

# Traitement des cancers de la tête et du cou du sujet âgé Pourquoi peut-on (faut-il) les opérer !

# Introduction

- Cancer ORL

dans les pays occidentaux : environ 5 % des cancers.

4<sup>e</sup> plus fréquent

30 % 70 ans et plus, et 10 % ont plus de 80 ans

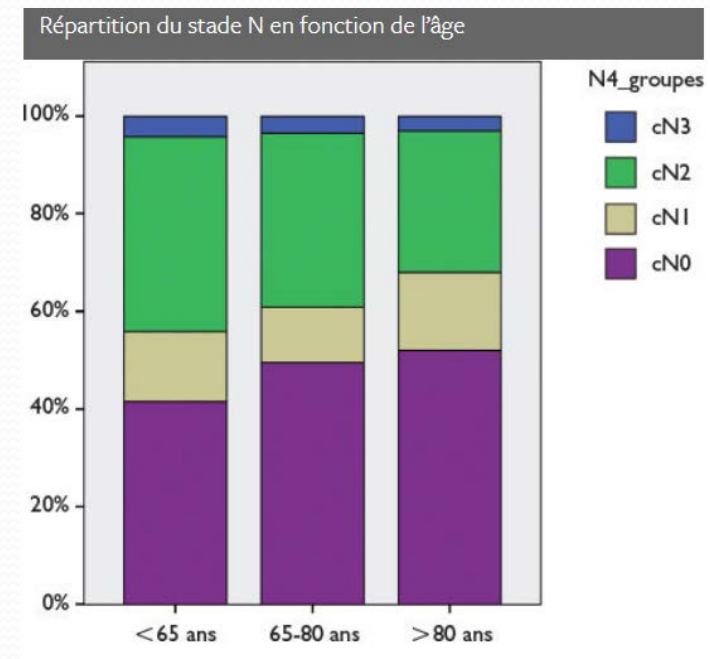
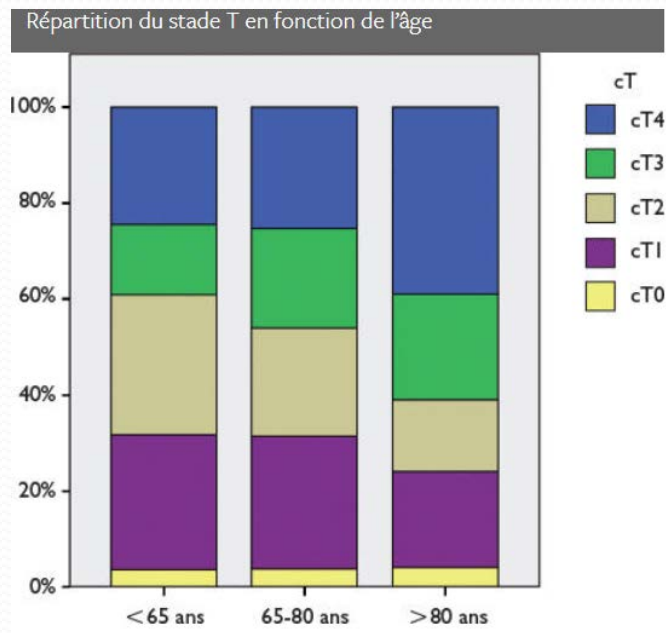
Epidémiologie spécifique:

proportion de femmes augmentée,

moins d'antécédents d'intoxication alcoolique,

faible proportion des cancers du larynx/hypopharynx,

prédominance des cancers de la cavité buccale



• [Nicolas Dulguerov 2005](#)

## **Implications pratiques**

- > Trente pour cent des patients très âgés atteints d'un carcinome épidermoïde de la tête et du cou sont palliatifs lors du diagnostic
- > La survie globale des patients atteints d'un carcinome épidermoïde de la tête et du cou et traités avec intention curative diminue avec l'âge en raison des décès intercurrents
- > La survie sans récurrence après traitement curatif chez la personne âgée est comparable à la population jeune
- > Pour les stades peu avancés, le pronostic de survie globale chez la personne âgée dépend des comorbidités
- > La décision de l'intention de traitement chez la personne âgée doit prendre en compte la réponse attendue au traitement et l'espérance de vie en fonction des comorbidités

# Chirurgie et personne âgée???



ORIGINAL ARTICLE

**“Age is just a number”; frailty as a marker of peri-operative risk in head and neck surgery: Systematic review and meta-analysis**

Eoin F. Cleere MRCSI (ENT) ✉, Matthew G. Davey MRCSI, MCh, James P. O'Neill MD, FRCSI (ORL-HNS)

First published: 02 June 2022 | <https://doi.org/10.1002/hed.27110>

PUBMED, EMBASE et Cochrane Collaboration  
344 études seulement 14 retenues 5 prospectives  
augmentation de la morbidité postopératoire à 30 jours  
suggéré une augmentation de la mortalité à 30 jours ( $p < 0,05$ )

> [Eur Arch Otorhinolaryngol.](#) 2023 Mar;280(3):1447-1453. doi: 10.1007/s00405-022-07712-0.  
Epub 2022 Oct 21.

## Head and neck cancer surgery in elderly patients: the role of frailty assessment

[S Rothman](#)<sup>1 2</sup>, [S Zabarqa](#)<sup>3 4</sup>, [J Pitaro](#)<sup>3 4</sup>, [H Gavriel](#)<sup>3 4</sup>, [T Marom](#)<sup>5</sup>, [L Muallem Kalmovich](#)<sup>3 4</sup>

Affiliations + expand

PMID: 36269365 DOI: [10.1007/s00405-022-07712-0](#)

3 populations <70 ans ; 70-80 ans et sup à 80 ans

Pas de différence sur la morbidité post opératoire à 30 jours, taux de ré hospitalisation, hospit réa  
En multivariée, corrélation positive entre l'accident vasculaire cérébral (AVC) préopératoire, la  
démence et les arythmies cardiaques, et la probabilité de développer une complication  
postopératoire.



la prédiction du risque opératoire basée sur la réserve physiologique ou la fragilité est un outil important dans l'évaluation des patients âgés atteints d'un cancer de la tête et du cou.

# Cavité Buccale

- Localisation la plus fréquente
  - Modification de l'homéostasie buccale avec l'âge
  - Moins de patients tabagique (mais beaucoup d'ancien)
  - Modification du parodonte/ de la sécrétion salivaire
    - Bouche plus inflammatoire
  - Lésions traumatiques répétées plus fréquentes
    - Kératoses ulcères
      - verruqueuses, de couleur blanc nacré, de consistance ferme et au relief plus ou moins prononcé
      - mixtes

# Cavité Buccale

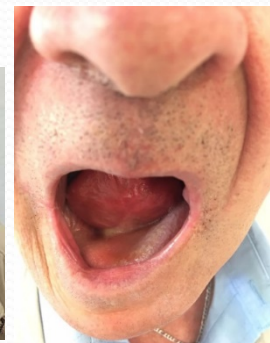
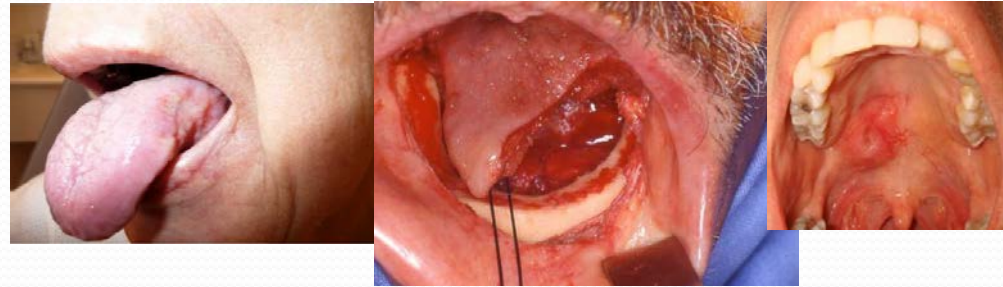
- Plus de lésions de lichen plan ; risque de dégénération qui augmente avec le temps





# Cavité Buccale

- Localisation: langue/gencive/joue
  - La localisation la plus chirurgicale
- Principe de la chirurgie
  - Exerèse in sano
  - Souvent accompagnée d'un geste ganglionnaire
  - Principal problème: reconstruction
    - Faut il privilégier les reconstructions complexes jeunes/reconstructions simples âgés /voir les CI



## Microvascular reconstruction of head and neck defects in the elderly

James Every BSc, MD, Narayana Subramaniam MCh, FICRS, Rebecca Dawson DOHNS, FRCS, Sydney Ch'ng PhD, FRACS, Tsu-Hui (Hubert) Low MBBS, FRACS, Carsten E. Palme MBBS, FRACS, Jonathan Clark FRACS, AM, James Wykes MBBS, FRACS

First published: 06 April 2021 | <https://doi.org/10.1111/ans.16771> | Citations: 1

rétrospectif 344 patients lambeau libre  
≥75 ans taux de complications global plus élevé  
complications médicales et non aux chirurgicales

ASA IV était faiblement associé aux complications chirurgicales (  $P = 0,05$  )

Pas d'impact l'ICC et l'âge

La durée médiane de séjour était similaire entre les groupes d'âge.

L'âge avancé ou la comorbidité ne doivent pas empêcher la reconstruction microvasculaire, mais prise en charge comorbidité doivent être optimisé avant l'opération et les facteurs prédisposant aux complications médicales minimisés

Classe ASA	Description
1	Patient en santé Ex. En santé, non-fumeur, prise d'alcool minime
2	Patient avec maladie systémique légère Ex. Fumeur, grossesse, obésité IMC 30-40, diabète et hypertension artérielle (HTA) bien contrôlés, maladie pulmonaire légère
3	Patient avec maladie systémique sévère Ex. Diabète ou HTA mal-contrôlés, MPOC, alcoolisme, hépatite, pacemaker, fraction d'éjection cardiaque modérément ↓, dialysé, MCAS, histoire d'AVC
4	Patient avec maladie systémique sévère qui menace sa survie Ex. MCAS ou AVC récent (< 3 mois), valvulopathie sévère, fraction d'éjection cardiaque très abaissée, sepsis, IRC terminale non-dialysée, IRA
5	Patient moribond, espérance de vie < 24h sans la chirurgie Ex. Anévrisme de l'aorte rupturé, trauma massif, hémorragie intra-crânienne avec effet de masse, ischémie mésentérique avec défaillance organique multiple
6	Patient en mort cérébrale (chirurgie dans le but de don d'organes)

### L'indice de comorbidité de Charlson

Précisez le nom et l'âge du sujet, le nom de l'examineur et la date de passation.

États pathologiques ou âge	Score
Pour chaque décennie après 40 ans, ajouter un score de 1. Formule : (âge - 40)/10.	
Infarctus du myocarde (antécédent, pas seulement les modifications de l'ECG)	1
Insuffisance cardiaque congestive	1
Maladie vasculaire périphérique (incluant l'anévrisme de l'aorte > 6cm)	1
Maladie cérébrovasculaire : AVC avec séquelles modérées ou sans séquelles ou AIT	1
Troubles neurocognitifs	1
Maladie chronique pulmonaire	1
Connectivite	1
Maladie ulcéreuse	1
Maladie hépatique légère (sans hypertension portale, incluant les hépatites chroniques)	1
Diabète sans lésion organique associé (sauf si traité par régime seul)	1
Hémiplégie	2
Maladie rénale modérée ou sévère	2
Diabète avec lésions organiques (rétinopathie, neuropathie, néphropathie)	2
Tumeur sans métastases (sauf si diagnostiquée depuis plus de 6 mois)	2
Leucémie (aiguë ou chronique)	2
Lymphome	2
Maladie hépatique modérée ou sévère	3
Tumeur solide métastatique	6
VIH avec SIDA	6

# Cavité Buccale

- 151 patients opérés reconstruction lambeau libre
  - 2 groupes : inf ou sup 75 ans
    - Taux de succès 96% (97% versus 90% NS)
    - Tendence à plus de complication sur le site receveur chez les plus de 75 ans
    - Plus de complications systémiques

Complications mineures	47 (31%)	34 (28%)	13 (43%)	0,106
Delirium tremens	17 (11,2%)	17 (14%)	0 (0%)	0,002
Sepsis	9 (5,9%)	5 (4,1%)	4 (13,3%)	0,077
Confusion	8 (5,3%)	3 (2,5%)	5 (16,7%)	0,008
Respiratoire	5 (3,3%)	4 (3,3%)	1 (3,3%)	1
Biologique	5 (3,3%)	3 (2,5%)	2 (6,7%)	0,258
Cardiaque	1 (0,8%)	1 (0,7%)	0 (0%)	1
Chute	1 (0,8%)	0 (0%)	1 (3,3%)	0,198
Zona	1 (0,8%)	1 (0,7%)	0 (0%)	1

- Pas de différence score ASA
- Pas d'augmentation de durée d'hospitalisation
- Plus de trachéotomie

ORIGINAL ARTICLE

## Use of the comprehensive geriatric assessment for the prediction of postoperative complications in elderly patients with head and neck cancer

Seung Hoon Han MD, Deuktae Cho MD, Ramla Mohammad MD, Young Ho Jung MD, PhD, Soon-Hyun Ahn MD, PhD, Wonjae Cha MD, PhD, Woo-Jin Jeong MD, PhD ✉

65 patients , 34 considérés comme fragiles

14 (21,5 %) complications postopératoires.

L'âge n'était pas un facteur de risque de complications ( $p = 0,504$ ).

L'analyse multivariée complications postopératoires majeures étaient significativement associées à la fragilité ( $p = 0,039$ ), à la durée de l'opération ( $p = 0,048$ ) et à la perte de sang estimée ( $p = 0,043$ ).



Rôle prépondérant de l'oncogériatre dans la décision thérapeutique et probablement dans la préparation du patient



Rôle des soins de support (nutrition, addicto, psy..) pré opératoire

# Pharyngolarynx

- Plus d'hommes que de femmes
- Facteurs favorisants
  - Absents dans 40 %
  - Tabac : 44 %
  - Alcool: 21 %

# Particularité des T1/T2 du larynx

- Equivalence RT/chirurgie
- Quelle place pour la chirurgie?
  - Voie externe?
  - Voie endoscopique?

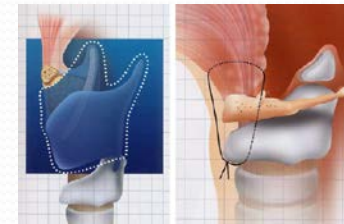
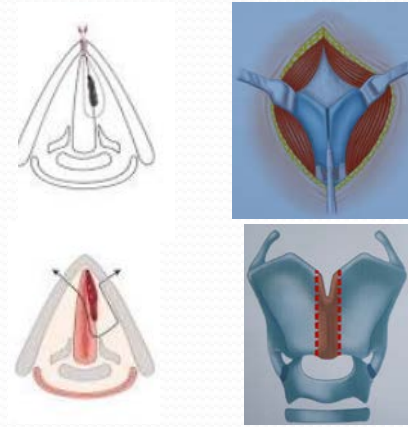


# CHIRURGIE DE CONSERVATION DU CANCER DU LARYNX CHEZ LA PERSONNE AGEE

laryngoscope. 95(2 ): 203-205, février 1985.



458 patients consécutifs , 287 (56-65 ans) ; 171 (plus 65 ans)

- Voie externe: cordectomie et laryngectomie frontolat sont faisables même chez les patients âgés .  
Bronchopneumonie .
- examen minutieux fonction cardiaque et respiratoire .
- La dissection cervicale prophylactique ne doit pas être fait pour No necks
- curage thérapeutique du cou dans les cancers devrait être échelonné 6 semaines
- laryngectomie reconstructive subtotale avec cricohyoidpexis ne sont pas recommandés chez les patients âgés .



Article original

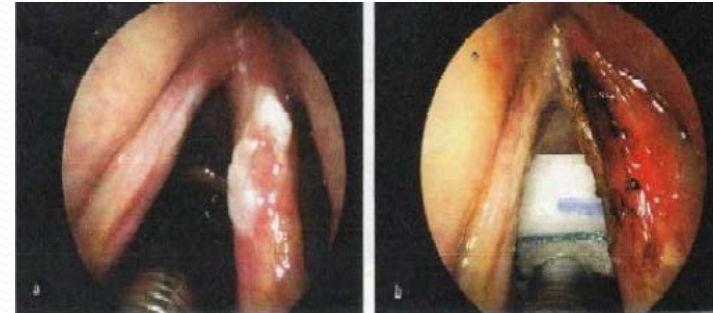
## Le grand âge influence-t-il le traitement du cancer localisé de la corde vocale? ☆

F. Chatelet <sup>a</sup>, I. Wagner <sup>a</sup>, A. Bizard <sup>b</sup>, S. Hans <sup>a c</sup>, F. Chabolle <sup>a c</sup>, C.-A. Bach <sup>a</sup>  

33 patients 24 patients RT; 9 chirurgie  
RT plus complications aigue  
Chir plus de dysphonie tardive

L'âge ne doit pas modifier la prise en charge de ces patients.

Le traitement chirurgical, plus court, est mieux toléré, pourra être privilégié chez les patients les plus comorbides.





# Déflation thérapeutique

- Sujets âgés moins d'adp
  - Moins de curage
  - Augmenter l'indication des gg sentinelles
- Candidat à la chirurgie robot assistée



# Conclusion

- La chirurgie oui!
- Age n'est pas un facteur limitant / comorbidités
- Après un bilan complet notamment générale et gériatrique
- Soins de support pour optimiser le patient avec morbidités
- Nouvelles recherches sur des facteurs plus discriminants
- EORTC-ETF programme de biomarqueurs de l'âge (longueur des télomères des leucocytes, expression de p16INK4a des lymphocytes T, marqueurs de l'immunosénescence, marqueurs du stress oxydatif, médiateurs circulants de l'inflammation, variabilité génétique, expression de miRNA)
  - afin d'évaluer un "âge biologique",
  - de fournir des informations sur l'estimation de l'espérance de vie,
  - de déterminer les capacités de réserve physiologique des patients