

Radiothérapie antalgique du sujet âgé

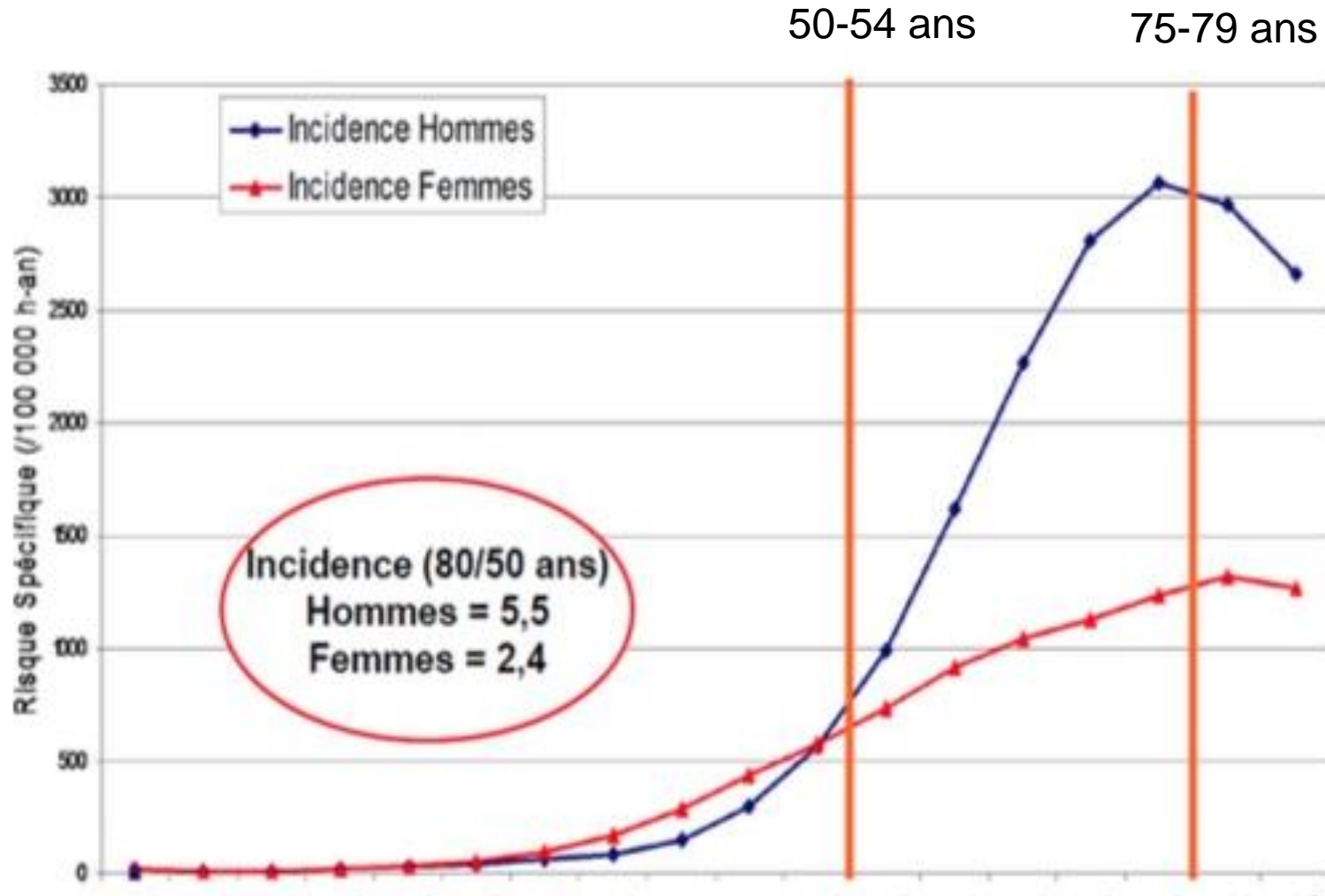
3^{ème} congrès annuel
de l'UCOG Bretagne
Douleurs et cancers du sujet âgé
17 mars 2016

Dr Floriane TOUDIC-EMILY

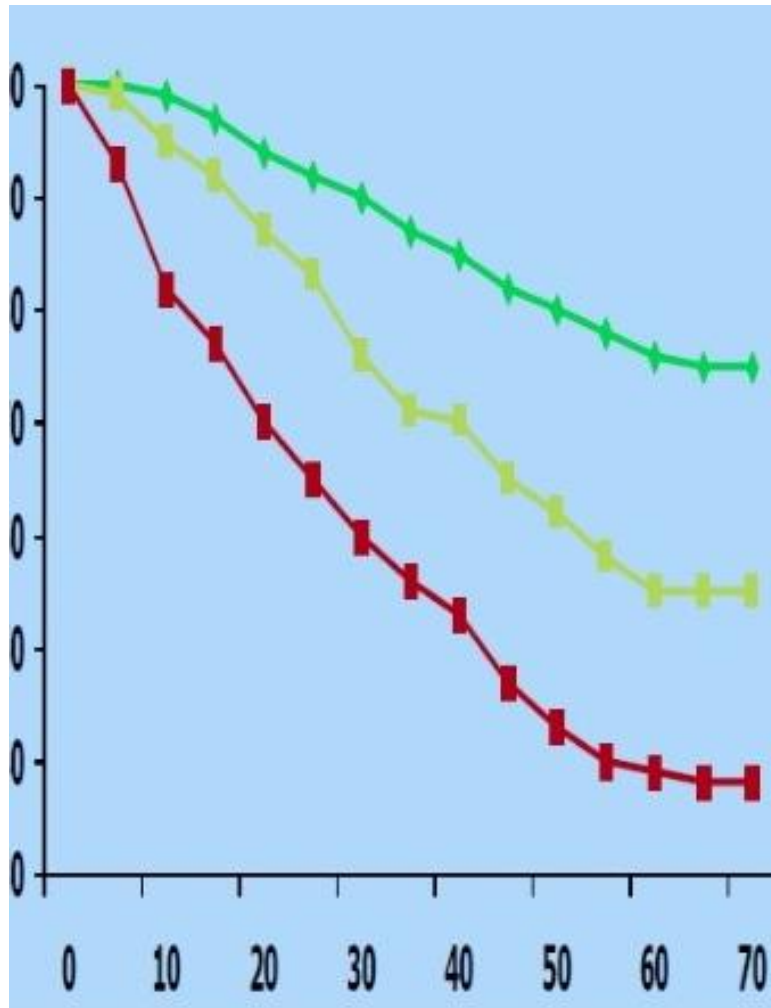


CENTRE
ARMORICAIN
RADIOTHÉRAPIE
IMAGERIE MÉDICALE
ONCOLOGIE

Risque de cancer en fonction de l'âge



Population âgée hétérogène



Bonne santé

Santé usuelle

Santé précaire



Radiothérapie antalgique: généralités

- 180 000 patients par an traités par RT (2/3 des patients atteints de K, dt 1/3 de tt palliatif)
- Activité importante des services de radiothérapie (environ 30% des traitements). Effet antalgique particulièrement intéressant pour patients âgés +/- intolérants aux opiacés
- Environ 1/3 des patients en RT ont 75 ans et plus
- Dans la majorité des cas, il s'agit de douleurs liées à des métastases osseuses
- Les objectifs:
 - Antalgique
 - Consolidation
 - Décompressif



Effet antalgique

- Il est obtenu dans 50 à 80% des cas, dès quelques jours, avec un délai maximal de 4 semaines (Bates et al. IJROBP 92), avec réponse complète dans plus d'un tiers des cas (méta-analyse de Sze et al. Clin Oncol 2003)
- Quels en sont les mécanismes? Ils sont assez mal élucidés mais il s'agit surtout d'un effet anti-inflammatoire, expliquant la réponse précoce, et d'un effet anti-prolifératif, expliquant les effets plus retardés.
- Dans environ 15% des cas, exacerbation transitoire des douleurs suite aux premières séances nécessitant une adaptation des traitements médicamenteux +++

Effet de consolidation

- Obtenu dans 85% des cas de métastases ostéolytiques
- Débute dès 1 mois, est maximal à 3 mois
- Néanmoins, concernant les os long, le risque fracturaire préalable à la radiothérapie n'est pas annulé. Il faut donc envisager une chirurgie orthopédique préventive chez les patients opérables en état général correct (beaucoup plus simple en préventif que sur une fracture pathologique)

Effet décompressif

- 5% des porteurs de métastases osseuses vont développer une compression neurologique, dont l'impact sur la survie et la qualité de vie est très négatif (qq mois en cas de déficit constitué)
- Importance de repérer les Sd lésionnels (douleurs intenses persistantes associées à des radiculalgies) pour programmer une IRM médullaire
- Etude randomisée de Patchell et al. Lancet 2005: la chirurgie décompressive suivie de radiothérapie doit être proposée aux patients opérables en l'absence d'atteinte neuro irréversible (réponse aux CTC, déficit non complet) par rapport à une Rt seule

Quelles techniques?

- Radiothérapie externe (rayons X) +++ localisée
- Radiothérapie « hémicorporelle » ou grands champs, pour des patients à l'atteinte osseuse diffuse. De moins en moins utilisée malgré son efficacité, du fait de la toxicité hématologique et digestive
- Radiothérapie métabolique: utilise des isotopes radioactifs. Effet antalgique entre 1 et 3 semaines après le traitement. Peut être répété au-delà de 3 mois. Difficultés d'accès actuellement+++

Quelles sont les questions à se poser?

- Espérance de vie: le patient va-t-il terminer sa RT?
- Est-ce utile pour sa qualité de vie?
- Problèmes de transport: éloignement? Hospitalisation?
- Est-ce techniquement possible?
 - Immobilité: douleurs, troubles confusionnel, Parkinson, orthopnée...
 - Irradiations antérieures

Particularités chez le sujet âgé

- Peu d'études spécifiques en RT
- Peu de précisions techniques
- Mais attestent globalement de la faisabilité de la Rt chez les sujets âgés

- Pignon et al. Radiother Oncol 1998

6 essais randomisés de l'EORTC sur 1208 patients pour RT thoracique: pas de différence en survie ni en tolérance entre 50 et 80 ans

- Hayakawa et al. Lung Cancer 2001

Pas de différence en rétrospectif ni évolution du PS fct de l'âge entre 67 patients de 75 à 79 ans et 30 patients de plus de 80 ans

Particularités chez le sujet âgé

- Globalement maintien des indications et des doses
- Aménagements
 - Importance du confort de la position (observance+++)
 - Transports
 - Temps machine adapté
 - Si possible éviter hospitalisation
 - Hypofractionnement+++

Schémas de traitement

- Volumes limités
- Fractionnement:
 - Classique 40 Gy en 20 séances, 4 semaines
 - Le plus utilisé en Europe pour les traitements palliatifs: 30 Gy en 10 séances de 3 Gy sur 2 semaines
 - « Baillet »: 2x6,5 Gy J1-J3 et 2x5 Gy J15-J17
 - 20 Gy en 5 séances de 4 Gy sur 1 semaine
 - Séance unique de 8 Gy
 - Autres fractionnements de 3x3 Gy par semaine, 4x2,4 Gy par semaine, 4x3,7 Gy par semaine sur 1 semaine ½ à 2 semaines, 2x4 Gy par semaine, « Curie » 1 séance hebdo de 6,5 Gy...etc

Schémas de traitement

- Meta-analyse du Dutsch Bone Metastasis Study Group, Radiother Oncol 2006:
 - Durée de réponse identique entre les différents schémas mais réirradiations plus fréquentes pour dose unique
 - Pas de différence sur l'effet antalgique
 - Effet de reminéralisation osseuse meilleur pour schéma de 30 Gy en 10 fr/ 8 Gy dose unique
 - Tolérance aiguë identique

Schémas de traitement

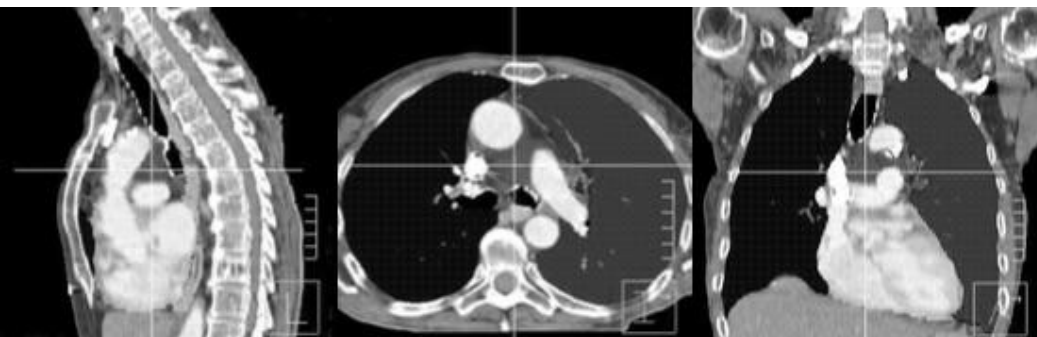
- Essai randomisé de non infériorité de Rades et al, J Clin Oncol 2016 comparant 20 Gy en 5x4 Gy 1 semaine à 30 Gy en 10 fr 2 semaines sur compression médullaire:
 - Amélioration motrice dans 41% des cas, avec 85% de réponse motrice objective à 1 mois, identique dans les 2 bras (75% des patients sont capables de marcher à 1 mois)
 - Pas de différence en SSRL (77 à 84% à 3 mois et 75 à 81% à 6 mois), ni en SG (environ 50% à 3 mois et 40% à 6 mois)
 - Pas de différence en toxicité aiguë

Consultation initiale

- Confirmer l'indication oncologique
- Evaluer les fragilités gériatriques: intérêt de l'évaluation oncogériatrique
 - PS
 - Comorbidites
 - Tt antérieurs ou conco (médicamenteux, chir, chimio, RT...)
 - Environnement psycho-social
- Evaluer la faisabilité technique
- Anticiper les douleurs liées au déplacement, au maintien de la position, à l'exacerbation transitoire...intérêt+++ d'une prémédication antalgique (en particulier Fentanyl d'action rapide pour patients sous tt de fond morphinique préalable)

Préparation du traitement: SCD

- Définir la position de tt
 - Doit assurer l'immobilité (parfois impossible...)
 - Adéquate en fct de la localisation traitée (parfois difficile: tête très défléchie, MS relevés, DV...)
 - Reproductibilité
 - Confort++++ gage de compliance
- Attention aux injections de PDC iodés (fct rénale+++)
- Attention au pace maker=OAR (suivi cardio car risque de dérèglement par interférences électromagnétiques)



Contentions

- Masques thermoformés, cales en mousse de polyurethane, repose-bras...



Surveillance en cours de traitement

- Par les manipulateurs
 - Mise en confiance+++ car anxiété/maladie, technicité, mort...Importance des explications, reformulations, accompagnement
 - Détection des effets indésirables
 - Détection des problèmes sociaux
 - Rôle technique:
 - Positionnement
 - Réalisation de la séance
 - Surveillance depuis le poste de commande par système audio-visuel (difficultés chez les patients mal-entendants)



Surveillance en cours de traitement

- Par le radiothérapeute
 - Au moins hebdomadaire
 - Prise en compte des traitements concomitants
 - Poids, état nutritionnel
 - Adaptation antalgique
 - Effets secondaires (digestifs en particulier...diarrhée, nausées)

Conclusion

- Généralement traitement faisable et efficace
- Privilégier les schémas courts, en, particulier chez patients en mauvais état général
- Intérêt de l'avis du patient (étude du Dutsch Bone metastasis Study Group sur 85 patients, montrant que 84% des patients apprécient d'être associés à la décision, que 85% des patients ont choisi 30 Gy en 10 pour éviter le risque de retraitement et/ou de fracture et 15% ont choisi la dose unique pour des raisons de coût et de commodité).
- Importance de l'accompagnement (prise en charge globale et antalgique...)