

# Traitement oncologique des patients âgés

## Point de vue pharmaceutique

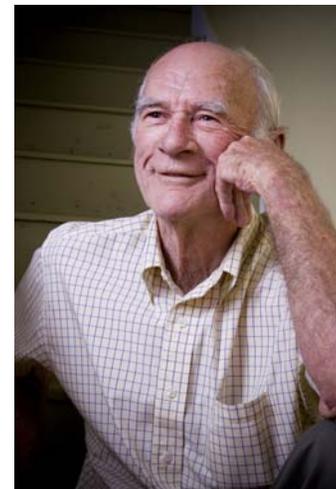
---

Louis Bergeron

Pharmacien régional

Rimouski, 25 octobre 2013

Journée scientifique en oncologie





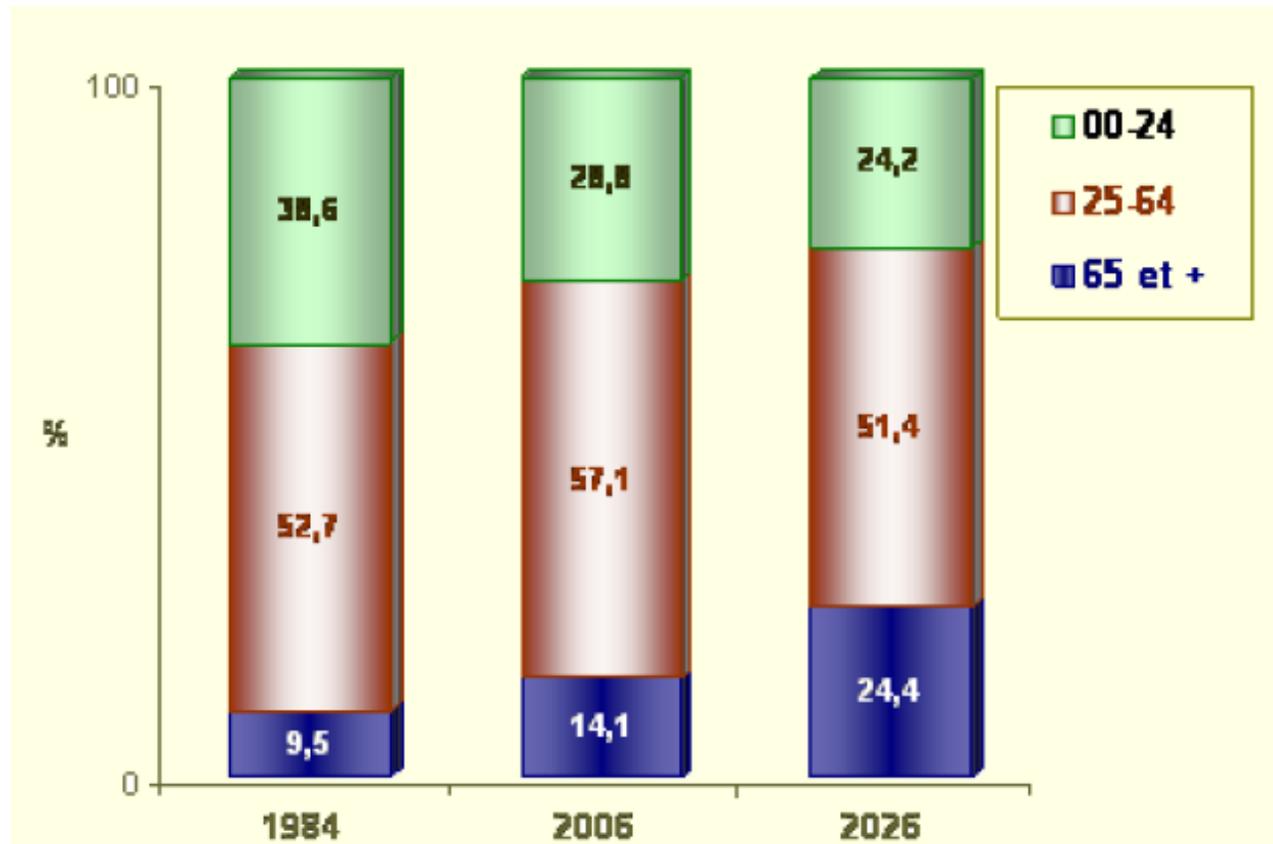
# Plan de la présentation

---

- Introduction
- Métabolisme des médicaments chez la personne âgée
- Recommandations pour chimiothérapie selon type de cancer
  - Sein
  - Prostate
  - Colorectal
  - Poumon non à petites cellules (CPNPC)

# Quelques statistiques

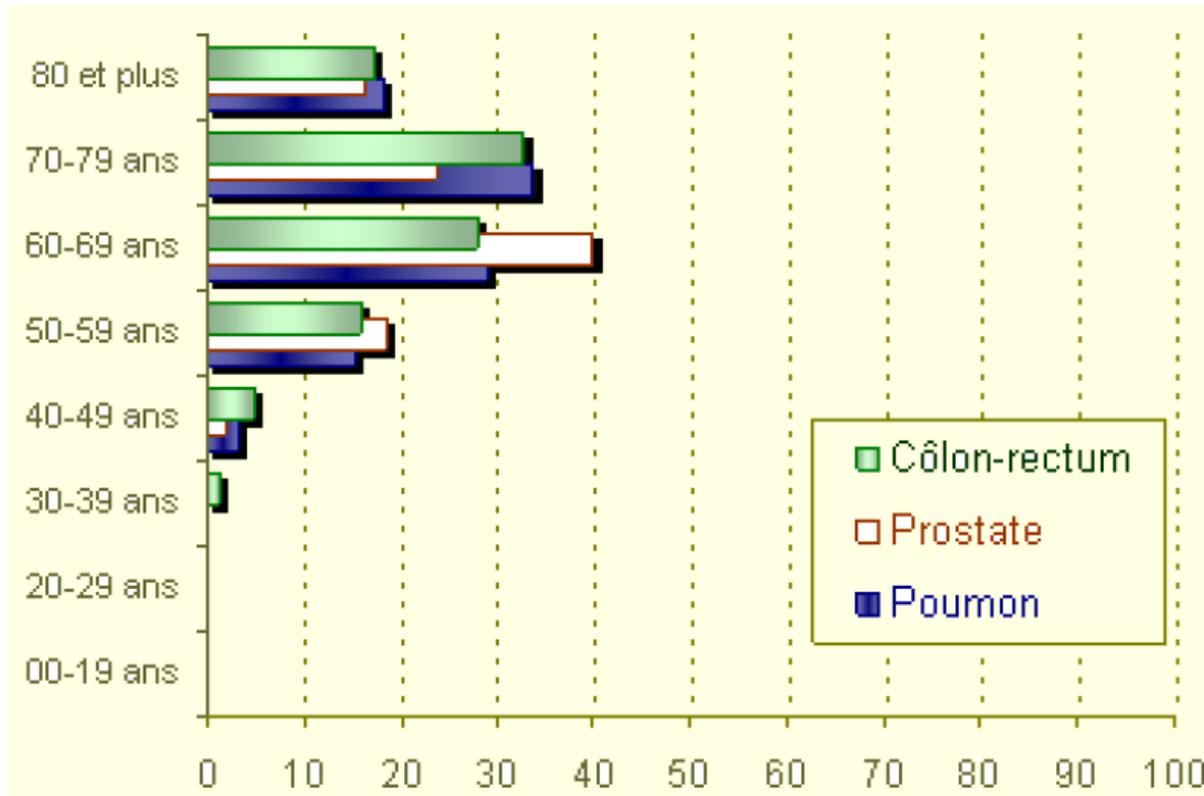
- Répartition de la population par groupe d'âge au Québec



Portrait du cancer au Québec, 2006

# Quelques statistiques

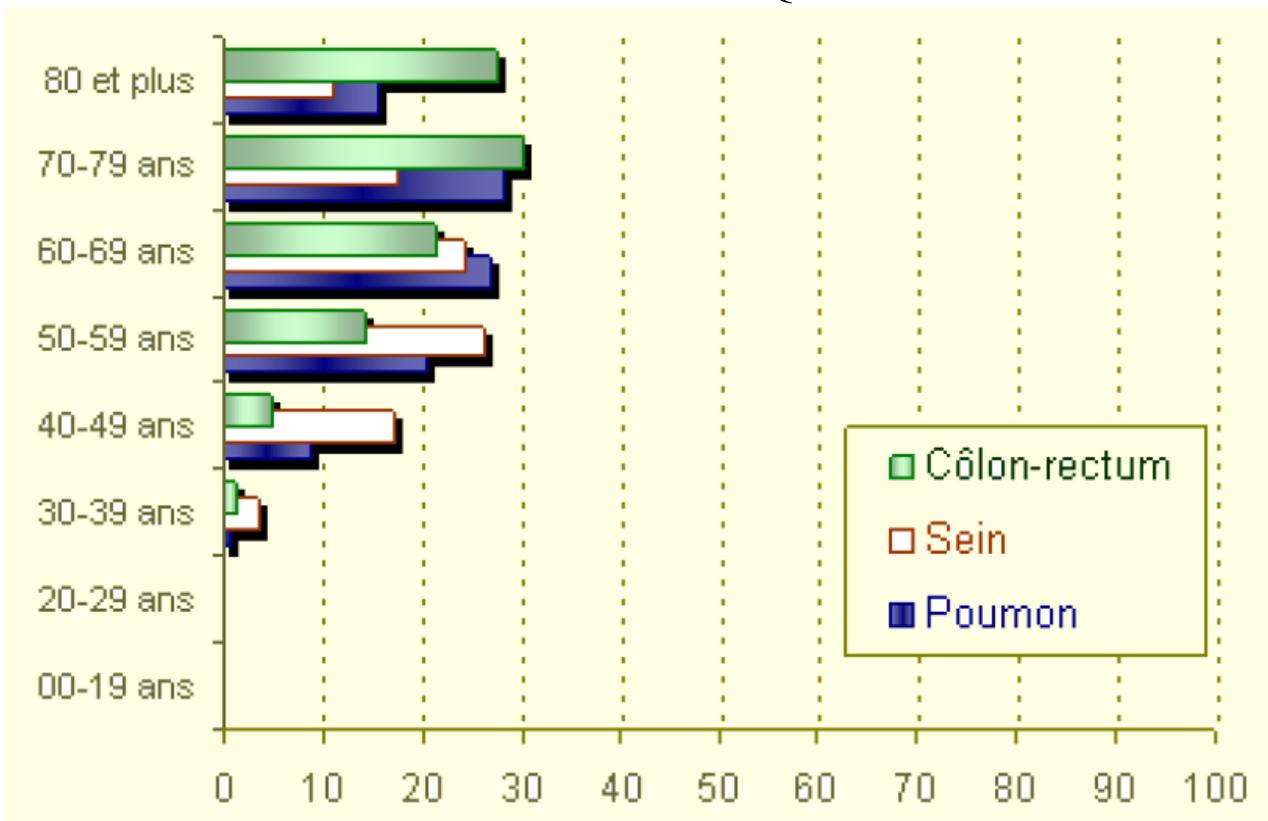
- Répartition des principaux types de cancers selon le groupe d'âge au Québec



Portrait du cancer au Québec, 2006

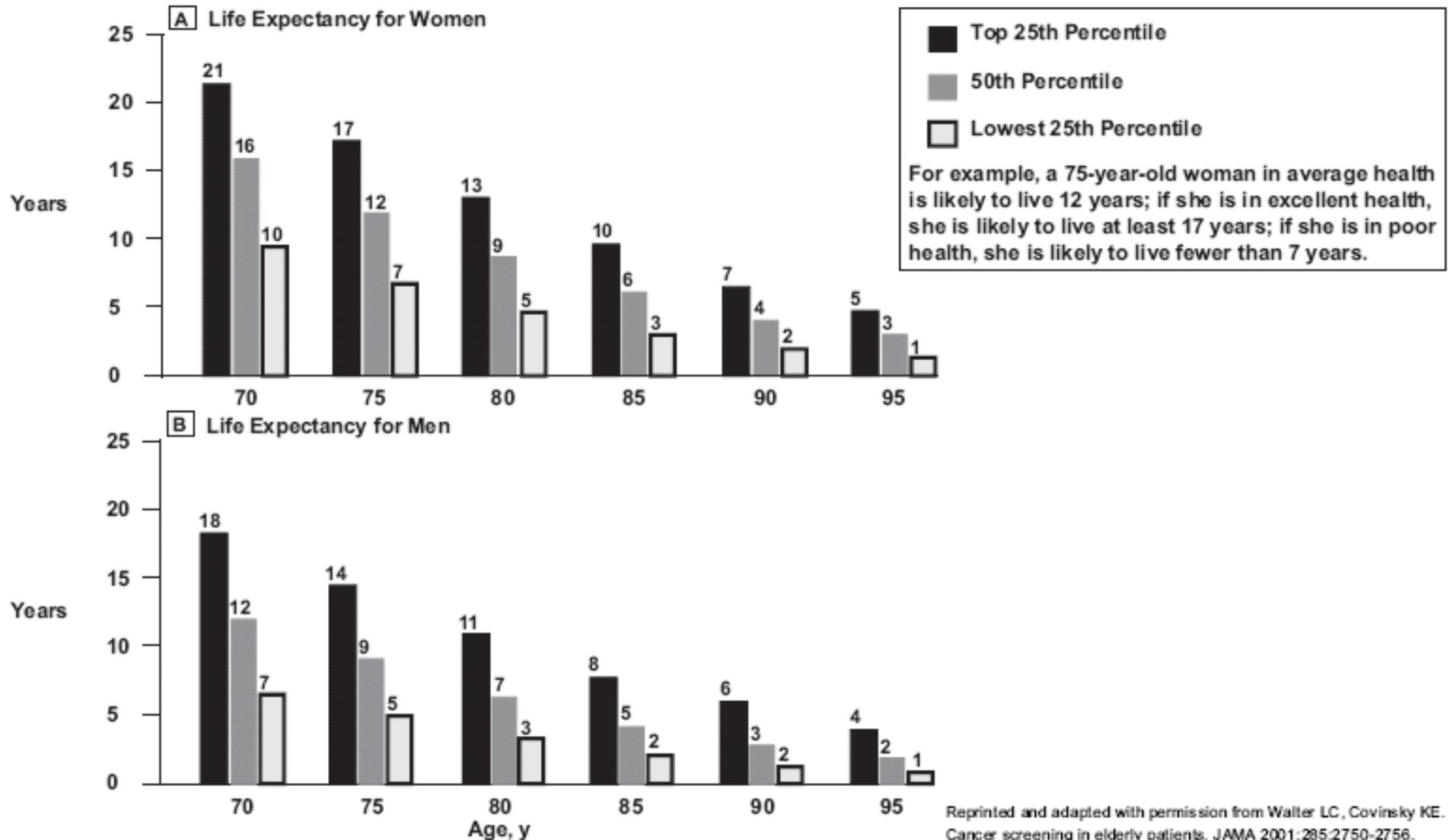
# Quelques statistiques

- Répartition des principaux types de cancers selon le groupe d'âge au Québec



## Espérance de vie en fonction de l'âge aux États-Unis

UPPER, MIDDLE, AND LOWER QUANTILES OF LIFE EXPECTANCY FOR WOMEN AND MEN AT SELECTED AGES





# Pharmacocinétique

---

- Changement au niveau :
  - Absorption
  - Distribution
  - Métabolisme
  - Élimination



# Absorption

---

- ↓ vitesse absorption chez la personne âgée
  - ↓ motilité gastro-intestinale
  - ↓ flot sanguin splanchnique
  - ↓ sécrétion enzymes digestives
  - Atrophie de la muqueuse intestinale
- Impact
  - Seulement pour la thérapie orale
  - Attention à l'observance...
  - En pratique, peu d'études sur le sujet
    - Pas d'impact pour la capécitabine
    - Etoposide per os??



# Distribution

---

- Changements physiologiques
  - Le contenu en graisse double
    - Passe de 15 % à 30 % du poids corporel
  - Le contenu intracellulaire en eau diminue
    - Passe de 42 % à 25 ans à 33 % à 75 ans
- Impact
  - Altération du volume de distribution ( $V_d$ ) chez la personne âgée
    - $V_d \uparrow$  pour les médicaments liposolubles
      - Ex. : Temozolomide, methotrexate, fluorouracil
    - $V_d \downarrow$  pour les médicaments hydrosolubles
      - Ex. : Cyclophosphamide



# Distribution

---

- Baisse 15 à 20 % de l'albumine plasmatique
  - Augmentation de l'effet des médicaments fortement liés à l'albumine
    - En théorie : Gefitinib, erlotinib et lapatinib
      - Non prouvé cliniquement
- ↓ de la concentration des globules rouges
  - Augmentation de l'effet des médicaments fortement liés aux globules rouges
    - Anthracyclines
    - Taxanes
    - Étoposide

John et al. *Drugs Aging*. 2003; 20(10): 737-59

Scheffler et al. *Clin Pharmacokinet*. 2011 Jun;50(6)371-403



# Métabolisme

---

- Foie : principal voie métabolique des médicaments
  - Taille du foie ↓ avec l'âge
  - Flot sanguin hépatique ↓ de 0,3 % à 1,5 % par année
- 2 phases de métabolisme
  - Phase 1 : Cytochrome P450
    - ↓ avec l'âge
  - Phase 2 : Conjugaison
    - Non modifié avec l'âge



# Cytochromes P450

---

- Enzymes majoritairement localisées au foie mais aussi
  - Intestin
    - L'enzyme la plus présente : CYP 3A4
    - Impact clinique pour les thérapies orales
      - La très grande majorité des thérapies ciblées par voie orale
  - Reins, poumons, cerveau
    - Peu d'impact clinique



# Cytochromes P450

---

- Problématiques
  - Beaucoup de variabilités génétiques
    - CYP 2D6
      - Métaboliseurs ultra-rapides, extensifs, intermédiaires et lents
      - Variations ethniques importantes
  - Beaucoup de médicaments peuvent être éliminés par la même voie
    - CYP 3A4
  - ↓ métabolisme avec l'âge

# Interactions médicamenteuses

CYP450 et antinéoplasiques							
Isoenzyme	Inducteurs faibles*	Substrats faibles	Substrats modérés	Substrats forts	Inhibiteurs faibles	Inhibiteurs modérés	Inhibiteurs forts
CYP1A2		Axitinib Bendamustine Bortezomib Erlotinib Etoposide Imatinib		Dacarbazine	Anastrozole Bortezomib Interferon alfa-2B Pazopanib		Abiraterone
		Bendamustine**			Vemurafenib**		
CYP2A6		Cyclophosphamide Letrozole Tamoxifen Tretinoin		Ifosfamide			Letrozole
CYP2B6	Cyclophosphamide	Ifosfamide Tamoxifen Tretinoin		Cyclophosphamide Irinotecan	Tamoxifen	Doxorubicine Sorafenib	
	Nilotinib**						
CYP2E1	Tretinoin	Tamoxifen Etoposide		Dacarbazine			
CYP2C8	Cyclophosphamide Ifosfamide	Ifosfamide Lapatinib		Paclitaxel Tretinoin	Anastrozole Pazopanib	Lapatinib Tamoxifen	Sorafenib
	Nilotinib**	Everolimus**			Nilotinib**		

Outil clinique développé par Isabelle Lévesque, étudiante en pharmacie, 2011

# Interactions médicamenteuses

	CYP450 et antinéoplasiques						
Isoenzyme	Inducteurs faibles*	Substrats faibles	Substrats modérés	Substrats forts	Inhibiteurs faibles	Inhibiteurs modérés	Inhibiteurs forts
CYP2C9		Cyclophosphamide Ifosfamide Imatinib Tretinoïn			Etoposide Imatinib Pazopanib Tamoxifen Tretinoïn		
	Nilotinib**				Nilotinib, Vemurafenib**		
CYP2C19		Cyclophosphamide Imatinib		Bortezomib Ifosfamide	Gefitinib Letrozole Pazopanib	Abiraterone Bortezomib	
CYP2D6		Bortezomib Imatinib Vinblastine Vinorelbine		Doxorubicine Tamoxifen	Bortezomib Doxorubicine Gefitinib Pazopanib Temsirrolimus Vemurafenib Vinblastine Vinorelbine	Imatinib	Abiraterone
					Nilotinib**		

Outil clinique développé par Isabelle Lévesque, étudiante en pharmacie, 2011

# Interactions médicamenteuses

CYP450 et antinéoplasiques							
Isoenzyme	Inducteurs faibles*	Substrats faibles	Substrats modérés	Substrats forts	Inhibiteurs faibles	Inhibiteurs modérés	Inhibiteurs forts
CYP3A4	Vemurafenib	Eribuline Fulvestrant Letrozole Sorafenib Vemurafenib		Bortezomib Crizotinib Dasatinib Docetaxel Doxorubicine Erlotinib Etoposide Exemestane Gefitinib Ifosfamide Imatinib Irinotecan Lapatinib Nilotinib Paclitaxel Ruxolitinib Sunitinib Tamoxifen Temsirolimus Vinblastine Vincristine Vinorelbine	Bortezomib Cyclophosphamide Dasatinib Docetaxel Doxorubicine Etoposide Ifosfamide Mitoxantrone Pazopanib Tamoxifen Temsirolimus Vinblastine Vincristine Vinorelbine	Lapatinib Nilotinib	Imatinib
			Abiraterone, Everolimus, Pazopanib**				

Outil clinique développé par Isabelle Lévesque, étudiante en pharmacie, 2011



# Élimination

---

- ↓ taille des reins avec l'âge
  - 30 % à 90 ans
  - Taux de filtration glomérulaire ↓ de 1 ml/min par année après 40 ans
- ↓ masse musculaire : donc créatinine stable dans le temps
  - On doit donc ajuster les médicaments principalement éliminés par voie rénale
    - Cockcroft et Gault
    - AUC pour le carboplatin
      - Rappel : Max 125 ml/min pour le calcul de l'AUC

**AJUSTEMENT POSOLOGIQUE DES ANTINÉOPLASIQUES EN PRÉSENCE  
D'INSUFFISANCE RÉNALE \***

<b>Antinéoplasiques</b>	<b>Fonction rénale</b>	<b>Ajustement des doses</b>
Cisplatine	<u>Clcr</u> : 10-50 ml/min <u>Clcr</u> < 10 ml/min  Cr > 130 µmol/l ± BUN > 9 mmol/l	75 % de la <u>dose<sup>a,d</sup></u> 50 % de la <u>dose<sup>a,d</sup></u>  <u>NR<sup>b</sup></u>
	<u>Clcr</u> : 46-60 ml/min <u>Clcr</u> : 31-45 ml/min <u>Clcr</u> < 30 ml/min	75 % de la <u>dose<sup>d</sup></u> 50 % de la <u>dose<sup>d</sup></u> <u>NR<sup>d</sup></u>
<u>Fludarabine</u>	<u>Clcr</u> : 30-70 ml/min <u>Clcr</u> < 30 ml/min	50 % <sup>b</sup> -80 % <sup>e</sup> de la dose <u>NR<sup>b,d,e</sup></u>
	<u>Clcr</u> : 10-50 ml/min <u>Clcr</u> < 10 ml/min	75 % de la <u>dose<sup>d</sup></u> 50 % de la <u>dose<sup>d</sup></u>

Outil clinique des pharmaciens d'oncologie de l'hôpital de Rimouski,  
mis à jour en septembre 2013



# Élimination – Le cas de la cisplatine

---

- Toxicité rénale rapportée
  - 28 à 36 % des pts traités avec une dose unique de 50 mg/m<sup>2</sup>
- Élimination non rénale aussi par liaison avec les protéines plasmatiques
- Prévention
  - ↓ la dose à administrer selon fonction rénale initiale
  - Hydratation agressive
  - Éviter furosémide et mannitol
  - Administrer cisplatine seulement si état euvolémique atteint
  - Maintenir une diurèse de 100 ml/hre à partir de la veille du traitement jusqu'à 2 jours après le traitement



## 1. Hydratation à domicile

dès la veille du traitement du Jour 1, à débiter vers 12 h et poursuivre jusqu'au matin du traitement du Jour 1 :

- \* boire 10 verres de 250 ml (8 oz) de liquide tels de l'eau, des jus de fruits ou de légumes, des bouillons, des soupes, du lait ou des tisanes et comptabiliser le nombre de verres bus.
- \* éviter la consommation importante de boissons alcoolisées et celles contenant de la caféine (café, thé, cola) et ne pas comptabiliser ces boissons.

1.2 pendant les 2 jours qui suivent le traitement du Jour 1, soit les Jours 2 et 3 :

- \* boire jusqu'à 10 verres de 250 ml (8 oz) de liquide par jour, comme recommandé plus haut.

1.3 pendant les autres jours du mois :

- \* boire jusqu'à 6 à 8 verres de 250 ml (8 oz) de liquide par jour, comme recommandé plus haut.

## 2. Hydratation à la clinique externe, au Jour 1

D5 %-NaCl 0,45 % IV à 500 ml/h. Débiter 3 h avant le début de la perfusion de cisplatine. Interrompre pendant l'administration de la chimiothérapie. À la fin de la chimiothérapie, reprendre l'hydratation et la poursuivre pendant 1 h après la fin de la perfusion de cisplatine.

<b>ALERTE</b>	<b>S'assurer d'un débit urinaire plus grand que 100 ml/h avant de poursuivre, sinon aviser le médecin.</b>
---------------	--

Drug	Dose Modification	Age-Related PK?	Comments
Etoposide	Age Renal imp.	CL ↓/↔ F?	Myelosuppression ↑, <b>non-PK related</b>
Gemcitabine	Hepatic imp. Renal imp.		Minimal toxicity in elderly
Methotrexate	Age? Renal imp.	CL ↓	Toxicity may be increased. Folinic acid rescue important.
5-FU	Renal imp.	CL ↔	Stomatitis risk ↑
Capecitabine	Renal imp.	CL ↔ F ↔	
Topotecan	Renal imp.		
Irinotecan	Plasma proteins?	CL ↔	Diarrhoea risk ↑
Vinorelbine	Severe hepatic imp.	CL ↓/↔	Favourable toxicity profile
Temozolomide	–	CL ↔	Myelosuppression ↑, <b>non-PK related</b>

Imp:Impairment Cl:Clearance F:Bioavailability PK:Pharmacokinetic

Hurria et al. Cancer Control. 2007 ; 14:32-43

Lichtman et al. Cancer Control. 2000 ; 7:548-56

Drug	Dose Modification	Age-Related PK?	Comments
Doxorubicin	Hepatic imp.	CL ↓/↔	Cardiotoxicity ↑. Often avoided, great care needed (esp. with trastuzumab). Add dexrazoxane. Liposomal formulations may be beneficial.
Idarubicin	Renal imp.	CL ↔	Well tolerated
Epirubicin	Hepatic imp.		Well tolerated, esp. weekly
Mitoxantrone	Hepatic imp.	CL ↔	Favourable toxicity profile
Paclitaxel Docetaxel	Hepatic imp.	CL ↓/↔	Care if concurrent treatment with other neurotoxic drugs
Cisplatin	<b>Age?</b> Renal imp. Plasma proteins	CL ↓	Enhanced toxicity. <b>Age an independent factor for CL ↓</b>
Carboplatin	Renal imp.	CL ↔	Care when using serum creatinine-based formulae
Oxaliplatin	Renal imp. Erythrocytes?	CL ↔	Lack of nephrotoxicity, lower haematotoxicity than cis/carbo
Cyclophosphamide	-	CL ↔	Myelosuppression ↑, mesna

Imp:Impairment Cl:Clearance F:Bioavailability PK:Pharmacokinetic

Hurria et al. Cancer Control. 2007 ; 14:32-43

Lichtman et al. Cancer Control. 2000 ; 7:548-56

Table 6. Example of Toxicity of the Chemotherapy Regimen (Chemotox) Values for Various Chemotherapy Regimens<sup>a</sup>

CRASH Points <sup>b</sup>		
0	1	2
Capecitabine 2g	Capecitabine 2.5 g	5-FU/LV (Roswell-Park)
Cisplatin/pemetrexed	Carboplatin/gemcitabine AUC 4-6/1 g d1,d8	5-FU/LV (Mayo)
Dacarbazine	Carboplatin/pemetrexed	5-FU/LV and bevacizumab
Docetaxel weekly	Carboplatin/paclitaxel q3w	CAF
FOLFIRI	Cisplatin/gemcitabine d1,d8	Carboplatin/docetaxel q3w
Gemcitabine 1 g 3/4 wk	ECF	CHOP
Gemcitabine 1.25 g 3/4 wk	Fludarabine	Cisplatin/docetaxel 75/75
Paclitaxel weekly	FOLFOX 85 mg	Cisplatin/etoposide
Pemetrexed	Gemcitabine 7/8 wk then 3/4 wk	Cisplatin/gemcitabine d1,d8,d15
	Gemcitabine/irinotecan	Cisplatin/paclitaxel 135-24 h q3w
	PEG doxorubicin 50 mg q4w	CMF classic
	Topotecan weekly	Doxorubicin q3w
	XELOX	FOLFOX 100-130 mg
		Gemcitabine/pemetrexed d8
		Irinotecan q3w
		Paclitaxel q3w
		Docetaxel q3w
		Topotecan monthly

# Recommandations pour le traitement par chimiothérapie chez les personnes âgées selon le type de cancer

---



[www.siog.org](http://www.siog.org)

Société internationale d'oncologie gériatrique

Organisation à but non lucratif fondée en 2000 en Suisse

Équipe multidisciplinaire composée d'oncologues, de gériatres et d'autres professionnels de la santé

# Recommandations pour le traitement par chimiothérapie chez les personnes âgées selon le type de cancer



NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®)

## Senior Adult Oncology

Version 1.2014

[NCCN.org](http://NCCN.org)

[Continue](#)



# Cancer du sein - SIOG

---

- Thérapie endocrine primaire
  - Seulement pour femmes âgées avec espérance de vie de moins 2 à 3 ans qui refusent ou ne peuvent avoir une chirurgie
  - Demander l'avis d'un gériatre pour estimer l'espérance de vie et superviser la gestion des comorbidités
  - Choisir tamoxifène ou inhibiteur de l'aromatase (IA) selon le profil d'effets indésirables

<b>Effet indésirable</b>	<b>Tamoxifène (TAM) (fréquence %)</b>	<b>Inhibiteurs de l'aromatase (I.A.) (fréquence %)</b>
Bouffées vasomotrices	✓ (38-50 %)	✓ (33-48 %)
Myalgies /arthralgies	✓ (3-21 %)	✓(15-25 %)
Perte osseuse / fracture		✓ (7 %) / (6 %)
Sécheresse vaginale	✓ (9 %)	✓ (10 %)
Cancer de l'endomètre	✓ (0,3-0,5 %)	
Accidents thromboemboliques	✓ (1,9-3,5 %)	
Nausées	✓ (10-25 %)	✓ (10-18 %)
Troubles de la vision	✓ (entre 0,1-1 %)	
Insomnie	✓	✓ (5-10 %)
Gain pondéral	✓ (6-9 %)	✓ (8-9 %)



# Cancer du sein - SIOG

---

- Thérapie hormonale adjuvante
  - L'âge n'affecte pas l'efficacité du tamoxifène ou des IA
  - Efficacité favorise légèrement les IA mais le choix devrait être guidé par le profil de toxicité
  - Si on débute par tamoxifène, on devrait considérer de changer pour un IA après 2 à 3 ans
  - Prolonger le traitement après 5 ans en passant de tamoxifène à IA peut être considéré pour les patientes en bonne forme
  - Omettre la thérapie hormonale peut être justifié si le risque de récurrence est très faible (pT1aN0) ou si comorbidités sévères



# Cancer du sein - SIOG

---

- Chimiothérapie adjuvante
  - L'âge seul ne devrait pas déterminer si on traite ou non
  - Les patientes qui en bénéficient le plus :
    - Ganglions + et RH -
  - 4 cycles avec régime contenant une anthracycline est privilégié sur CMF
  - AC et CMF est plus efficace que capécitabine seule
  - Taxanes : plus de toxicité chez les patientes âgées mais peuvent être ajoutées au régime contenant une anthracycline chez les patientes à haut risque, mais en santé, ou pour remplacer l'anthracycline pour éviter la toxicité cardiaque
  - Si HER + : devrait recevoir trastuzumab sauf si maladie cardiaque présente



# Cancer du sein - SIOG

---

- Maladie métastatique
  - Thérapie hormonale est le tx de choix chez la femme âgée avec RH+
  - Chimiothérapie pour cancer RH- OU hormono-réfractaire OU maladie qui progresse rapidement
  - Traitement seul ou en combinaison par voie orale est possible chez la femme âgée
  - Les réductions de doses ou prolongements de la période entre les cycles sont controversés mais peuvent être considérés selon la pharmacologie et les toxicités attendues
  - Si HER+ : devrait recevoir trastuzumab + chimiothérapie
  - Si HER+ et HR+ mais contre-indication à la chimiothérapie OU absence de maladie sévère :
    - Donner thérapie hormonale avec trastuzumab
  - Si HER+ et HR- : Trastuzumab seul peut être un choix raisonnable
  - Bevacizumab... On oublie ça!

Biganzoli et al. Lancet Oncol. 2012 Apr; 13(4):e148-60



# Cancer du sein - SIOG

---

- Autres sujets importants abordés
  - Sécurité du traitement et observance
  - Attentes du patient
  - Barrières au traitement
  - Cancer du sein chez les hommes âgés



# Cancer du sein - NCCN

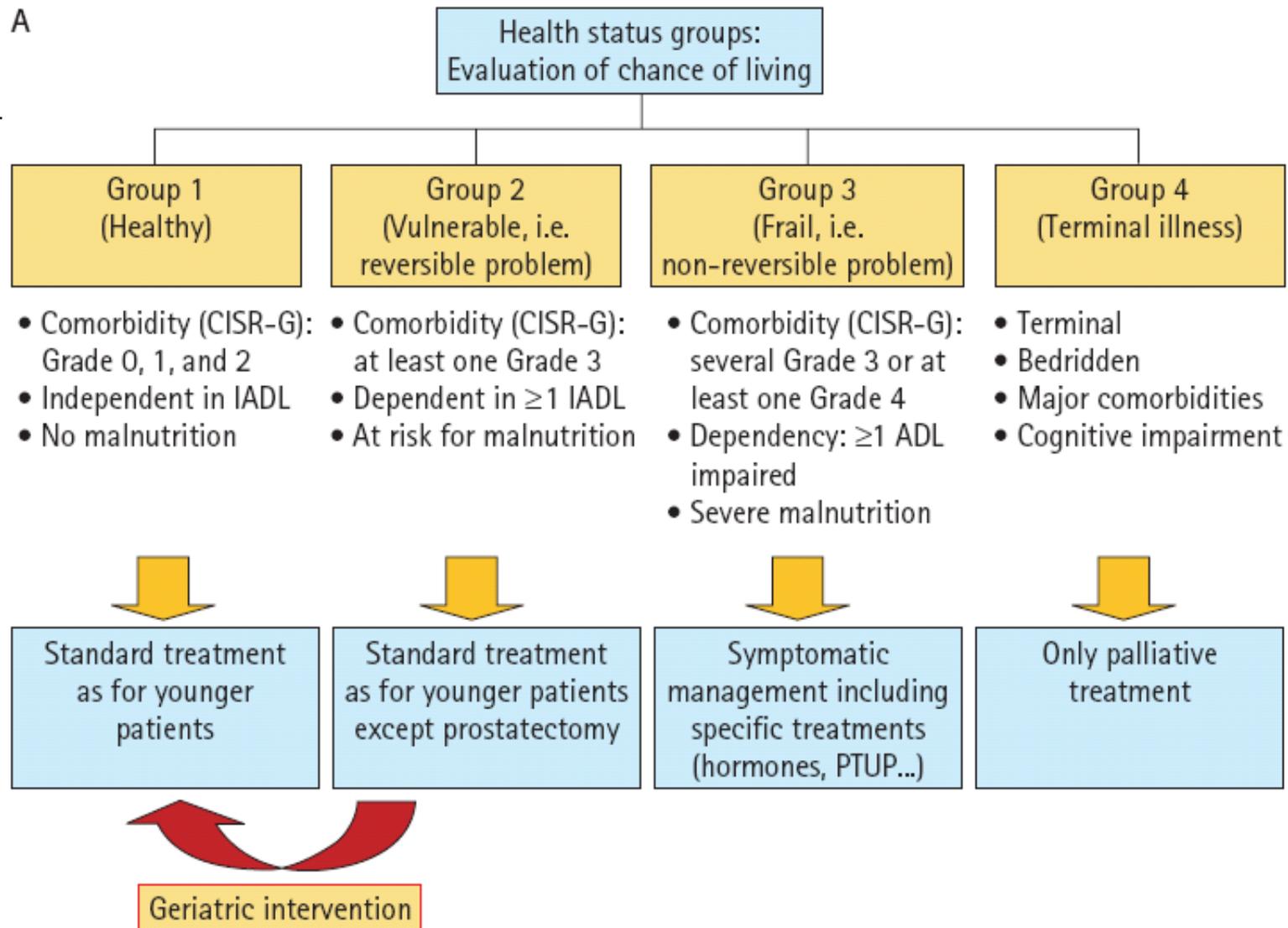
---

- Les patientes âgées de 65 ans et plus bénéficient autant de la chimiothérapie adjuvante que les patientes plus jeunes (PFS, OS). Elles développent cependant plus de toxicités
- Selon une revue d'études du CALGB traitant les patientes avec un cancer du sein à ganglions+ :
  - Seulement 8 % étaient âgées de 65 ans et +
  - Seulement 2 % étaient âgées de 70 ans et +
- AC et CMF sont plus efficaces que capécitabine seule chez ptes âgées de 65 ans et +
- Les patientes âgées de 75 ans et + reçoivent un traitement moins agressif et ont une mortalité + élevée pour un cancer du sein de stade précoce

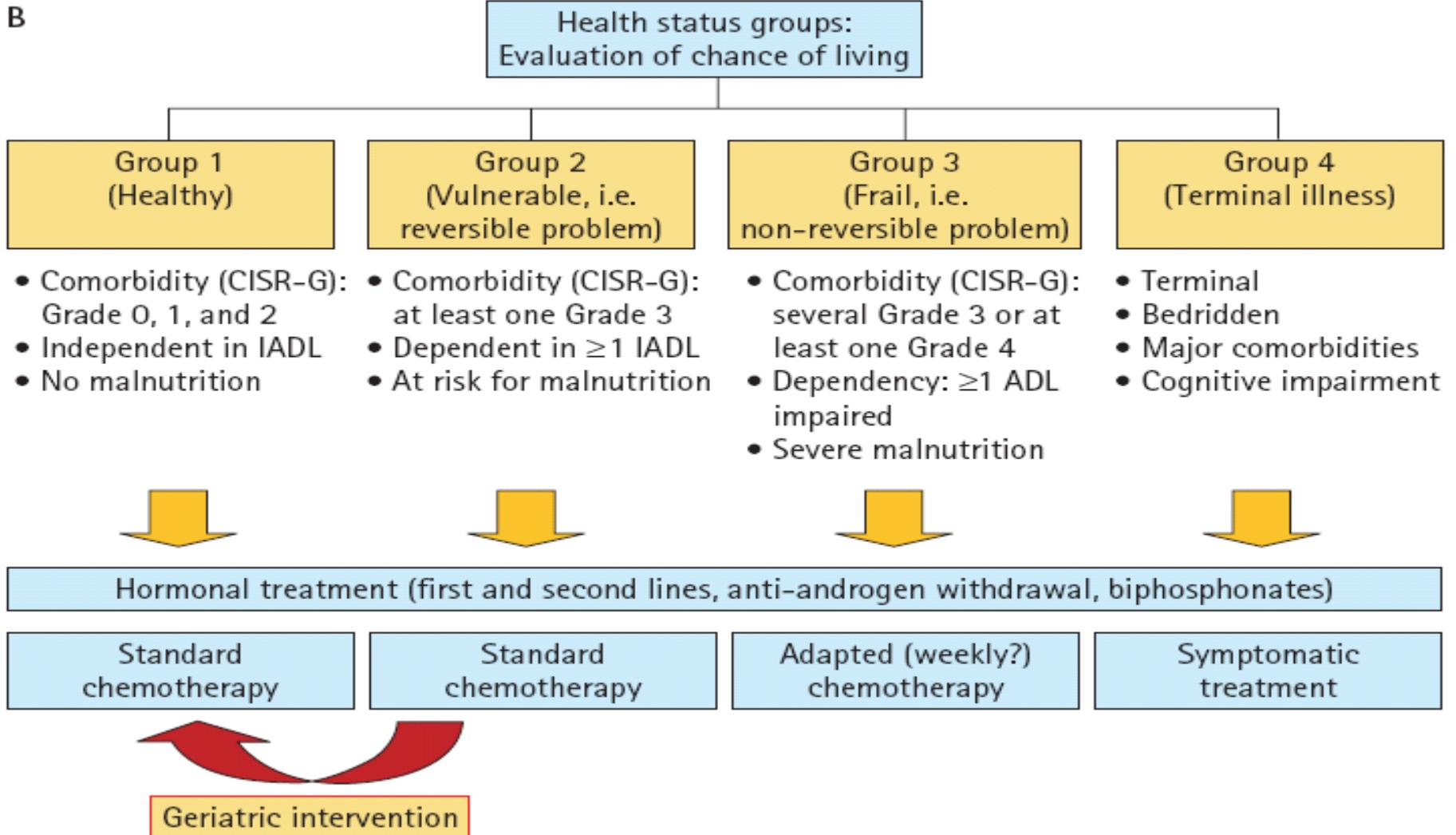
[http://www.nccn.org/professionals/physician\\_gls/pdf/senior.pdf](http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/senior.pdf)

# Cancer de la prostate - Maladie localisée - SIOG

A



# Cancer de la prostate - Maladie métastatique - SIOG





# Cancer de la prostate - NCCN

---

- Pas de différence reliée à l'âge concernant l'efficacité du docétaxel et du cabazitaxel chez les patients réfractaires à la thérapie hormonale
  - Considérer l'ajout de G-CSF chez les pts âgés de 65 ans et + pour éviter complications neutropéniques
- La thérapie anti-androgénique est associée à une ↑ des risques de fractures et une ↓ de la masse musculaire
  - Suivi osseux nécessaire
  - Risque de chute ↑
  - Attention aux patients frêles
- Les nouvelles thérapies hormonales pourraient remplacer ou retarder la chimiothérapie chez les patients plus âgés
  - Abiratérone/Zytiga®
  - Enzalutamide/Xtandi®



# Cancer colorectal - SIOG

---

- Traitement adjuvant (Stade III)
  - 5FU en perfusion continue
  - 5FU + Leucovorin Bolus
    - Cependant + toxique que 5FU en perfusion continue
  - Capécitabine
    - Enseignement adéquat nécessaire pour gestion de la diarrhée
    - Ajustement selon fonction rénale
  - FOLFOX
    - Cependant, pas de données > 75 ans



# Cancer colorectal - NCCN

---

## □ Traitement adjuvant

- Les pts âgés bénéficient de la même efficacité relative (DFS, OS) que les pts + jeunes pour les tx à base de 5FU. Ils sont cependant plus à risque de toxicités hématologiques
- Ajout d'oxaliplatine : très controversé
  - Regroupement de résultats de certaines études
    - Pas de bénéfice de DFS ou OS chez > 70 ans
  - D'autres études
    - Bénéfices limités chez  $\geq 75$  ans
  - Donc, cas par cas
- Néo du rectum
  - Controverse au niveau de la tolérance de la combinaison 5-FU + radiothérapie néo-adjuvante
  - Demeure le tx standard pour les patients qui ont un bon statut de performance



# Cancer colorectal - SIOG

---

- Traitement métastatique
  - Les patients âgés en bonne condition physique bénéficient de la chimiothérapie
  - 5FU en perfusion continue est plus efficace et moins toxique que 5-FU et Leucovorin en Bolus
  - Chimiothérapie de combinaison avec ou sans bevacizumab devrait être le traitement de choix
  - Pour la capécitabine, une réduction de dose selon la fonction rénale est nécessaire
  - Panitumumab et cetuximab
    - Devraient être utilisés comme pour les patients plus jeunes
    - On ne devrait pas s'attendre à une tolérance diminuée chez la clientèle plus âgée



# Cancer colorectal - NCCN

---

## □ Traitement métastatique

- Les pts âgés bénéficient de la même efficacité relative (DFS, OS) que les pts + jeunes pour les tx à base de 5FU. Ils sont cependant plus à risque de toxicités hématologiques
- Stratégies « Stop and go » et une monothérapie de maintenance durant un traitement de combinaison est souhaitable pour minimiser la toxicité
- Selon une étude prospective chez les pts non éligible à un chimiothérapie de combinaison standard
  - Ajout d'oxaliplatine d'emblée à dose diminuée n'est pas bon
  - La capécitabine a donné plus de toxicités grade 3 que le 5FU sans ↑ de la qualité de vie
- Profil de toxicité acceptable pour le panitumumab et le cetuximab
- L'ajout de bevacizumab est aussi avantageuse chez les pts âgés mais ils ont un taux plus élevé de toxicités, notamment des événements thromboemboliques



# Cancer colorectal - SIOG

---

- Recommandations générales
  - Il est important d'avoir un plan de traitement global pour le suivi de la clientèle âgée
  - Le dépistage et le diagnostic devraient être plus rapides
  - La clientèle âgée devrait recevoir un traitement plus agressif, qui se rapproche de la clientèle plus jeune
  - Les patients devraient recevoir le traitement le plus agressif possible mais demeurant approprié pour la sécurité et l'efficacité en tenant compte de leur âge biologique et de leurs comorbidités
  - Objectif : optimiser la survie globale et minimiser la toxicité
  - Besoin accru en pharmacogénétique et pharmacogénomique afin de sélectionner le bon traitement pour le bon patient
    - Idem pour les patients plus jeunes



# Cancer du poumon NPC - SIOG

---

- Chimiothérapie adjuvante
  - Pts âgés reçoivent une dose plus faible mais semblent bénéficier autant que les patients plus jeunes, sans ↑ de toxicité
  - Ne pas considérer la chimiothérapie seulement selon l'âge du patient  
Considérer aussi
    - Bénéfice absolu estimé
    - Espérance de vie
    - Comorbidités
    - Préférences du patient
    - Moins d'informations disponibles chez > 75 ans
      - Données rétrospectives chez des patients très bien sélectionnés...



# Cancer du poumon NPC - SIOG

---

- Cancer localement avancé
  - Pts âgés devraient se faire offrir combinaison radiothérapie/chimiothérapie
  - Mais...
    - Manque d'études prospectives randomisées contrôlées chez cette clientèle
    - Plus de toxicités
  - Donc, bien sélectionner les patients
    - Statut de performance
    - Absence de comorbidités sévères
    - Espérance de vie



# Cancer du poumon NPC - SIOG

---

## □ Cancer métastatique

### ■ 1<sup>re</sup> ligne

- Devrait préconiser une chimiothérapie avec un seul agent
  - Docetaxel
  - Vinorelbine
  - Gemcitabine
- Une PFS + élevée est possible avec docetaxel vs vinorelbine mais la survie globale est similaire
- Peu de données quand > 80 ans

### ■ 2<sup>e</sup> ligne

- Peu de données
- On ne devrait pas s'empêcher de donner pemetrexed ou erlotinib



# Cancer du poumon NPC - NCCN

---

- Chimiothérapie adjuvante
  - Les bénéfices sont similaires, peu importe l'âge
- Cancer localement avancé
  - Thérapie combinée (Radiothérapie + Chimiothérapie)
    - Efficacité maintenue malgré l'âge
    - Plus de toxicité chez les personnes âgées
      - Oesophagite, pneumonite, myélosuppression
- Cancer métastatique
  - Comme pour les plus jeunes : ↑ qualité de vie
  - De nouvelles données sur les bénéfices avec doublet vs agent seul
  - USA : ne bénéficierait pas de l'ajout de bévacizumab à carboplatin-paclitaxel



# Autres sujets pharmaceutiques couverts par la SIOG

---

- ❑ Cancer du rein métastatique
- ❑ Chimiothérapie chez les personnes âgées
- ❑ Toxicité des anthracyclines
- ❑ Insuffisance rénale
- ❑ Ajustement des doses en insuffisance rénale
- ❑ Utilisation des bisphosphonates
- ❑ Utilisation des facteurs de croissance hématopoïétiques
- ❑ Et bien d'autres!

[http://www.siog.org/index.php?option=com\\_content&view=article&id=81&Itemid=71](http://www.siog.org/index.php?option=com_content&view=article&id=81&Itemid=71)



# Conclusion

---

- Changements pharmacocinétiques à ne pas négliger chez la personne âgée
- Attention :
  - Interactions médicamenteuses
  - Ajustement en insuffisance rénale
  - Gestion des toxicités
- Les patients âgés ont tendance à être traités moins agressivement
  - Efficacité réelle de cette approche?

Âge avancé  $\neq$  état moribond!

---



# Questions?





# Références supplémentaires

---

- Portrait du cancer au Québec, 2006

- <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2010/10-202-05W.pdf>