

Introduction I

La notion de patient âgé en chirurgie a progressivement évolué, notamment quant au seuil au-delà duquel la chirurgie n'était plus envisageable. Celui-ci était de 60 ans dans les années 1950, et a progressivement augmenté au fil du temps, du fait de l'augmentation de l'espérance de vie et de l'état de santé des patients, de l'amélioration des techniques chirurgicales et anesthésiques. Tant et si bien que la limite est à présent plus floue, dépendant du vieillissement qui est hétérogène, en particulier chez l'octogénaire.

Le cancer digestif augmente en fréquence, dans une population âgée de plus en plus apte à recevoir des thérapeutiques lourdes chirurgicales avec traitement périopératoire optimal. La problématique de la place de la chirurgie à forte morbi-mortalité chez les patients de plus de 80 ans en bon état général, tout comme celle de la chirurgie moins risquée chez les patients plus fragiles, est donc un problème de pratique courante en oncologie digestive.

Néanmoins, les attentes des sujets âgés ne sont pas parfaitement identiques à celles des patients plus jeunes. Alors que les thérapeutiques proposées à ces derniers sont schématiquement évaluées sur la survie sans récidence à 3 ou 5 ans et sur le risque de mortalité/morbidité grave, les patients âgés seront plus intéressés par le risque de perte d'autonomie fonctionnelle. Malheureusement, ces critères sont rarement prioritaires dans les études de stratégie thérapeutique, dont sont très souvent exclus les patients de plus de 75 ans...

La juste indication opératoire permet de garantir le plus haut niveau de concordance entre l'indication théorique de chirurgie carcinologique dont un bénéfice est attendu, le pronostic et les alternatives thérapeutiques du traitement du cancer, et les fragilités gériatriques dont l'évaluation permet de s'assurer que le patient aura les réserves fonctionnelles pour tolérer de potentielles complications chirurgicales.

La littérature oncogériatrique montre que l'évaluation gériatrique permet de modifier 20 à 30 % des décisions initiales de traitement du cancer grâce à la mise en évidence de fragilités. Ces dernières sont fréquentes et leur recherche est souvent fructueuse. La mauvaise indication opératoire et sa réalisation chez le sujet âgé sont donc loin d'être rares si la présentation du dossier du patient en réunion de concertation pluridisciplinaire n'est réduite qu'à celle d'une tumeur.

La prise en charge oncologique digestive des patients âgés repose donc sur des éléments de faible solidité scientifique, et les recommandations semblent donc complexes à établir. Elle nécessite une évaluation gériatrique spécifique à laquelle le chirurgien, pourtant habitué à informer des patients en vue d'une chirurgie, n'est pas formé. À l'inverse, les évaluations oncogériatriques, pourtant recommandées, sont rarement réalisées, faute de temps, de disponibilité médicale ou tout simplement par défaut de décision de solliciter un avis gériatrique malgré l'existence d'un outil de dépistage de la fragilité gériatrique tel que le G8 Oncodage. Des outils validés permettent actuellement d'apporter une aide à la décision par l'estimation du risque de complications sévères postopératoires.

L'intérêt d'une prise en charge périopératoire exhaustive par la mise en œuvre d'actions correctives après évaluation oncogériatrique, mais aussi par la réhabilitation (reposant sur l'activité physique et la prise en charge nutritionnelle) est largement démontré. Le sujet âgé peut tirer un bénéfice majeur d'une réhabilitation accélérée après chirurgie. La place d'une prise en charge intensive périopératoire va être évaluée dans un essai prospectif randomisé multicentrique (IMPROVED, collaboration FRENCH et SOFOG).

L'objectif de ce rapport est d'exposer aux chirurgiens et aux chirurgiennes les fragilités gériatriques et leurs modalités d'évaluation. Le parcours périopératoire pour une prise en charge optimale est largement abordé. Les particularités de prise en charge sont ensuite adaptées par organe. Le recueil prospectif (COSA 80 = Chirurgie oncologique du sujet âgé de plus de 80 ans) de l'évaluation gériatrique pré- et postopératoire a bien sûr été fortement contrarié par la pandémie, au cours de laquelle faire de la recherche non-COVID s'est avéré compliqué et la prise en charge chirurgicale de nos patients (en particulier âgés) a été impactée. Ce travail montre néanmoins les progrès qui restent encore à faire !

Nous remercions vivement les centres ayant participé, ainsi que les auteurs et autrices des différents chapitres.

Olivier Facy, Alexandre Rault, Djamel Ghebriou