

Prise en charge chirurgicale du sujet âgé atteint de cancer colorectal

Rencontres en Oncogériatrie - JEUDI 15 février 2024

Dr Yann Mouchel – Chirurgien digestif - GHBA

Introduction

Quelques chiffres ¹ :

- 3ème rang des tumeurs les plus fréquentes chez l'homme, 2ème chez la femme
 - 47 582 nouveaux cas en 2023 (sex ratio 1,2)
- 2ème rang des décès par cancer chez l'homme, 3ème chez la femme
 - 17 117 décès en 2018
- Dépistage systématique/test immunologique pour la population 50-74 ans
 - taux de participation-population éligible standardisé de 34,3 % (2021-2022)
- Diagnostic à un stade précoce dans un peu moins de 45% des cas
- **Diagnostic à un stade avancé dans 1/3 cas, avec une surreprésentation des sujets de plus de 74 ans (40 %) (chiffres globalement identiques si distinction colon et rectum)**
- 65% de survie globale à 5 ans

Survie nette à 1 et 5 ans selon l'âge au diagnostic avec intervalle de confiance à 95 %, hommes et femmes ensemble - Côlon

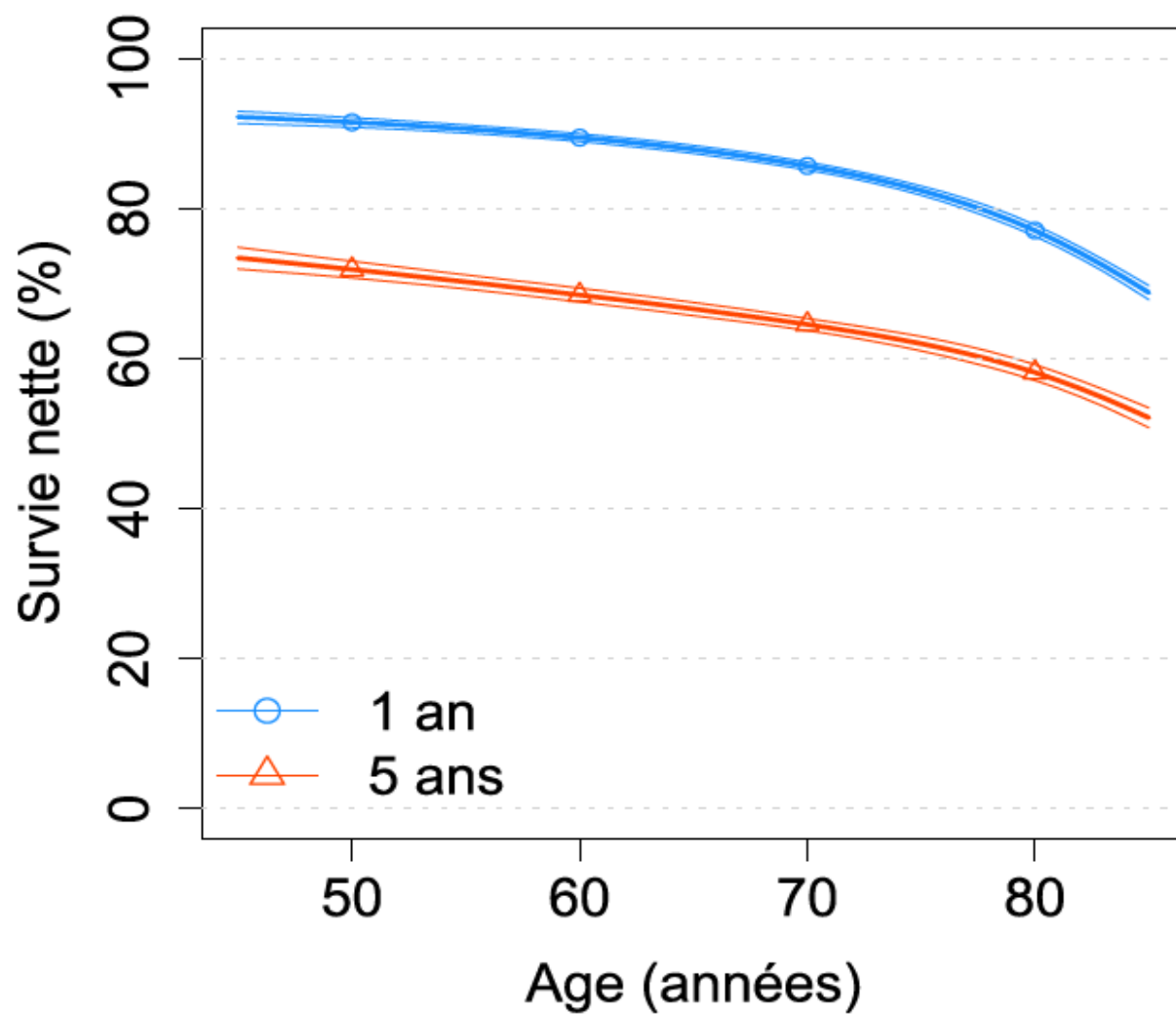
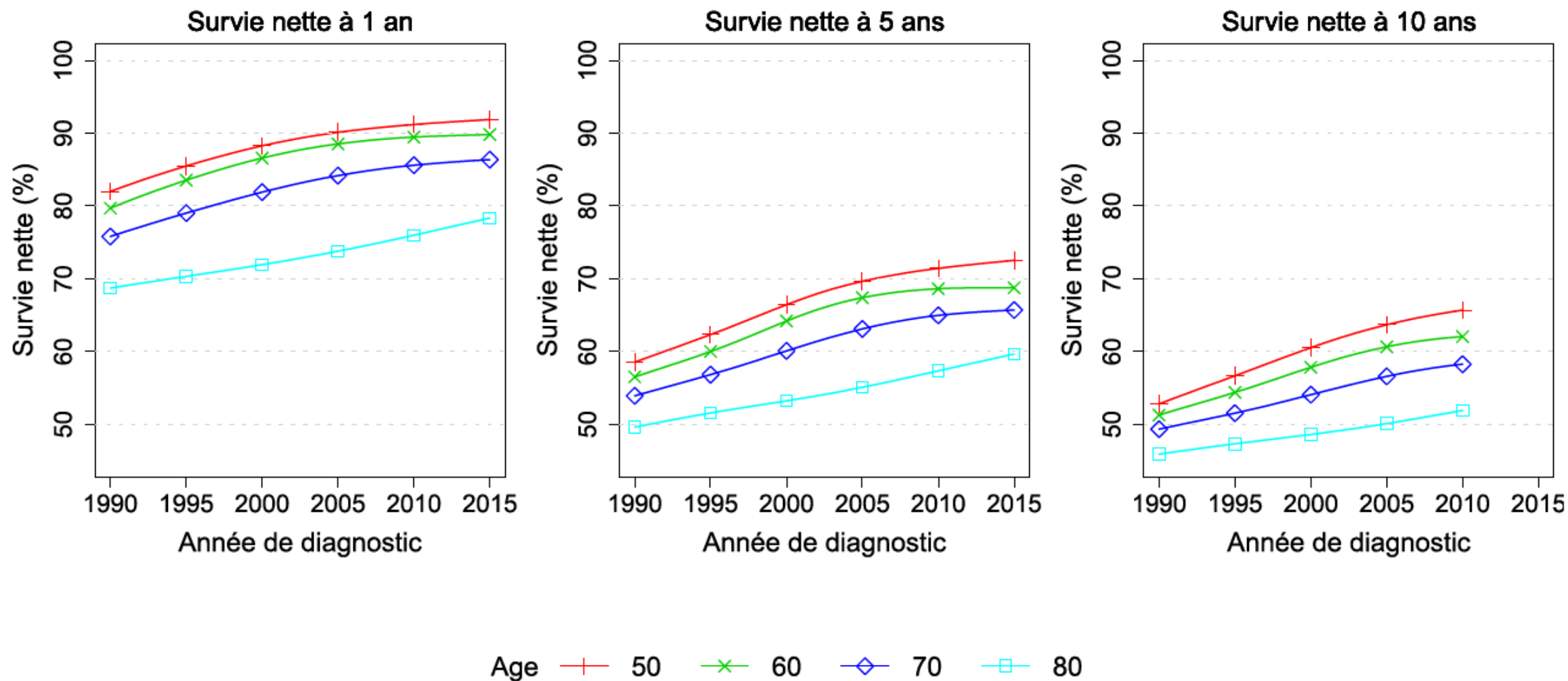


FIGURE 4. Tendances de la survie nette à 1, 5 et 10 ans selon l'année de diagnostic pour différents âges - Côlon



¹ Données santé publique France



Le sujet âgé en chirurgie colorectale

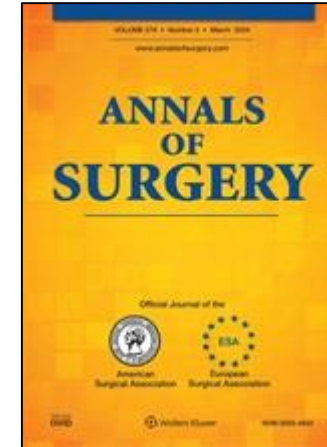
Qu'est ce qu'un sujet âgé ?

- Selon la définition de l'OMS, une personne est considérée comme âgée à partir de 65 ans.
- Dans la pratique médicale et comme retenu par la HAS, on considère sous le vocable « personne âgée » une personne de plus de 75 ans, ou de plus de 65 ans polypathologique.



En chirurgie, existe-t-il un âge seuil ?

Kurian AA, Wang L, Grunkemeier G, Bhayani NH, Swanstrom LL.
Defining “the elderly” undergoing major gastrointestinal resections: receiver operating characteristic analysis of a large ACS-NSQIP cohort.
Ann Surg.
2013;258(3):483.



- Étude à partir de la base de données/registre de *l'American college of surgeons*
- **129 331** patients opérés d'une chirurgie abdominale majeure (78 % de colectomies)
- Âge seuil de 75 ans à partir duquel le risque de morbidité et de mortalité augmente de façon croissante

Surgery for colorectal cancer in elderly patients: a systematic review

Colorectal Cancer Collaborative Group



- Review 2000
- 34 194 patients
- Risque de mortalité post-opératoire après chirurgie colorectale plus importante :
 - RR = 1,8 pour les patients âgés de 65 à 74 ans par rapport au patient de moins de 65 ans
 - RR = 3,2 pour les patients de 75 à 84 ans
 - RR = 6,2 pour les patients âgés de plus de 85 ans
- Morbidités cardiaque et respiratoire également significativement plus importantes

Spécificités du sujet âgé et possibles conséquences en chirurgie colorectale 1/2

Polypathologie ¹

- 57 % des personnes âgées de 75 ans et plus ont au moins 1 affection de longue durée (ALD), 40 % ont au moins 2 ALD, 3,6 % au moins 3, et 0,8 % au moins 4.

dénutrition protéino-énergétique (carence d'apport et/ou hypercatabolisme) ²

- 4 % des personnes âgées qui vivent à domicile sont dénutries
- jusqu'à 20 à 25 % des personnes âgées vivant au domicile mais avec aides à domicile ou perte d'autonomie
- En institution, chez les personnes âgées plus dépendantes, cette prévalence varie de 15 à 38 %
- A l'hôpital, la prévalence de la dénutrition peut atteindre 50 à 60 % des malades âgés



¹ Prendre en charge une personne âgée polypathologique en soins primaires – HAS 2015

² Diagnostic de la dénutrition chez la personne de 70 ans et plus • HAS - novembre 2021

Spécificités du sujet âgé et possibles conséquences en chirurgie colorectale 2/2

Fonction sphinctérienne ¹

- L'âge influence la fonction sphinctérienne en entraînant une détérioration progressive de la qualité des muscles du plancher pelvien et du sphincter externe.
- L'incontinence est estimée à 8% dans la population générale et à plus de 15% chez les plus de 70 ans



¹Whitehead WE, Borrud L, Goode PS, Meikle S, *et al.* Fecal incontinence in US adults: epidemiology and risk factors. *Gastroenterology*. 2009 ; 137:512-7, 517.e1-2.

Facteurs de risques de fistule anastomotique

Anastomotic leak risk factors following colon cancer resection: a systematic review and meta-analysis - 2023

[Juan He](#)¹, [Mei He](#)², [Ji-Hong Tang](#)¹, [Xian-Hua Wang](#)¹

- 115462 patients inclus
- 3959 fistules – 3,4%
- Facteurs de risque identifiés :
 - sexe masculin
 - BMI / obésité /Diabète/dénutrition
 - maladie respiratoire
 - Score ASA =/> 3
 - Chirurgie en urgence
 - chirurgie ouverte
 - maladies cardiovasculaires

- L'âge n'est pas un FDR identifié (OR = 1)



Facteurs de risques de mortalité après chirurgie colorectale

Predictors of 30-Day Mortality Among Dutch Patients Undergoing Colorectal Cancer Surgery, 2011-2016
2021



JAMA Network™

62501 patients

Majorité d'hommes (56,2%)

Majorité de patients âgés de 60 à 80 ans (66,5%)

- > 80 ans
- BMI <18,5
- ASA ≥ 3
- Maladie cardiovasculaire, maladie respiratoire, maladie neurologique, maladie rénale
- Maladie métastatique (encore plus si atteinte osseuse)
- Chirurgie en urgence, type de chirurgie (rectum, totale...)

- Role protecteur de la coelioscopie



Prise en charge chirurgicale optimale/recommandée en situation électorive

Cancers du colon

Principes de prise en charge ¹

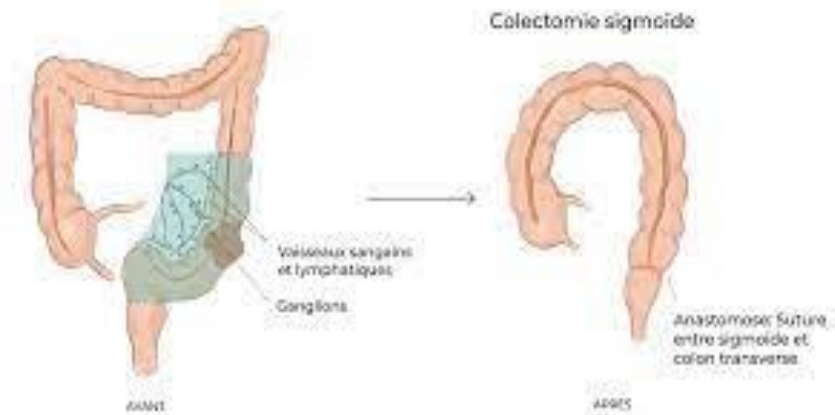
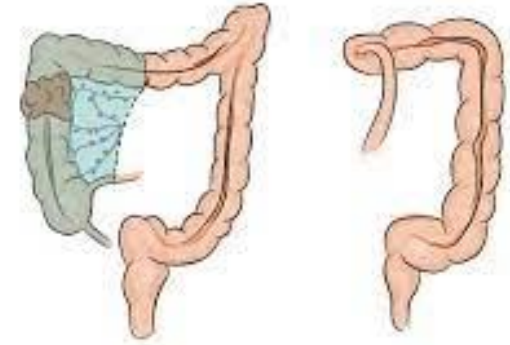
¹ TNCD - Cancer du côlon non métastatique (Dernière mise à jour le 26/04/2023)

- Exérèse du cancer avec une marge distale et proximale d'au minimum 5 cm (sur pièce fraîche), une exérèse en bloc du méso côlon attenant avec repérage du pédicule vasculaire (pour les tumeurs de la charnière recto-sigmoïdienne, il faut enlever 5 cm de méso-rectum sous le pôle inférieur de la tumeur).

- La résection par voie coelioscopique est recommandée pour les tumeurs T1 à T3

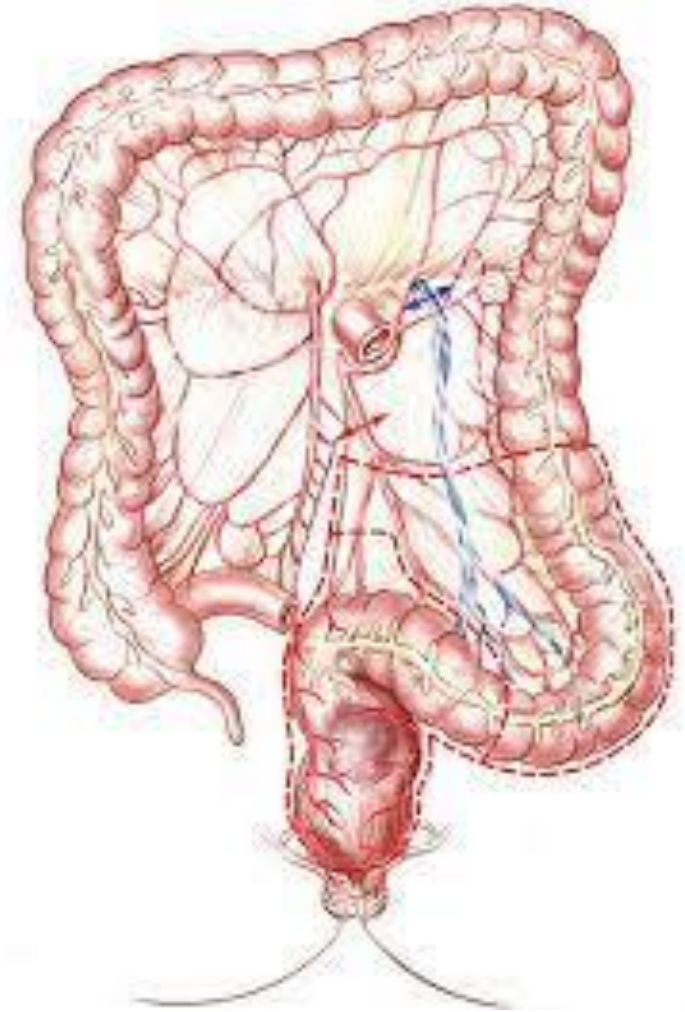
- Situations particulières
 - Tumeur T4
 - Place de la coelioscopie discutée

 - Tumeur localement évoluée, résecable ou en limite de résécabilité
 - Discuter chimiothérapie néoadjuvante

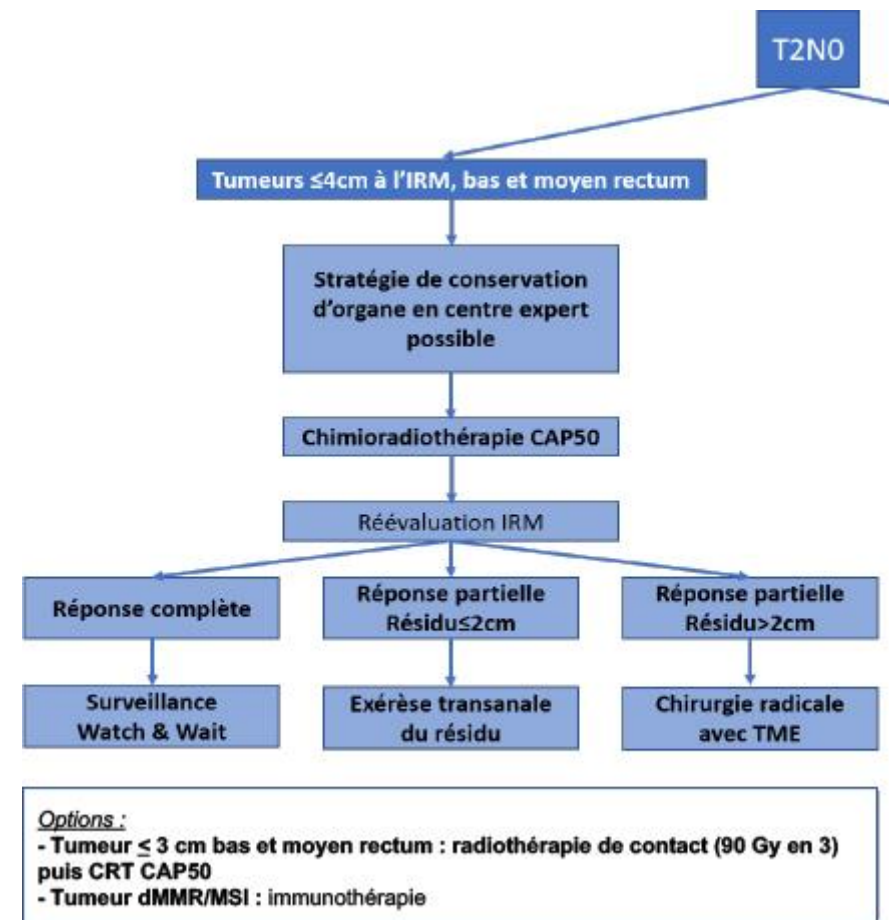
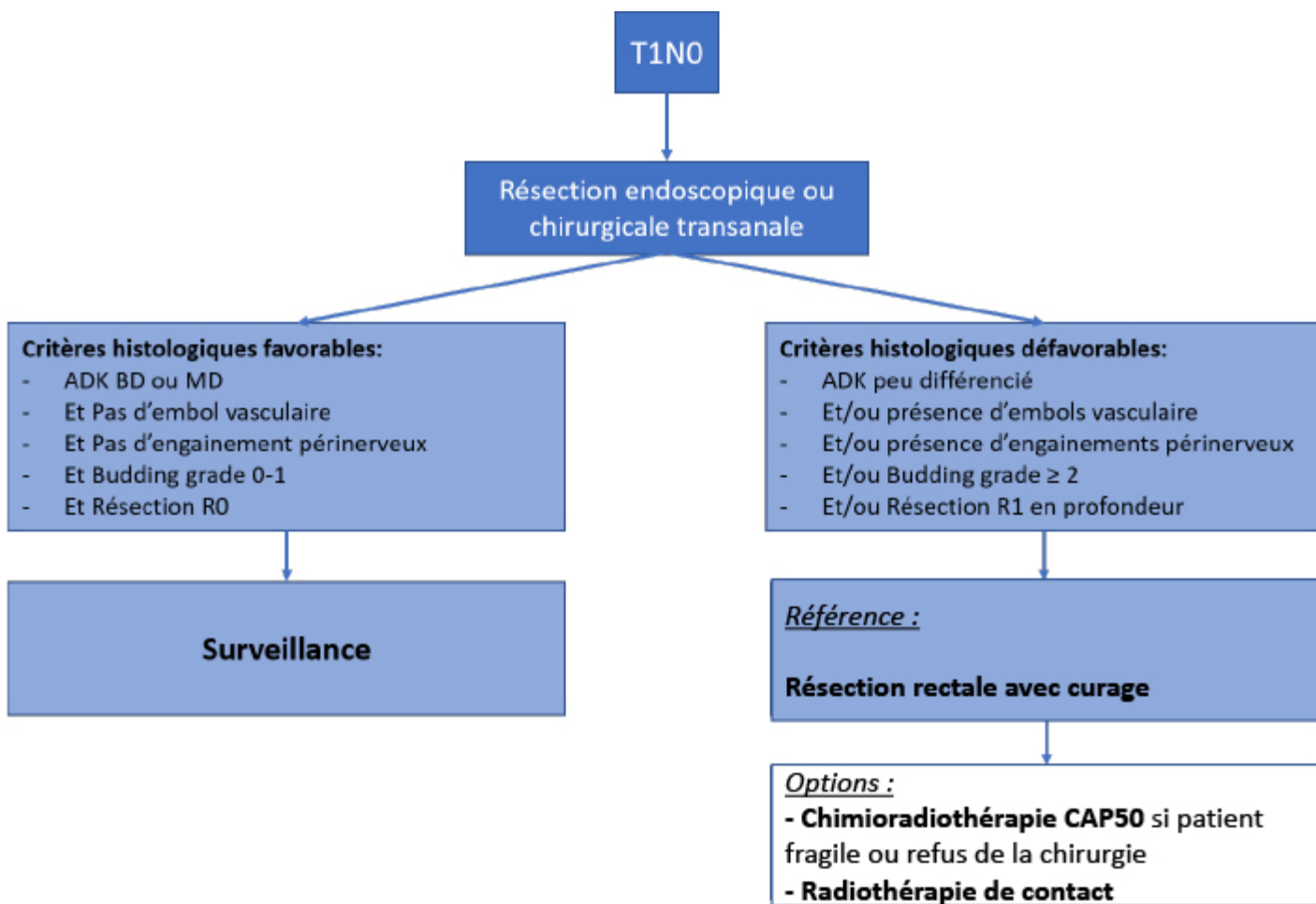


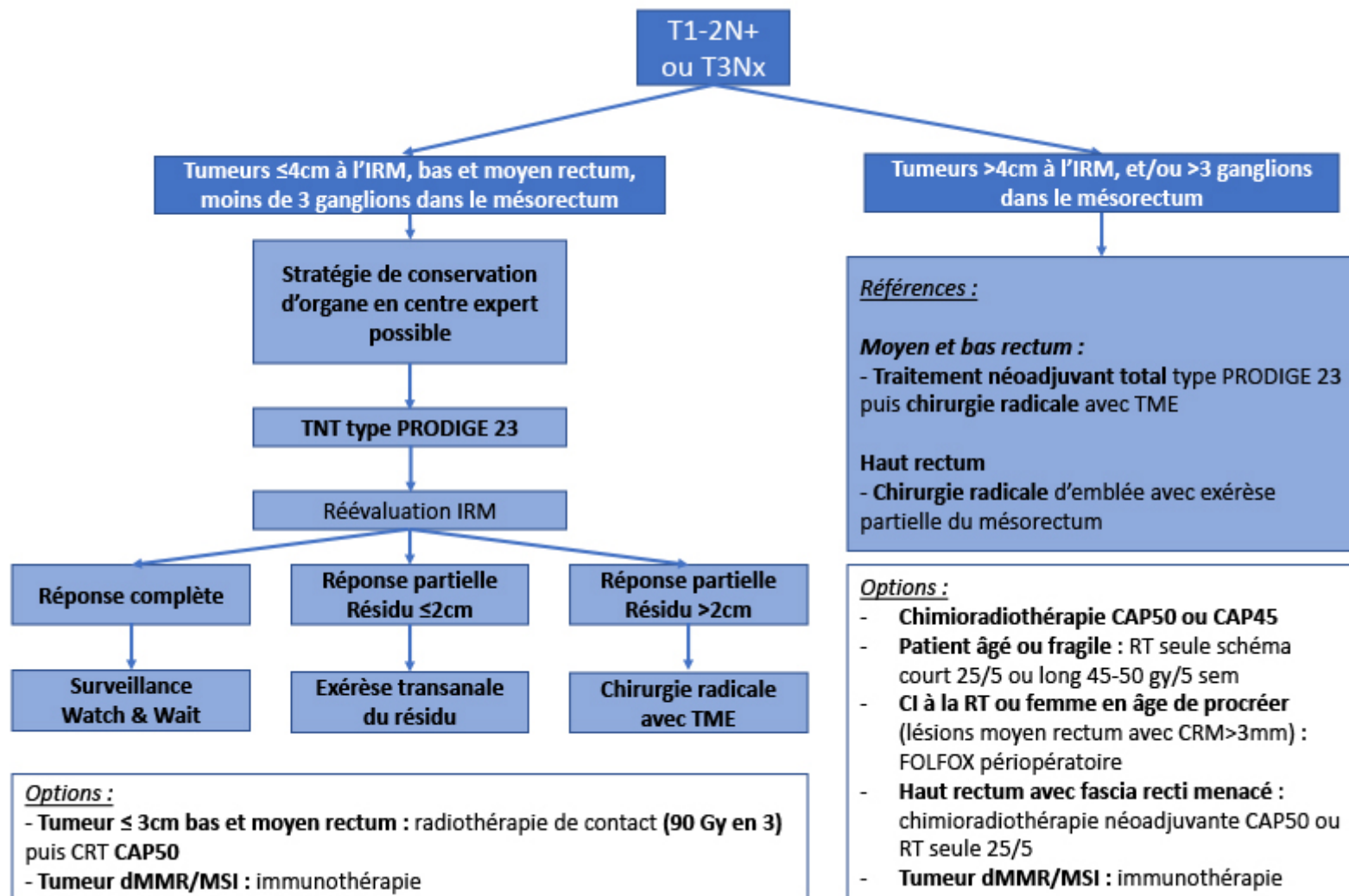
Cancer du rectum

Principes de prise en charge ¹



¹TNCD - Cancer du rectum (Dernière mise à jour le 05/09/2023)





T3N2 ou T4Nx
à risque R1 ou R2



Référence :

- **Traitement néoadjuvant total** type PRODIGE 23 puis **chirurgie radicale** avec TME
- **Chimiothérapie adjuvante FOLFOX 6 cycles** si ypT3-4 ou ypN+ ou R1, voire ypN0 (si N2 formel)

Options :

- **Si exérèse impossible CAP60**
- **Tumeur MSI** : Immunothérapie

Essai clinique :

- **GRECCAR 14** : phase III : T3c-d N0-N2 ; T4a-b ; envahissement extramural veineux, CRM < 2mm

Quelles sont les spécificités de la chirurgie rectale?

- Morbidité post-opératoire plus élevée que la chirurgie colique (risque de fistule anastomotique: 10%)
 - en cas de fistule chez les patients > 75 ans, plus de la moitié des patients sont décédés dans les 6 mois (57.1% vs 8.2% pour les patients jeunes)¹
- Stomie de protection systématique et plus de risque de stomie définitive (jusqu'à 20%/25%)^{2,3}
- Risque inhérent à une iléostomie (réadmission pour IRA/troubles hydro électrolytiques)
- Taux plus élevé d'amputation abdominopérinéale chez les patients de plus de 70 ans⁴
- Littérature contradictoire sur les résultats fonctionnels/qualité de vie en fonction de la chirurgie (stomie définitive VS anastomose basse)
 - les patients ayant bénéficié d'une RAR avaient un retentissement sur leur vie sociale plus important et des troubles intestinaux plus sévères (sans différence significative sur les scores de qualité de vie)⁵

¹ Rutten HJ, den Dulk M, Lemmens VE, van de Velde CJ, Marijnen CA. Controversies of total mesorectal excision for rectal cancer in elderly patients. *Lancet Oncol* 2008

² den Dulk M, Smit M, Peeters KC, et al. A multivariate analysis of limiting factors for stoma reversal in patients with rectal cancer entered into the total mesorectal excision (TME) trial: a retrospective study. *Lancet Oncol* 2007

³ David GG, Slavin JP, Willmott S, Corless DJ, Khan AU, Selvasekar CR. Loop ileostomy following anterior resection: is it really temporary? *Colorectal Dis* 2010

⁴ Engel J, Kerr J, Schlesinger-Raab A, Eckel R, Sauer H, Holzel D. Quality of life in rectal cancer patients: a four-year prospective study. *Ann Surg* 2003

⁵ Wautier A, Desfourneaux V. qualité de vie après chirurgie du cancer du bas et du moyen rectum chez les patients de plus de 75 ans, en cours de publication



En situation d'urgence

Emergency Surgery for Obstructive Colon Cancer in Elderly Patients: Results of a Multicentric Cohort of the French National Surgical Association

Manceau et al.

Diseases of the Colon & Rectum 62(8):p 941-951, August 2019.



- Etude rétrospective de l'AFC
- 2294 patients ((<75 y, n = 1200 (52%); 75-84 y, n = 650 (28%); and ≥85 y, n = 444 (20%)).
- Chez le patient âgé :
 - Predominance de femme
 - Predominance de cancer du colon droit
 - Predominance de patients polypathologiques
 - Risque de stomie définitive corrélé à l'âge
 - Augmentation de la mortalité et de la morbidité globale
 - (morbidité chirurgicale équivalente entre les groupes)
 - En cas de morbidité, mortalité à 6 mois plus importante en fonction de l'âge

IV

En pratique / En conclusion

En situation électorale

Bien évaluer, bien préparer, bien opérer

Bien évaluer – score G8

Validation of the G8 screening tool in older patients with cancer considered for surgical treatment

Cheryl P. Bruijnen a et al , Journal of Geriatric Oncology, nov 2020

- Etude prospective
- 143 patients
- En cas de score G8 < 14 :
 - augmentation significative de la durée d'hospitalisation
 - augmentation du risque de confusion
 - augmentation de la mortalité à 1 an de la chirurgie

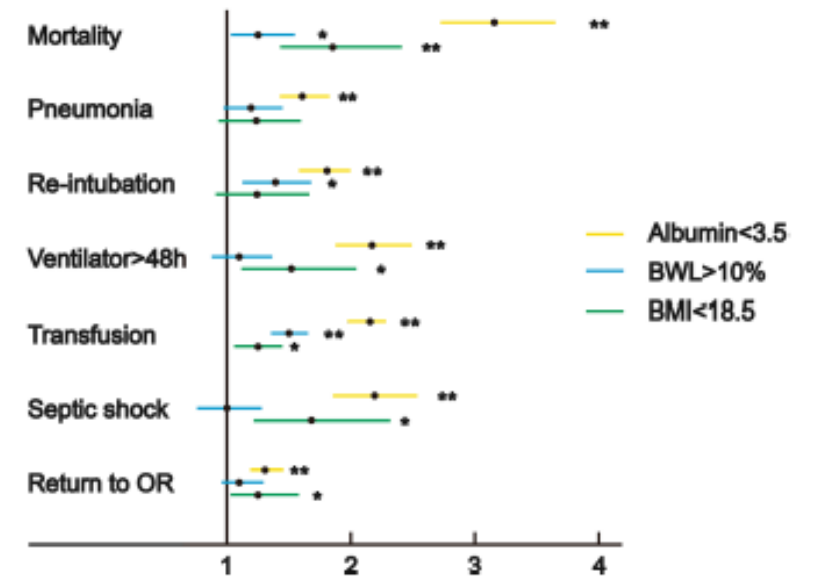


Bien évaluer – Albumine ¹/dénutrition

Preoperative malnutrition assessments as predictors of postoperative mortality and morbidity in colorectal cancer: an analysis of ACS-NSQIP
Hu et al. Nutrition Journal (2015) 14:91 DOI 10.1186/s12937-015-0081-5



- 42483 patients
- Mortalité postopératoire après chirurgie pour cancer colorectale significativement augmentée :
 - En cas d'hypoalbuminémie < 35 g/L
 - l'hypoalbuminémie est significativement associée à toutes les complications postopératoires



¹ Determining the Optimal Quantitative Threshold for Preoperative Albumin Level Before Elective Colorectal Surgery
Bendersky V, J Gastrointest Surg (2017) – 39 g/L

Bien préparer ? – immuno-nutrition (ORAL IMPACT[®], ATEMPERO[®])

- Role de plus en plus incertain – littérature contradictoire

CONTRE

- **Immunomodulating versus high-protein oral preoperative supplement in surgical patients - A two-center, prospective, randomized clinical trial – Nutrition . 2022 sept**
 - Aucune difference significative entre les deux groupes
- **Impact of Preoperative Immunonutrition on the Outcomes of Colon Cancer Surgery: Results from a Randomized Controlled Trial – Annals of Surgery . 2023 Mar**
 - Aucun impact significatif sur le risque de complications infectieuses

Bien préparer ? – immuno-nutrition (ORAL IMPACT[®], ATEMPERO[®])

POUR

- **Pre-operative nutrition support in patients undergoing gastrointestinal surgery - cochrane database syst rev . 2012 nov**
 - Sept essais évaluant la nutrition IE ont été inclus dans cette revue, dont 6 ont été combinés dans une méta-analyse. Ces études ont montré un niveau d'hétérogénéité faible à modéré et une diminution significative du nombre total de complications postopératoires (risque relatif (RR) de 0,67 ; IC à 95 % de 0,53 à 0,84).
- **Preoperative Immunonutrition and Elective Colorectal Resection Outcomes - Dis Colon Rectum. 2017 January**
 - Diminution de la durée d'hospitalisation

Bien préparer – PREHABILITATION 1

Prehabilitation versus no prehabilitation to improve functional capacity, reduce postoperative complications and improve quality of life in colorectal cancer surgery
Cochrane Database Syst Rev . 2023 May

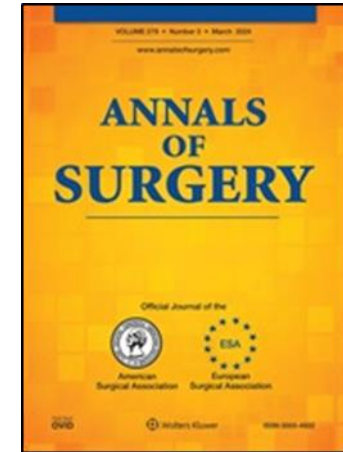


- Les effets de la préadaptation étaient faibles, voire insignifiants
 - complications (RR 0,95, IC à 95 % 0,70 à 1,29 ; 3 études ; n = 250),
 - Admission au service des urgences(RR 0,72, IC à 95 % 0,39 à 1,32 ; 3 études ; n = 250)
 - réadmissions (RR 1,20, IC à 95 % 0,54 à 2,65 ; 3 études ; n = 250)

Bien préparer – PREHABILITATION 2

Effects of Community-based Exercise Prehabilitation for Patients Scheduled for Colorectal Surgery With High Risk for Postoperative Complications: Results of a Randomized Clinical Trial - Annals of Surgery, February 2022

- Essai randomisé, contrôlé
- 57 patients, 30 hommes, 27 femmes, age median 73,6
- Diminution des complications postopératoires dans le groupe Prehabilitation (relative risk 0.59, 95% confidence interval 0.37–0.96, P ¼ 0.024).



Bien Opérer 1

Laparoscopy-assisted colectomy versus open colectomy for treatment of non-metastatic colon cancer: a randomised trial – Lancet . 2002 Jun

- Récupération plus rapide (péristaltisme, prise alimentaire, durée de séjour)
- Diminution de la morbidité
- Diminution de la mortalité globale
- Diminution de la mortalité par cancer



Bien Opérer 2

Advantage of laparoscopy surgery for elderly colorectal cancer patients without compromising oncologic outcome - BMC Surg . 2020 Nov

- Etude retrospective
- 967 patients (305 Coelio/662 Laparo)
- Durée de séjour plus courte
- Pas de différence /morbidité et mortalité postopératoires



Bien Opérer 3 ¹

Faut-il faire une stomie plutôt qu'une anastomose?

- Série Amiens (2005-2015)
- 85 patients
- Plus de 75 ans
- ASA>2
- Colectomie droite pour cancer
- Anastomose d'emblée (n=58) ou iléocolostomie (n=27)
- Deux temps opératoires considérés dans le groupe iléocolostomie

	Anastomose	Stomie	p
Mortalité post-opératoire	10 %	3 %	0,04
Morbidité globale	68 %	62 %	0,8
Morbidité sévère	20 %	17 %	0,7
Réadmission	20 %	30 %	0,03
Accès à la chimiothérapie	70 %	71 %	0,7

¹ Diapositive empruntée à une présentation du Dr SABBAGH Charles, CHU Amiens, JFHOD 2016

En situation d'urgence

Faire simple

Un constat

Comparing Emergent and Elective Colectomy Outcomes in Elderly Patients: A NSQIP - Int J Surg Oncol. 2021 Dec

The logo for the International Journal of Surgical Oncology is located in the top right corner. It features the journal's name in white text on a dark background. To the right of the text is a decorative graphic consisting of a dense cluster of small, bright yellow-green elements, possibly representing a microscopic view of tissue or a molecular structure.

International Journal of
Surgical Oncology

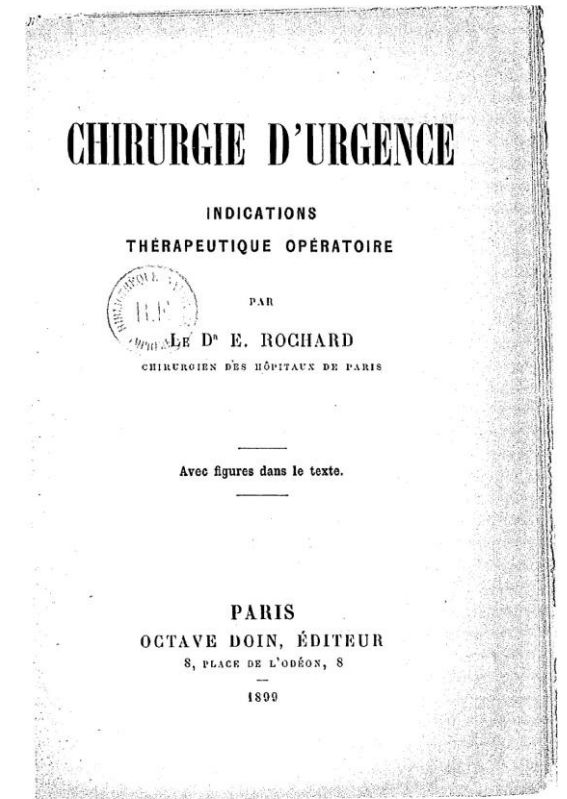
- Etude retrospective (2010-2014)
- 8289 chirurgies electives (70.8%) vs. 3409 chirurgies en urgence (29.1%)
- Plus de patients polypathologiques dans le groupe URGENCE

- Augmentation significative de la morbidité postopératoire (48.4 vs. 25.6%) et de la mortalité (25.6 vs.6.8%) dans le groupe URGENCE

Une « DOCTRINE » - faire le plus simple possible, réfléchir ensuite

Chirurgie la plus simple possible pour limiter le risque de complication postopératoire, à adapter en fonction de l'évaluation préopératoire a minima, la localisation de la tumeur et le type de complication (occlusion/perforation) :

- **chirurgie la plus courte possible**
- **chirurgie la moins invasive possible (Coelio > laparo)**
- **pas de couture**
- **stomie +++++**



Merci