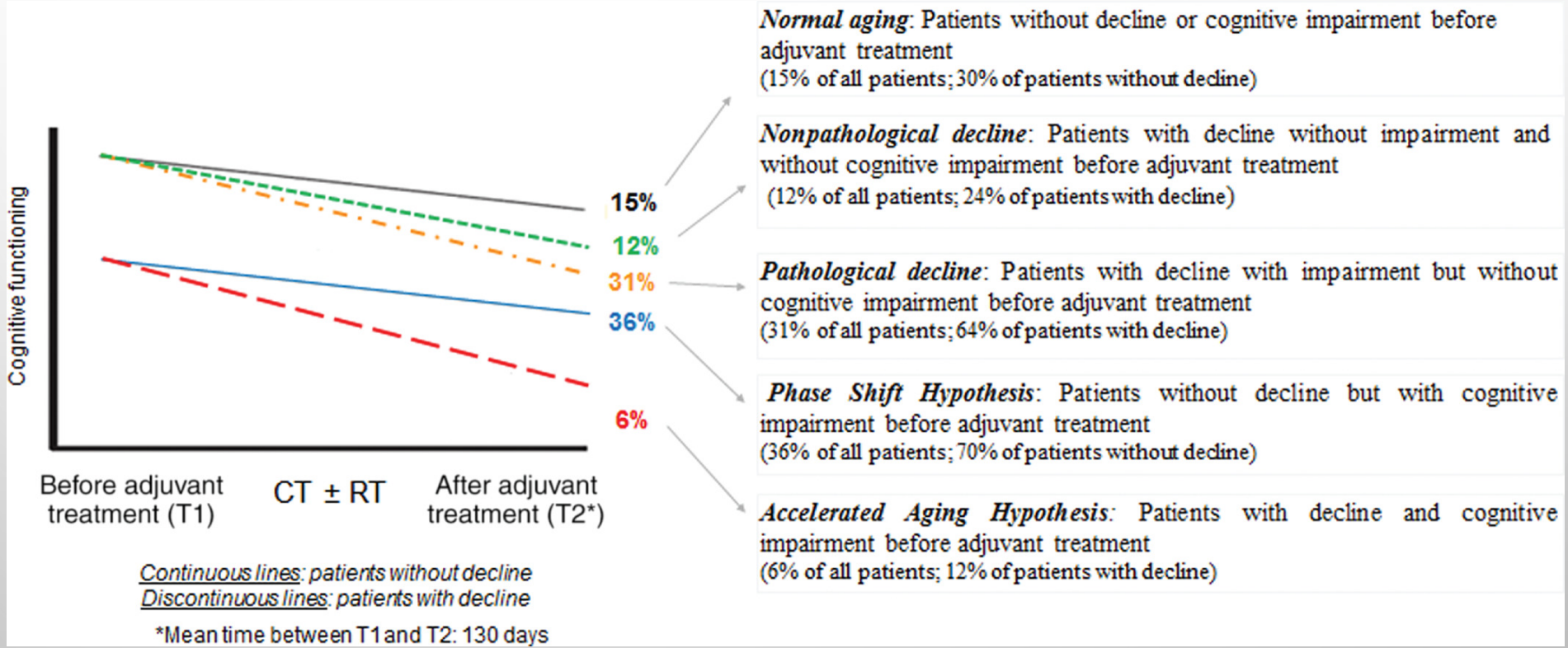
"Nurse! With this chemo cocktail, get me some mixed nuts and pretzels!"

Cancer du sein et troubles cognitifs: les traitements en cause?

Chimiothérapie = « chemobrain » 50% > 65 ans

- Transitoire (max 1 an > stop chimio)
- ↘ QdV
 - Mémoire (travail ++)
 - Vitesse de traitement
 - Sd dyséxecutif
 - Attention

Docetaxel chez les plus âgés
5-FU, ENDOXAN, anthra





"Nurse! With this chemo cocktail, get me some mixed nuts and pretzels!"

Cancer du sein et troubles cognitifs: les traitements en cause?

Chimiothérapie = « chemobra in »

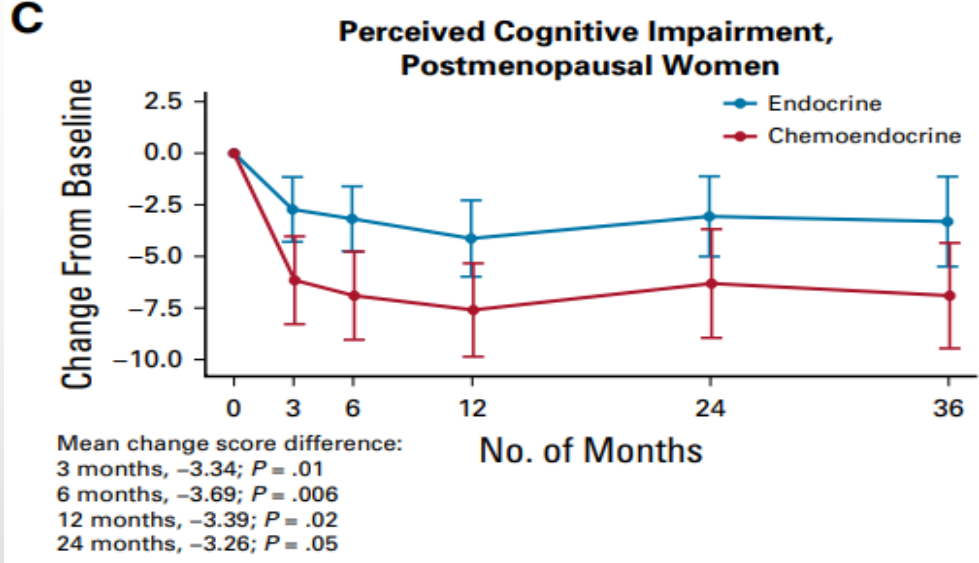
Hormonothérapie

50% > 65 ans

- Transitoire (max 1 an > stop chimio)
- ↘ QdV
 - Mémoire (travail ++)
 - Vitesse de traitement
 - Sd dyséxecutif
 - Attention

Docetaxel chez les plus âgés
5-FU, CYP, anthracyclines

Rôle du **microbiote**?



- Tamoxifene >>> antiaromatase

Réhabilitation cognitive (neuropsychologue et e-learning, entraînement cérébral), mémoire de W
<https://hasomed.de/fr/produits/reha.com/>)
 Amélioration QdV, amélioration symptômes dépressifs

Troubles cognitifs préalable et cancer du sein: Impact sur le traitement?

↘ Chir ; ↗ hormono en 1^{ère} intention

Reflet de la fragilité

↘ OS mais DSS ↔

Treatment choice by cognitive impairment level.

Primary treatment: all tumour types/patients	Cognition category				P value
	Normal function (N = 2938)	Mild impairment (N = 336)	Moderate impairment (N = 59)	Severe impairment (N = 83)	
Surgery (+/- adjuvant therapy)	2494 (84.9%)	248 (73.8%)	36 (61.0%)	33 (39.8%)	<0.001
PET = primary endocrine treatment	365 (12.4%)	75 (22.3%)	21 (35.6%)	43 (51.8%)	
No treatment/unknown	79 (2.7%)	13 (3.9%)	2 (3.4%)	7 (8.4%)	
ER positive patients	Normal function (N = 2561)	Mild impairment (N = 292)	Moderate impairment (N = 52)	Severe impairment (N = 74)	P value
Surgery (+/- adjuvant therapy)	2139 (83.5%)	208 (71.2%)	30 (57.7%)	25 (33.8%)	<0.001
PET	362 (14.1%)	75 (25.7%)	20 (38.5%)	43 (58.1%)	
No treatment/ unknown	60 (2.3%)	9 (3.1%)	2 (3.8%)	6 (8.1%)	
Adjuvant therapy	Normal function	Mild impairment	Moderate impairment	Severe impairment	P value
Chemotherapy in women with high recurrence risk cancer ^a	342/1346 (25.4%)	28/139 (20.0%)	4/18 (22.2%)	2/17 (11.8%)	0.32
Radiotherapy in women following BCS or high risk histology post mastectomy ^b	727/1161 (62.6%)	66/110 (60.0%)	9/15 (60%)	4/13 (30.8%)	0.12
Trastuzumab in women with HER-2 positive disease ^c	126/289 (43.6%)	10/34 (29.4%)	1/4 (25.0%)	2/5 (40.0%)	0.39

AUTONOMIE FONCTIONNELLE

- ACTIVITÉS DE LA VIE QUOTIDIENNE (ADL)
- ACTIVITÉS INSTRUMENTALES DE VIE QUOTIDIENNE (IADL)





AUTONOMIE FONCTIONNELLE

- Capacités à appeler IDE? Prestataires? Gestion de la modification d'ordonnances
- Nécessite parfois une compensation par aides humaines, aussi en HJ:
 - Aide à l'installation
 - Aide aux repas
 - Aide pour hygiène

Impact physical function

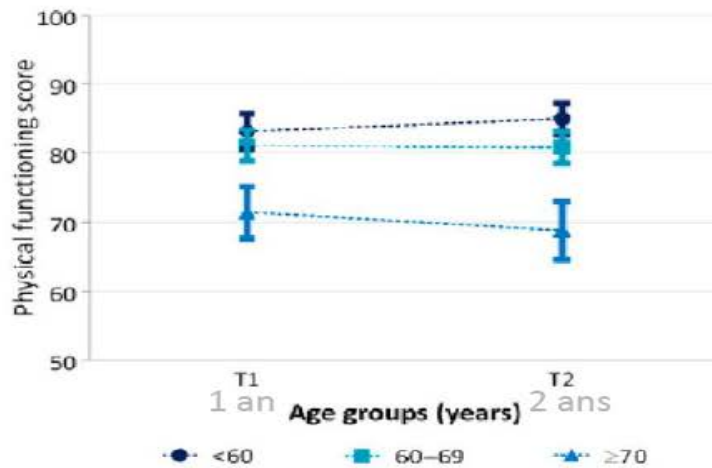


Figure 2. Mean physical functioning in different age groups. Mean physical functioning scores were calculated from the EORTC QOL-C30 questionnaire.

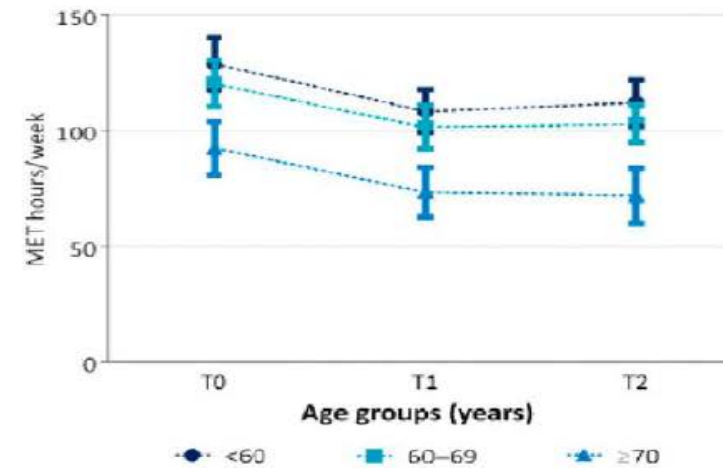
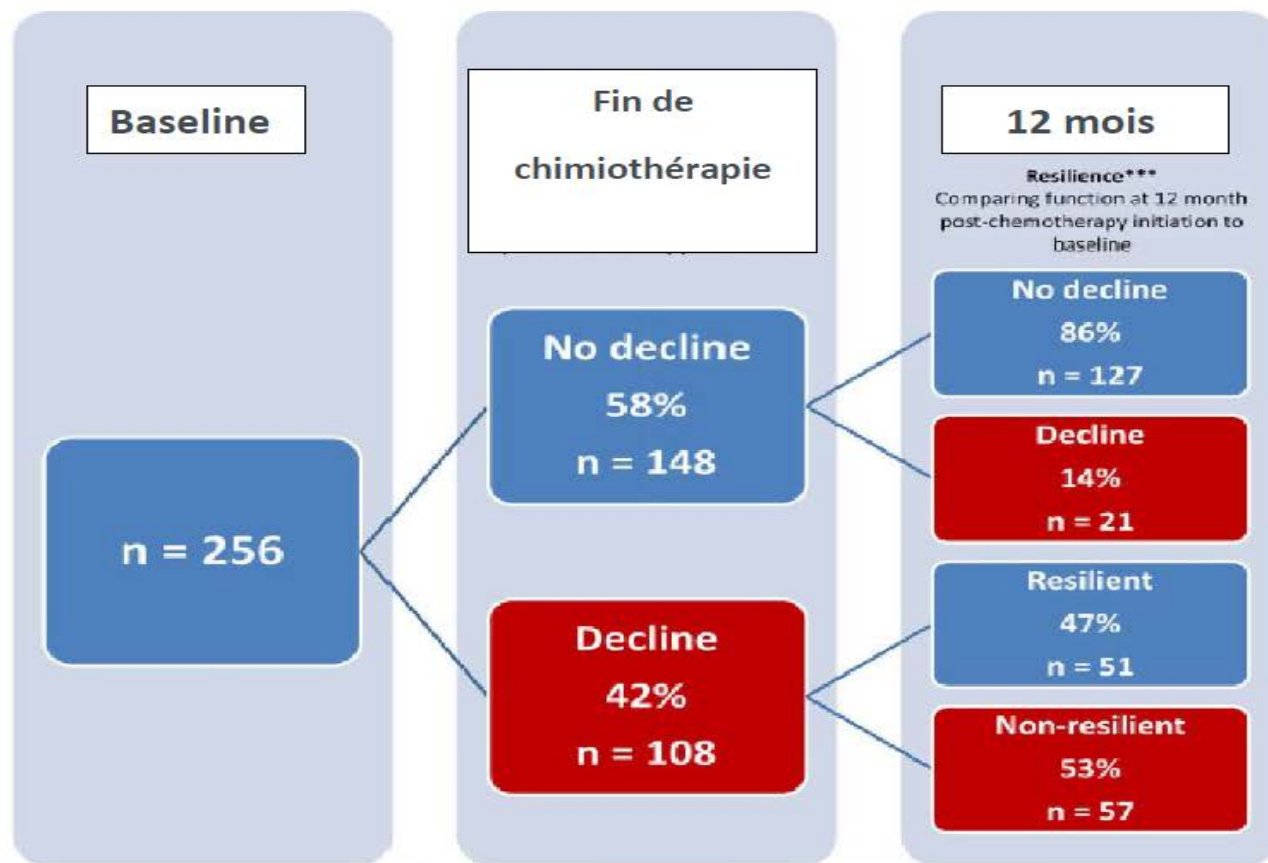


Figure 3. Mean physical activity in different age groups. Mean physical activity was calculated from the EPIC physical activity questionnaire.

FdR déclin fonctionnel :

- Age
- PS élevé
- Chimiothérapie (univarié)

Résilience : 1/3 patients déclin fonctionnel 1 an après chimio



ETAT MOTEUR

- Recherche troubles de l'équilibre, de la marche, existence de chutes
- Vitesse de marche (marqueur de fragilité quand ↓)
- Appui unipodal
- Timed get up and go test ($N < 20s$)
- Relever du sol
- Sarcopénie

LA VITESSE DE MARCHÉ MARQUEUR DE LA FRAGILITÉ!



DUELS

ETAT MOTEUR

- PROBLÈMES ORTHOPÉDIQUES : DIFFICULTÉS D'INSTALLATION, FAUTEUIL CONFORTEBLE
- DIFFICULTÉS DE DÉPLACEMENT (EX CHIMIO THÉRAPIE HEBDOMADAIRE)




Activité physique

Impact :

- QoL, Fatigue
- Plainte cognitive, anxiété
- Tolérance chimio et hormonothérapie
- OS, mortalité spécifique et risque de rechute

Essais randomisés en cours population âgée :

Exercise in older women with breast cancer during systemic therapy: study protocol of a randomised controlled trial (BREACE)

Høgni Hammershaimb Andersen ^{1,2} Marta Kramer Mikkelsen,^{2,3} Ida Lundager,¹ Cecilia Margareta Lund,⁴ Julia Sidenius Johansen,^{2,4,5} Anders Vinther,^{1,6} Carsten Bogh Juhl,^{7,8} Bo Zerahn,⁹ Anne-Mette Ragle,¹ Dorte Lisbet Nielsen^{2,5}



shutterstock.com · 111817274



low row, knee flexion, chest press,



abdominal crunch, knee extension,



back extension, leg press.

Focus : métastases osseuses et sujet âgé

Douleurs osseuses

Déficit neurologique

Fractures pathologiques

Hypercalcémie

Erythroblastose (infiltration médullaire)

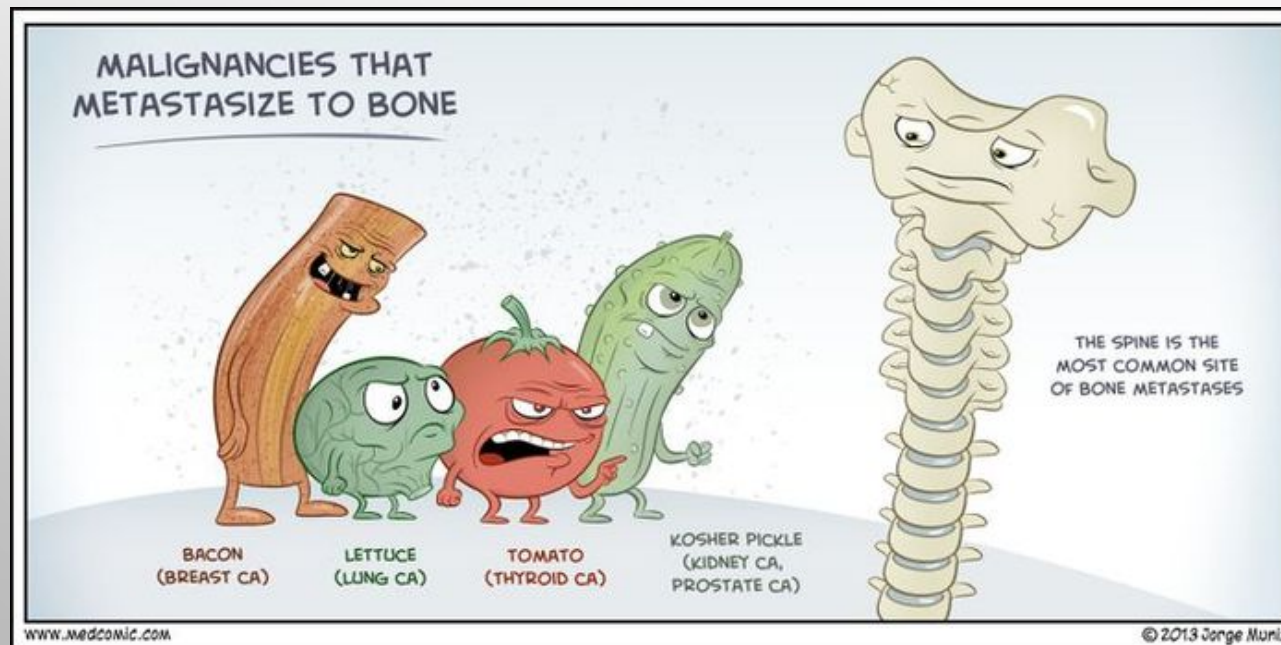
↗ Phosphatases alcalines

En absence d'hypercalcémie

- 1) Supplémentation vitamino-calcique
- 2) Inhibiteur de la résorption osseuse
 - Bisphosphonates (acide zoledronique, pamidronate de Na)
 - Anti-RANK ligand (denosumab) (bilan dentaire impératif)

Si hypercalcémie

- Bisphosphonates



MILIEU SOCIAL

- Souvent le garant de la bonne réalisation d'un traitement
- Entourage proche, isolement? Aidant principal?
- Maison adaptée?
- Mise en place d'aides humaines ou techniques à anticiper avant une chirurgie, une chimiothérapie
- Convalescence?





ÉTAT THYMIQUE

- Cancer : mise en face de la réalité de la mort
- Dépistage anxiété et dépression et différencier le normal du pathologique
- Acceptation des traitements, motivation
- Qualité de vie



RÔLE DE L'INFIRMIÈRE DE PRATIQUES AVANCÉES

- Car le gériatre ne peut pas voir tout le monde!
- Importance pour le suivi
- Situation mouvante
- Alerte
- En collaboration avec le gériatre mais aussi l'oncologue!

MERCI POUR VOTRE ATTENTION



PS merci au Dr Barben et Dr Quipourt pour leur participation au diaporama

Chimiothérapie et sujet âgé

Situation 1 : NEO adjuvant

- Triple négatif
- « gros » HER2

Situation 2 : Adjuvant

- RH – si espérance de vie > 4-5 ans
- HER2
- Risque de récurrence élevé: signature génomique (RH+ / HER2-)

Drogues utilisées: 4TC

- Anthracyclines
- cyclophosphamide
- Docetaxel
- Paclitaxel hebdomadaire

Effets secondaires:

- Cardiaque (anthracyclines)
- Neutropénie fébrile
- Diarrhées / vomissements
- Neuropathie périphérique

Troubles cognitifs

- Prophylaxie par G-CSF systémique
- Prévention des diarrhées
- Nutrition
- Examen neurologique fréquent

Table 5 Toxicities experienced by the ESBC cohort (age ≥ 70) at West Cancer Center, Memphis, TN (2010–2016)

Organ of toxicity	Total N=392	Severe* N=116	Life threat. N=3	Death N=5
Lung	4	1	0	0
Heart	4	2	1	0
Vascular event	3	0	0	0
Brain	11	3	0	1
Gastrointestinal	90	21 (18.1%)	0	0
Skin	12	1	0	0
Infusion reaction	3	0	0	0
Hepatic Insufficiency	1	1	0	0
Renal Insufficiency	3	2	0	0
Hematologic[†]	60	37 (31.6%)	0	1
Anemia	22	14 (12%)	0	0
Neutropenia	28	14 (12%)	0	0
Neutropenic fever	10	9 (7.7%)	0	1
Constitutional/fatigue[^]	131	42 (36.2%)	0	0
Neuropathy	40	5	0	0
Immune	2	0	0	0
musculoskeletal	5	1	0	0
Infection	15	0	2	1
Endocrine	4	0	0	0
Unknown	2	0	0	2

Les grandes chimiothérapies

Anthracyclines (adriamycine, épirubicine, schémas FEC 100 ou AC)

Myélotoxicité

Cardiotoxicité

Alkylants (cyclophosphamide/Endoxan[®], schéma FEC 100 ou AC)

Myélotoxicité

Attention à la fonction rénale

Taxanes (docetaxel/Taxotère[®], paclitaxel/Taxol[®])

Myélotoxicité

Neuropathie

Onycholyse

Antimétabolites (5-fluorouracile, forme orale = capecitabine/Xeloda[®])

Syndrome mains pieds

Diarrhée



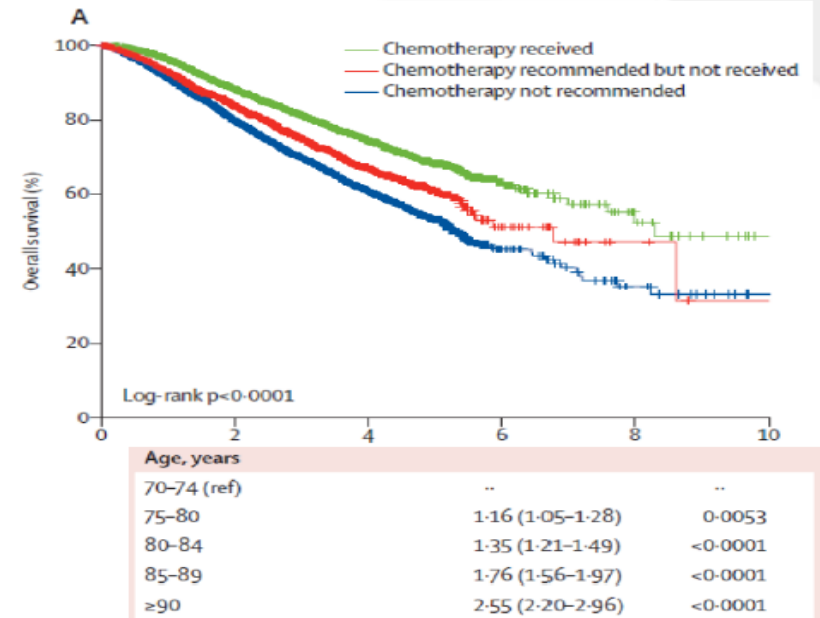
Qui traiter?

- Patientes sans ou avec peu de comorbidités
- Patientes avec une espérance de vie prolongée hors cancer
- Tumeurs RH- ou N+
- Chimiothérapie « adaptée » +/- G CSF

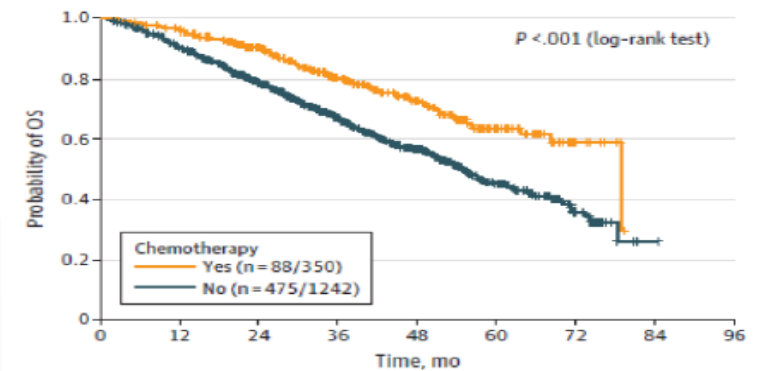
Table 4. Impact of Chemotherapy on Overall Survival by Regional Lymph Node Status

Model	Positive Nodes (n = 1,534; 920 events)			Negative Nodes (n = 3,140; 1,146 events)		
	Hazard Ratio	95% CI	P*	Hazard Ratio	95% CI	P*
Unadjusted	0.58	0.51 to 0.66	< .0001	0.80	0.69 to 0.94	< .01
Adjusted						
Multivariable model without propensity score	0.68	0.58 to 0.80	< .0001	0.94	0.79 to 1.11	NS
Propensity score as continuous covariate	0.76	0.65 to 0.88	< .001	0.92	0.78 to 1.09	NS
Stratified by propensity score quintile	0.73	0.62 to 0.85	< .001	0.89	0.75 to 1.05	NS

74

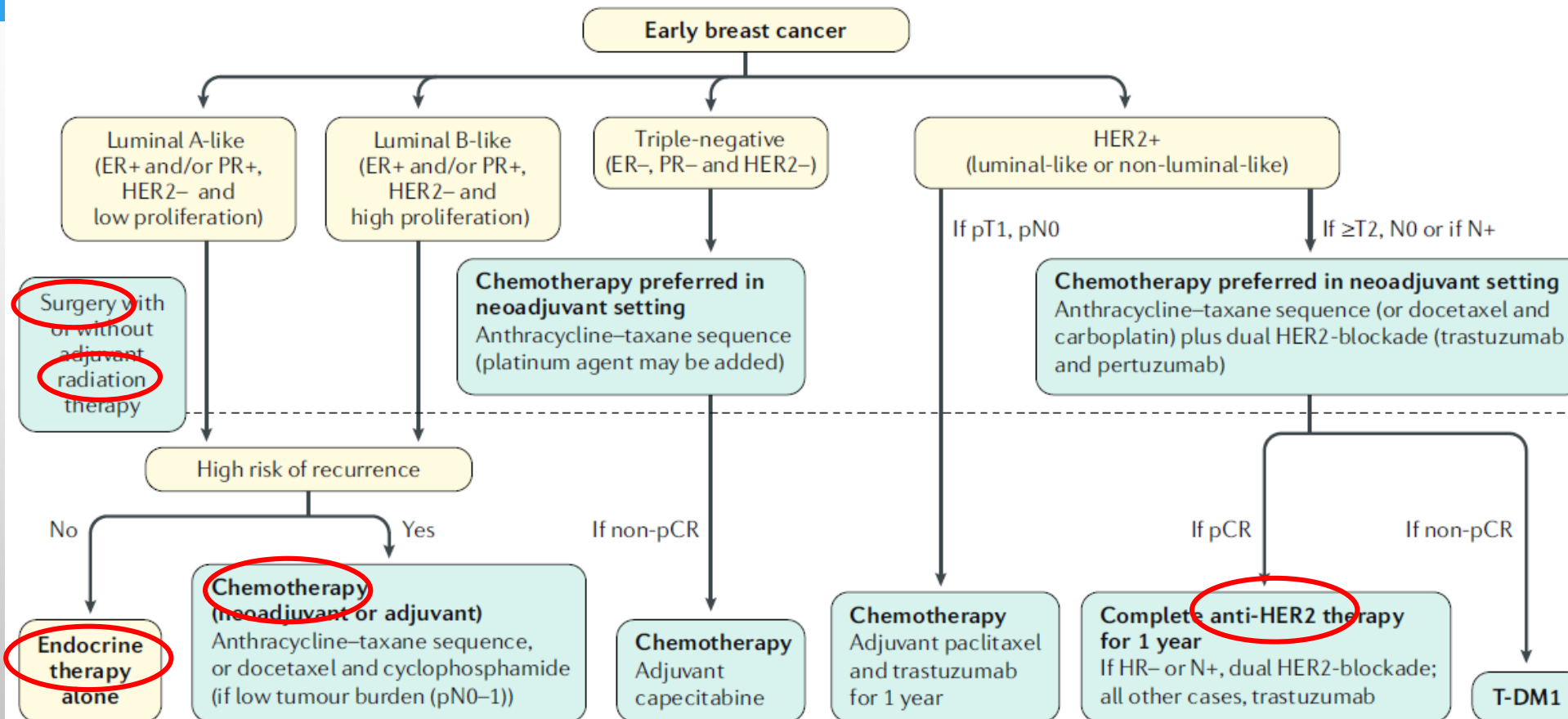


70+ triple negative



70+ Charlon2-3 RH+N+

Principes de traitement: stades localisés



Raisonnement:

- 1) TNM, opérable ?
- 2) RH ?
- 3) HER2 ?
- 4) Éval gériatrique

In all luminal-like tumours: adjuvant endocrine therapy (minimum 5 years; if high-risk, extended for up to 7–10 years)*

- Premenopausal women: tamoxifen; if high-risk: GnRH analogue and tamoxifen or aromatase inhibitor
- Postmenopausal women: aromatase inhibitor and/or tamoxifen upfront or in sequence with each other
- Under investigation: CDK4/6 inhibitor plus endocrine therapy

In postmenopausal women or premenopausal women receiving ovarian suppression

- Consider adjuvant bisphosphonates

Principes de traitement: stades avancés

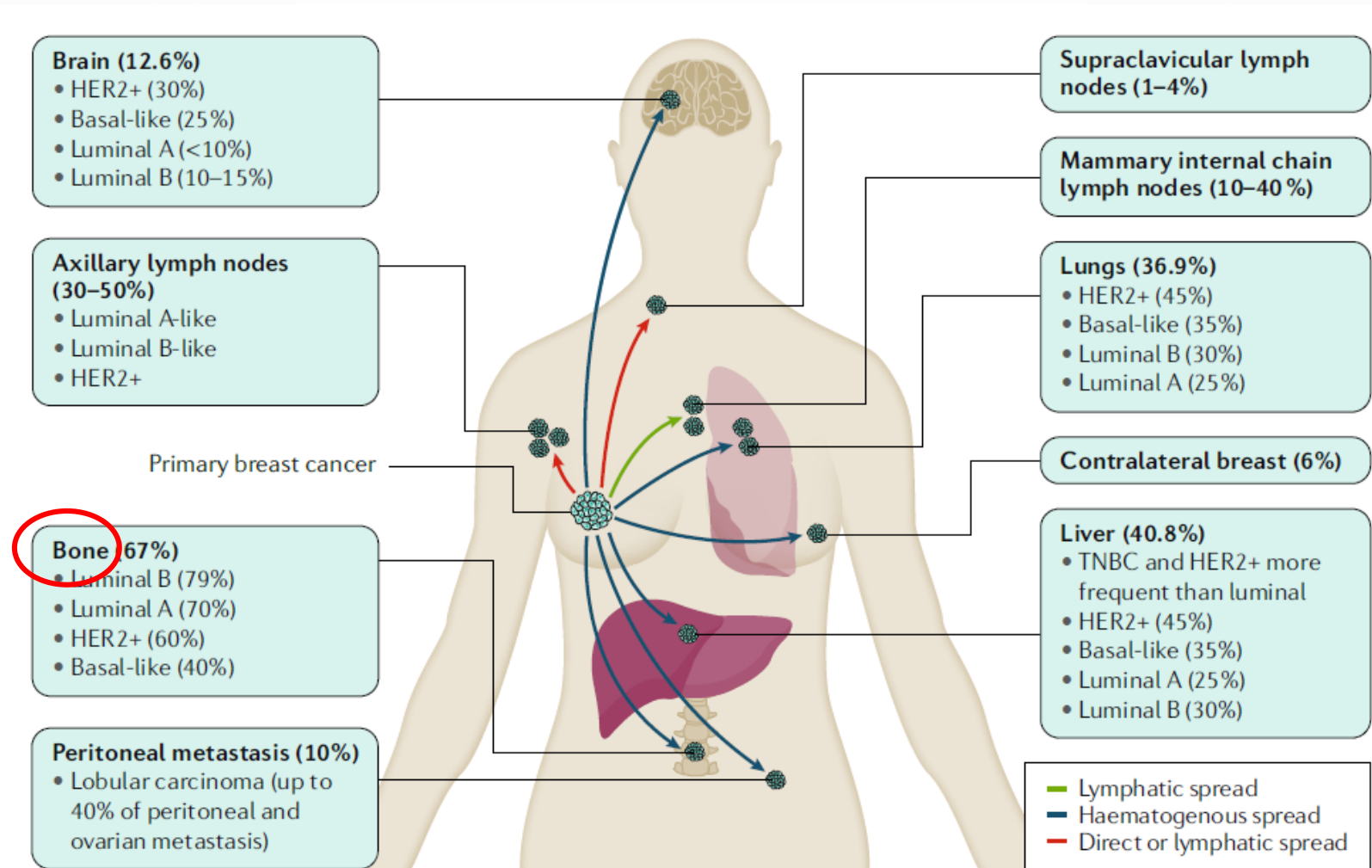


Fig. 9 | Common metastatic sites in breast cancer. The most frequent nodal site is the axillary lymph nodes and the

2. Stades avancés

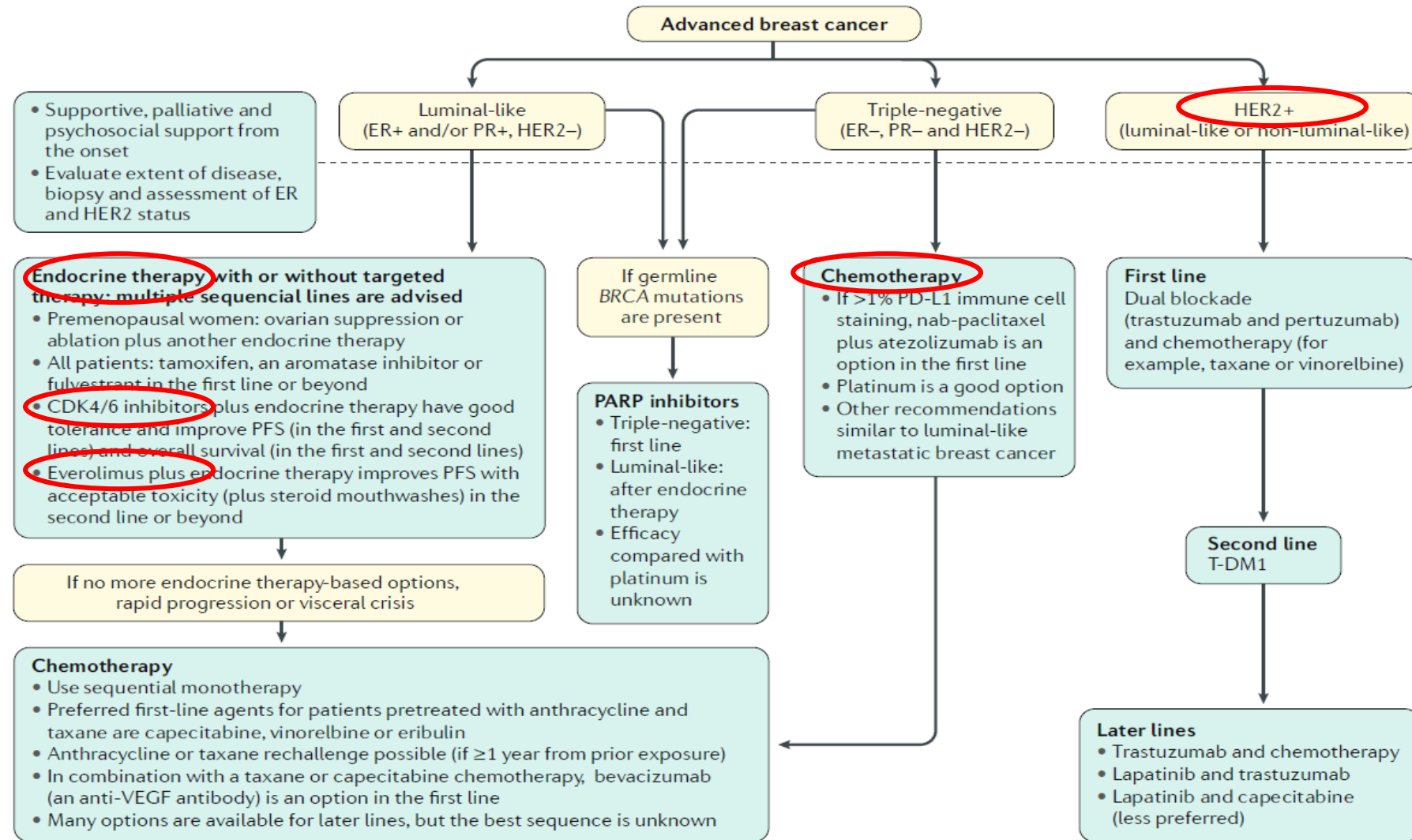


Fig. 10 | **Algorithm for advanced breast cancer.** Management of advanced breast cancer with distant metastases should be according to subtype as well as disease characteristics and patient preferences. Supportive, palliative and psychosocial