



**Cancers
de l'ovaire**

Le cancer de l'ovaire chez la femme âgée

***Claire FALANDRY, Michel FABPRO, Olivier GUERIN,
Jean-Emmanuel KURTZ, Anne LESOIN.***



Position du problème

- **Une population en augmentation et hétérogène**
- **Diagnostic retardé, stades plus avancés**, sous-traitement, peu d'inclusions dans les essais cliniques, peu ou pas de “standards” de prise en charge, toxicité accrue des traitements, espérance de vie souvent mal évaluée, prise en compte insuffisante des variables gériatriques
- **Question : A partir de quel seuil chronologique une patiente doit-elle être considérée comme “âgée” ?**
 - ▶ **Recommandation : Age supérieur à 70 ans**
 - ▶ **Argumentaire :**
 - La plupart des études cliniques et les référentiels comportent une limite d'âge à 70 ans
 - Le vieillissement est très hétérogène entre 70 et 75 ans

**Accord
professionnel**



Dépistage Gériatrique

■ Un dépistage gériatrique est recommandée pour toute patiente à partir de 70 ans

▶ Outil proposé

- Le G8

▶ Evaluation gériatrique à réaliser si

- $G8 \leq 14$

Accord
professionnel

Niveau 2
Grade B

Argumentaires

- Deux études ont montré l'intérêt des outils de dépistage pour l'identification des patientes à risque gériatrique

Repetto L. et al. J Clin Oncol 2002;20:494-502.

Extermann M et al. Crit Rev Oncol Hematol 2004;49:69-75.

Niveau 2
Grade B

- L'évaluation gériatrique si suivie d'action correctrice a un impact positif sur l'autonomie fonctionnelle

McCorkle R et al. J Am Geriatr Soc 2000;48:1707-13

Niveau 1
Grade A



Facteurs de vulnérabilité à dépister

- **Quels sont les facteurs de vulnérabilité physiologique qui peuvent interagir avec la prise en charge oncologique et doivent par conséquent être évalués ?**

- ▶ ≥ 2 Comorbidités
- ▶ Age ≥ 80
- ▶ Dénutrition

Niveau 2
Grade B

- ▶ Capacités fonctionnelles: autonomie
- ▶ Troubles psycho-cognitifs
- ▶ Environnement socio-économique

Niveau 3
Grade B



**Cancers
de l'ovaire**

La chirurgie du cancer de l'ovaire chez la femme âgée



Principes

- **Quel que soit l'âge la qualité de la chirurgie de cytoréduction est un facteur pronostique majeur**
 - ▶ Objectif : R0

- **L'impact de l'environnement chirurgical sur la morbi-mortalité péri-opératoire s'accroît avec l'âge. Nécessité de**
 - ▶ Chirurgien entraîné
 - ▶ Centre d'expertise
 - ▶ Chirurgie programmée

- **Néanmoins la chirurgie doit être utilisée avec prudence :**
 - ▶ L'âge a un impact majeur sur le risque de morbi-mortalité péri-opératoire
 - ▶ La probabilité d'une résection R0 diminue avec l'âge
 - ▶ Elle peut compromettre la réalisation de la chimiothérapie ultérieure

Niveau 1
Grade A

Niveau 2
Grade B

Niveau 2



Evaluation Gériatrique pré-opératoire

■ L'évaluation gériatrique permet de prédire la morbi-mortalité post-opératoire

▶ **Le score PACE est le seul validé en rétrospectif**
(il combine score anesthésique, évaluation gériatrique, score de fatigue et PS)

Accord
professionnel

▶ De tels outils doivent être validés dans des études prospectives



Avant toute exérèse

■ Le conditionnement pré-opératoire comporte

- ▶ Evaluation gériatrique pré-opératoire
- ▶ Nutrition pré-opératoire (Recommandations ESPEN)
 - Immuno-nutrition pré-opératoire dans tous les cas
 - Nutrition entérale 10-14j avant le geste si dénutrition sévère

Niveau 1
Grade A

Arends, J. et al. Clinical Nutrition (2006) 25, 245–259

■ Le bilan lésionnel per-opératoire est une aide importante à la décision et à l'évaluation pronostique

- ▶ Abord coelioscopique premier

Accord
professionnel



Certaines procédures chirurgicales sont à éviter

- ▶ Laparotomie exploratrice simple
- ▶ Résections étendues
- ▶ Stomies digestives



Chirurgie première ou chirurgie d'intervalle ?

- **L'objectif de la prise en charge des FA est d'adapter la séquence chirurgie/chimiothérapie à la patiente, en évitant le sur-traitement mais aussi le sous-traitement**

Accord professionnel

- **La chimiothérapie première (stades avancés)**

- ▶ Diminue la lourdeur du geste opératoire
- ▶ Augmente les chances de résécabilité
- ▶ Diminue la morbi-mortalité péri-opératoire

Niveau 2
Grade B

La chimiothérapie première constitue une bonne alternative chez la femme âgée pour obtenir la résécabilité optimale lors de la chirurgie d'intervalle

Accord professionnel



Cancers
de l'ovaire

Traitement médical du cancer de l'ovaire chez la femme âgée

Chimiothérapie et bevacizumab



La chimiothérapie

- **Données de faisabilité** (populations vulnérables)
 - ▶ Carboplatine-cyclophosphamide (FAG1) 72%
 - ▶ Carboplatine AUC5-paclitaxel 175 mg/m² q 3s (FAG2) 68%
 - ▶ Monothérapie par carboplatine AUC5 (FAG3) 74%
 - ▶ Carboplatine AUC2-paclitaxel 60mg/m² hebdomadaires 3sem/4 (MITO5) 88.5%

- **En l'absence de données spécifiques validées ces protocoles sont les options thérapeutiques possibles**

Niveau 2
Grade B



Bevacizumab en traitement de première ligne

■ Les données disponibles sont insuffisantes pour formuler des recommandations

▶ Pas d'étude spécifique femme âgée

Niveau 2
Grade B

▶ 2 études (ICON7, GOG218) ne montrent pas de différence d'activité du bevacizumab selon l'âge (< 60, 60-70, > 70 ans)

▶ Nécessaire évaluation :

- des comorbidités (HTA, hypercholestérolémie),
- des facteurs de risque associés (antécédent
- d'évènement artériel, anastomoses digestives).

Accord
professionnel



Chimiothérapie de la rechute

- **Pas d'attitude standardisée.**
- **Même recommandations que chez la femme plus jeune selon son état général et son souhait.**
- **La décision de chimiothérapie dépend de l'intervalle libre sans platine :**
 - ▶ Maladie platine sensible : le risque de neurotoxicité à la reprise du paclitaxel est plus important que chez la femme jeune: intérêt de l'association Carboplatine-Caelyx (analyse en sous groupe)
 - ▶ Rechute précoce : pas de données spécifiques
- **Privilégier l'accompagnement et les soins de support.**