



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY I
2000

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY
N° 49



03 MAI 2000

THÈSE
pour obtenir le grade de
DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

PARISSE épouse FESQUET Marie-Pierre

le 2 mai 2000

**EFFETS SECONDAIRES DES TRAITEMENTS
CHEZ DES FEMMES CANCÉREUSES ÂGÉES
INCIDENCE SUR LE DEVENIR
EN SERVICE DE SOINS DE SUITE ET DE RÉADAPTATION**

Examineurs de la thèse :

M. PENIN

Professeur

Président

M. PAILLE

Professeur

}

M. CONROY

Professeur

}

Juges

M. DOLDI

Docteur en Médecine

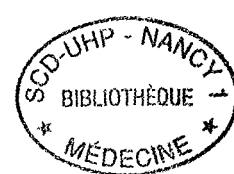
}

BIBLIOTHEQUE MEDECINE NANCY 1



D

007 162661 2



THÈSE
pour obtenir le grade de
DOCTEUR EN MÉDECINE



Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

PARISSE épouse FESQUET Marie-Pierre

le 2 mai 2000

**EFFETS SECONDAIRES DES TRAITEMENTS
CHEZ DES FEMMES CANCÉREUSES ÂGÉES
INCIDENCE SUR LE DEVENIR
EN SERVICE DE SOINS DE SUITE ET DE RÉADAPTATION**

Examineurs de la thèse :

M. PENIN	Professeur		Président
M. PAILLE	Professeur	}	
M. CONROY	Professeur	}	Juges
M. DOLDI	Docteur en Médecine	}	



Président de l'Université : Professeur Claude BURLET

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Jacques ROLAND

Vice-Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Hervé VESPIGNANI

Assesseurs

du 1er Cycle :

du 2ème Cycle :

du 3ème Cycle :

de la Vie Facultaire :

Mme le Docteur Chantal KOHLER

Mme le Professeur Michèle KESSLER

Mr le Professeur Jacques POUREL

Mr le Professeur Philippe HARTEMANN

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ - Professeur Jean-Bernard DUREUX

Professeur Georges GRIGNON - Professeur François STREIFF

PROFESSEURS HONORAIRES

Louis PIERQUIN - Etienne LEGAIT - Jean LOCHARD - René HERBEUVAL - Gabriel FAIVRE - Jean-Marie FOLIGUET

Guy RAUBER - Paul SADOUL - Raoul SENAULT - Pierre ARNOULD - Roger BENICHOX - Marcel RIBON

Jacques LACOSTE - Jean BEUREY - Jean SOMMELET - Pierre HARTEMANN - Emile de LAVERGNE

Augusta TREHEUX - Michel MANCIAUX - Paul GUILLEMIN - Pierre PAYSANT

Jean-Claude BURDIN - Claude CHARDOT - Jean-Bernard DUREUX - Jean DUHEILLE - Jean-Pierre GRILLIAT

Pierre LAMY - François STREIFF - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ

Pierre ALEXANDRE - Robert FRISCH - Jean GROSDIDIER - Michel PIERSON - Jacques ROBERT

Gérard DEBRY - Georges GRIGNON - Pierre TRIDON - Michel WAYOFF - François CHERRIER - Oliéro GUERCI

Gilbert PERCEBOIS - Claude PERRIN - Jean PREVOT - Pierre BERNADAC - Jean FLOQUET

Alain GAUCHER - Michel LAXENAIRE - Michel BOULANGE - Michel DUC - Claude HURIET - Pierre LANDES

Alain LARCAN - Gérard VAILLANT - Max WEBER

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS -
PRATICIENS HOSPITALIERS**

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42ème Section : SCIENCES MORPHOLOGIQUES

1ère sous-section : (Anatomie)

Professeur Michel RENARD - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES - Professeur Marc BRAUN

2ème sous-section : (Histologie, Embryologie, Cytogénétique)

Professeur Hubert GERARD - Professeur Bernard FOLIGUET - Professeur Bruno LEHEUP

3ème sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Professeur Adrien DUPREZ - Professeur François PLENAT

Professeur Jean-Michel VIGNAUD - Professeur Eric LABOUYRIE

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1ère sous-section : (Biophysique et traitement de l'image)

Professeur Alain BERTRAND - Professeur Gilles KARCHER - Professeur Pierre-Yves MARIE

2ème sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Professeur Jean-Claude HOFFEL - Professeur Luc PICARD - Professeur Denis REGENT

Professeur Michel CLAUDON - Professeur Serge BRACARD - Professeur Alain BLUM

44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

- 1ère sous-section : (*Biochimie et Biologie Moléculaire*)
Professeur Pierre NABET - Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur Francine NABET
Professeur Jean-Louis GUEANT
- 2ème sous-section : (*Physiologie*)
Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeur Jean-Pierre MALLIE
Professeur Hubert UFFHOLTZ - Professeur François MARCHAL - Professeur Philippe HAOUZI
- 3ème sous-section : (*Biologie cellulaire*)
Professeur Claude BURLET
- 4ème sous-section : (*Nutrition*)
Professeur Olivier ZIEGLER

45ème Section : MICROBIOLOGIE ET MALADIES TRANSMISSIBLES

- 1ère sous-section : (*Bactériologie, Virologie-Hygiène*)
Professeur Alain LE FAOU
- 2ème sous-section : (*Parasitologie et mycologie*)
Professeur Bernard FORTIER
- 3ème sous-section : (*Maladies infectieuses - maladies tropicales*)
Professeur Philippe CANTON - Professeur Alain GERARD - Professeur Thierry MAY

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE

- 1ère sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)
Professeur Jean-Pierre DESCHAMPS - Professeur Philippe HARTEMANN
Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN
- 2ème sous-section : (*Médecine du travail et des risques professionnels*)
Professeur Guy PETIET
- 3ème sous-section : (*Médecine légale*)
Professeur Henry COUDANE
- 4ème sous-section (*Biostatistiques et informatique médicale*)
Professeur Bernard LEGRAS - Professeur François KOHLER

47ème Section : HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE, TRANSFUSION, CANCÉROLOGIE ET GÉNÉTIQUE

- 1ère sous-section : (*Hématologie*)
Professeur Christian JANOT - Professeur Thomas LECOMPTE - Professeur Pierre BORDIGONI -
Professeur Pierre LEDERLIN
(*Génie biologique et médical*)
Professeur J.François STOLTZ
- 2ème sous-section : (*Cancérologie*)
Professeur François GUILLEMIN - Professeur Thierry CONROY
(*Radiothérapie*)
Professeur Pierre BEY
- 3ème sous-section : (*Immunologie*)
Professeur Gilbert FAURE - Professeur Marie-Christine BENE
- 4ème sous-section : (*génétiq*ue)
Professeur Philippe JONVEAUX

48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, PHARMACOLOGIE, RÉANIMATION ET THÉRAPEUTIQUE

- 1ère sous-section : (*Anesthésiologie et réanimation chirurgicale*)
Professeur Marie-Claire LAXENAIRE - Professeur Claude MEISTELMAN - Professeur Dan LONGROIS
- 2ème sous-section : (*Réanimation médicale*)
Professeur Alain LARCAN - Professeur Henri LAMBERT - Professeur Nicolas DELORME
Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT
- 3ème sous-section : (*Pharmacologie fondamentale, Pharmacologie clinique*)
Professeur René-Jean ROYER - Professeur Patrick NETTER - Professeur Pierre GILLET
- 4ème sous-section : (*Thérapeutique*)
Professeur François PAILLE - Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD

49ème Section : PATHOLOGIE NERVEUSE, PATHOLOGIE MENTALE et RÉÉDUCATION

1ère sous-section : (*Neurologie*)

Professeur Michel WEBER - Professeur Gérard BARROCHE - Professeur Hervé VESPIGNANI

2ème sous-section : (*Neurochirurgie*)

Professeur Henri HEPNER - Professeur Jean-Claude MARCHAL - Professeur Jean AUQUE

3ème sous-section : (*Psychiatrie d'adultes*)

Professeur Jean-Pierre KAHN

4ème sous-section : (*Pédopsychiatrie*)

Professeur Colette VIDAILHET - Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC

5ème sous-section : (*Médecine physique et de réadaptation*)

Professeur Jean-Marie ANDRE

50ème Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1ère sous-section : (*Rhumatologie*)

Professeur Jacques POUREL - Professeur Isabelle VALCKENAERE

2ème sous-section : (*Chirurgie orthopédique et traumatologique*)

Professeur Daniel SCHMITT - Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE - Professeur Daniel MOLE

Professeur Didier MAINARD

3ème sous-section : (*Dermato-vénéréologie*)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ

4ème sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique*)

Professeur Michel MERLE - Professeur François DAP

51ème Section : PATHOLOGIE CARDIO-PULMONAIRE et VASCULAIRE

1ère sous-section : (*Pneumologie*)

Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Jean-Marie POLU - Professeur Yves MARTINET

Professeur Jean-François CHABOT

2ème sous-section : (*Cardiologie et maladies vasculaires*)

Professeur Etienne ALIOT - Professeur Nicolas DANCHIN - Professeur Yves JUILLIERE - Professeur Nicolas SADOUL

3ème sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire*)

Professeur Pierre MATHIEU - Professeur Jacques BORRELLY - Professeur Jean-Pierre VILLEMOT

Professeur Jean-Pierre CARTEAUX

4ème sous-section : (*Chirurgie vasculaire*)

Professeur Gérard FIEVE

52ème Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1ère sous-section : (*Hépatologie, gastro-entérologie*)

Professeur Pierre GAUCHER - Professeur Marc-André BIGARD

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

2ème sous-section : (*Chirurgie digestive*)

3ème sous-section : (*Néphrologie*)

Professeur Michèle KESSLER - Professeur Dominique HESTIN (Mme)

4ème sous-section : (*Urologie*)

Professeur Philippe MANGIN - Professeur Jacques HUBERT

**53ème Section : MÉDECINE INTERNE et CHIRURGIE GÉNÉRALE
MÉDECINE ET CHIRURGIE EXPÉRIMENTALE**

1ère sous-section : (*Médecine interne*)

Professeur Gilbert THIBAUT - Professeur Francis PENIN

Professeur Denise MONERET-VAUTRIN

Professeur Jean DE KORWIN KROKOWSKI - Professeur Pierre KAMINSKY

2ème sous-section : (*Chirurgie générale*)

Professeur Patrick BOISSEL - Professeur Laurent BRESLER

**54ème Section : PATHOLOGIE DE L'ENFANT, OBSTÉTRIQUE, SYSTÈME ENDOCRINIEN
REPRODUCTION ET DÉVELOPPEMENT**

1ère sous-section : (*Pédiatrie*)

Professeur Paul VERT - Professeur Danièle SOMMELET - Professeur Michel VIDAILHET - Professeur Pierre MONIN
Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER

2ème sous-section : (*Chirurgie infantile*)

Professeur Michel SCHMITT - Professeur Gilles DAUTEL

3ème sous-section : (*Gynécologie et obstétrique*)

Professeur Michel SCHWEITZER - Professeur Jean-Louis BOUTROY

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Patricia BARBARINO

4ème sous-section : (*Endocrinologie et maladies métaboliques*)

Professeur Jacques LECLERE - Professeur Pierre DROUIN - Professeur Georges WERYHA

5ème sous-section : (*Biologie du développement et de la reproduction*)

55ème Section : SPÉCIALITÉS MÉDICO-CHIRURGICALES

1ère sous-section : (*Oto-rhino-laryngologie*)

Professeur Claude SIMON - Professeur Roger JANKOWSKI

2ème sous-section : (*Ophthalmologie*)

Professeur Antoine RASPILLER - Professeur Jean-Luc GEORGE - Professeur Jean-Paul BERROD

3ème sous-section : (*Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale*)

Professeur Michel STRICKER - Professeur Jean-François CHASSAGNE

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

27ème section : INFORMATIQUE

Professeur Jean-Pierre MUSSE

64ème Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Daniel BURNEL

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ

Hygiène et santé publique

Professeur Roland SCHULZE-ROBBECKE

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42ème Section : SCIENCES MORPHOLOGIQUES

1ère sous-section : (*Anatomie*)

Docteur Bruno GRIGNON

2ème sous-section : (*Histologie, Embryologie, cytogénétique*)

Docteur Jean-Louis CORDONNIER - Docteur Edouard BARRAT - Docteur Jean-Claude GUEDENET

Docteur Françoise TOUATI - Docteur Chantal KOHLER

3ème sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Docteur Yves GRIGNON - Docteur Béatrice MARIE

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1ère sous-section : (*Biophysique et traitement de l'image*)

Docteur Marie-Hélène LAURENS - Docteur Jean-Claude MAYER

Docteur Pierre THOUVENOT - Docteur Jean-Marie ESCANYE - Docteur Amar NAOUN

44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1ère sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Docteur Marie-André GELOT - Docteur Xavier HERBEUVAL - Docteur Jean STRACZEK

Docteur Sophie FREMONT - Docteur Isabelle GASTIN - Dr Bernard NAMOUR

2ème sous-section : (*Physiologie*)

Docteur Gérard ETHEVENOT - Docteur Nicole LEMAU de TALANCE - Christian BEYAERT

45ème Section : MICROBIOLOGIE ET MALADIES TRANSMISSIBLES

1ère sous-section : (*Bactériologie, Virologie-Hygiène*)

Docteur Francine MORY - Docteur Michèle WEBER - Docteur Christine LION

Docteur Michèle DAILLOUX

2ème sous-section : (*Parasitologie et mycologie*)

Docteur Marie-France BIAVA - Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE

1ère sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)

-

47ème Section : HÉMATOLOGIE, CANCÉROLOGIE, IMMUNOLOGIE ET GÉNÉTIQUE

1ère sous-section : (*Hématologie*)

Docteur Jean-Claude HUMBERT - Docteur François SCHOONEMAN

3ème sous-section : (*Immunologie*)

Docteur Marie-Nathalie SARDA

4ème sous-section : (*Génétique*)

48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, PHARMACOLOGIE, RÉANIMATION ET THÉRAPEUTIQUE

1ère sous-section : (*Anesthésiologie et réanimation chirurgicale*)

Docteur Jacqueline HELMER - Docteur Gérard AUDIBERT

3ème sous-section : (*Pharmacologie fondamentale - Pharmacologie clinique*)

Docteur Françoise LAPICQUE - Docteur Marie-José ROYER-MORROT

Docteur Damien LOEUILLE

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

19ème section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Michèle BAUMANN .

32ème section : CHIMIE ORGANIQUE, MINÉRALE, INDUSTRIELLE

Monsieur Jean-Claude RAFT

40ème section : SCIENCES DU MÉDICAMENT

Monsieur Jean-Yves JOUZEAU

60ème section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE
Monsieur Alain DURAND

64ème section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Madame Marie-Odile PERRIN - Mademoiselle Marie-Claire LANHERS

65ème section : BIOLOGIE CELLULAIRE
Mademoiselle Françoise DREYFUSS - Monsieur Jean-Louis GELLY - Madame Anne GERARD
Madame Ketsia HESS - Monsieur Pierre TANKOSIC - Monsieur Hervé MEMBRE

67ème section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE
Madame Nadine MUSSE

68ème section : BIOLOGIE DES ORGANISMES
Madame Tao XU-JIANG

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS
Médecine Générale
Docteur Gilbert ALIN
Docteur Louis FRANCO

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Georges GRIGNON - Professeur Claude PERRIN
Professeur Jean PREVOT - Professeur Michel MANCIAUX - Professeur Jean-Pierre GRILLIAT
Professeur Michel PIERSON – Professeur Alain GAUCHER – Professeur Michel BOULANGE
Professeur Alain LARCAN - Professeur Michel DUC

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972) <i>Université de Stanford, Californie (U.S.A)</i>	Professeur Mashaki KASHIWARA (1996) <i>Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)</i>
Professeur Paul MICHIELSEN (1979) <i>Université Catholique, Louvain (Belgique)</i>	Professeur Ralph GRÄSBECK (1996) <i>Université d'Helsinki (FINLANDE)</i>
Professeur Charles A. BERRY (1982) <i>Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)</i>	Professeur James STEICHEN (1997) <i>Université d'Indianapolis (U.S.A)</i>
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982) <i>Brown University, Providence (U.S.A)</i>	Professeur Duong Quang TRUNG (1997) <i>Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)</i>
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982) <i>Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)</i>	
Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982) <i>Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)</i>	
Professeur Harry J. BUNCKE (1989) <i>Université de Californie, San Francisco (U.S.A)</i>	
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989) <i>Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)</i>	
Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996) <i>Université de Pennsylvanie (U.S.A)</i>	

A NOTRE MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur F. PENIN

Professeur de Médecine Interne

Vous nous faites l'honneur de présider notre jury de thèse.

Vous nous avez guidé et encouragé tout au long de la réalisation de notre travail.

Vous avez su nous transmettre votre expérience tout au long de notre cursus universitaire, ce qui nous a permis de faire un choix décisif quant à notre avenir.

Nous vous adressons notre profond respect et nos sincères remerciements.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Monsieur le Professeur T. CONROY

Professeur de Cancérologie Clinique

Vous nous faites l'honneur de prendre part à notre jury de thèse.

Vous avez su nous encourager vivement lorsque nous vous avons présenté notre projet et vous nous avez apporté votre précieuse expérience de cancérologue.

Veillez recevoir l'expression de notre profonde gratitude.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Monsieur le Professeur F. PAILLE

Professeur de Thérapeutique (option clinique)

Après avoir présidé la thèse de mon mari, vous avez eu la gentillesse de vous intéresser à notre travail.

Vous nous avez apporté vos compétences en thérapeutique.

Nous vous adressons notre profonde considération.

A NOTRE JUGE ET DIRECTEUR DE THÈSE

Monsieur le Docteur P. DOLDI

Docteur en Médecine

Vous nous avez confié le sujet de ce travail et nous avez apporté une aide précieuse tout au long de sa réalisation.

Vous avez su nous faire bénéficier de votre expérience personnelle et de vos connaissances.

Vous nous avez accordé votre disponibilité, votre patience et votre gentillesse.

Veillez être assuré de notre profonde reconnaissance et considération.

A Guillaume, mon mari, pour toute l'aide précieuse apportée dans la réalisation de ce travail, notamment en informatique, avec tout mon amour.

A Mathilde, qui a su me distraire quand cela était nécessaire, avec toute mon affection et ma tendresse.

A mes parents, qui m'ont accompagnée et encouragée tout au long de mes études, et à qui je dédie ce travail. Avec tout mon amour et toute ma reconnaissance.

A mon frère et sa grande famille, pour leur soutien et leur compréhension.

A ma belle famille, pour leur accueil chaleureux et leurs encouragements.

A mes grands-parents, et à mon grand-père Roger qui, je pense, aurait été heureux et fier d'assister à ma soutenance, avec mon souvenir affectueux.

A Stéphane et Marie-Emmanuelle Zambelli qui ont su m'encourager pour faire le bon choix au bon moment...

A Alan et Peggy Murphy, pour leur soutien et leur amitié si longtemps partagée.

A Annette Palke, qui m'a permis de progresser en anglais et à qui je devrais traduire ce travail.

A toute l'équipe du SSR de Flavigny sur Moselle, les médecins et le personnel soignant qui se sont impliqués dans ce travail, pour tous les moments partagés ensemble.

A tous mes amis.

SERMENT

"Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque".

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	19
CHAPITRE 1 : GÉNÉRALITÉS	21
A. Le service de soins suite et de réadaptation de Flavigny	22
1. Historique et évolution	22
2. Situation démographique	22
3. Structure médicale et paramédicale	23
4. Activités du service	23
5. Activité spécifique	24
B. Données démographiques et épidémiologiques	25
1. Aspects démographiques et situation actuelle de la France	25
2. Incidences des cancers chez les femmes de plus de 70 ans	25
C. Traitements anticancéreux et leurs principaux effets secondaires	27
1. La chimiothérapie	27
a. Généralités	27
b. Mode d'action	28
c. Catalogues des médicaments anticancéreux	28
2. Effets secondaires de la chimiothérapie anticancéreuse	30
a. Toxicité hématologique	30
b. Toxicité aiguë et chronique non hématologique	31
3. L'hormonothérapie	33
a. Différentes modalités thérapeutiques concernant le cancer du sein	34
b. Les effets secondaires du tamoxifène	34
c. Indications du tamoxifène	35
4. La radiothérapie	35
a. Mode d'action	35
b. Les principaux effets secondaires	36
D. Particularités chez le sujet âgé	38
1. Modifications pharmacocinétiques et pharmacodynamiques chez le sujet âgé	38
a. Aspects pharmacocinétiques	38
b. Aspects pharmacodynamiques	39
2. Particularités des traitements anticancéreux	40
CHAPITRE 2 : MÉTHODOLOGIE	42
A. Étude rétrospective	43
B. Les différentes étapes	43
C. Les critères d'inclusion et d'exclusion	44
1. Les critères d'inclusion	44
2. Les critères de non inclusion	44
CHAPITRE 3 : RÉSULTATS DE L'ÉTUDE	46
A. Description de la population étudiée	47
1. Population féminine	47
2. Les âges	47
3. Les pathologies associées	48
B. Types de cancers observés dans l'étude	48
2. Distribution des cancers chez les patientes de moins de 70 ans	49
3. Distribution chez les patientes de 70 ans et plus	49
C. Description des traitements réalisés dans le cadre de la pathologie cancéreuse	50
1. Les chimiothérapies anticancéreuses	51
a. Types de cancers ayant bénéficié d'un traitement chimiothérapique	51
b. Types de chimiothérapie utilisés par type de cancer	52
2. La radiothérapie	54
a. Types de cancers ayant bénéficié de radiothérapie	54
b. Types de radiothérapie utilisés par type de cancer	55
3. Les traitements chirurgicaux	56
a. Types de cancers ayant bénéficié d'une intervention chirurgicale	56
b. Types de chirurgie en fonction des principales localisations	56
D. Relevé des complications et/ou effets secondaires de tous les traitements confondus	57
1. Nombre de patientes ayant présenté des complications	57
2. Nombre total de complications recensées	58

E. Effets secondaires et/ou complications de la chimiothérapie.....	58
1. Nombre total de complications tous âges confondus	58
2. Résultats en fonction de l'âge.....	59
3. Types de complications observées	59
a. Les toxicités hématologiques	59
b. Les troubles digestifs.....	59
c. Les troubles cardiaques	60
d. Les troubles neurologiques.....	60
e. Les complications infectieuses.....	60
f. Autre.....	60
4. Types de cancers compliqués après chimiothérapie.....	60
F. Effets secondaires et/ou complications de la radiothérapie.....	61
1. Nombre total de complications tous âges confondus	61
2. Résultats en fonction de l'âge.....	61
3. Types de complications recensées	62
4. Types de cancers compliqués après radiothérapie	62
G. Les complications post-opératoires.....	63
1. Nombre total de complications.....	63
2. Résultats en fonction de l'âge.....	63
3. Types de complications observées.....	63
a. Les complications locales.....	63
b. Les troubles digestifs.....	64
c. Les infections.....	64
d. Les autres complications	64
4. Localisation des cancers ayant compliqué en post-opératoire	65
H. Effets secondaires et/ou complications liés aux traitements morphiniques seuls.....	65
1. Nombre total de complications tous âges confondus	65
2. Résultats en fonction de l'âge.....	66
3. Types de complications observées.....	66
I. Effets secondaires et/ou complications liés à la corticothérapie seule.....	66
1. Nombre total de complications.....	66
2. Résultats en fonction de l'âge.....	67
3. Types de complications rencontrées	67
J. Effets secondaires et/ou complications sous traitements associant une corticothérapie aux morphiniques ...	68
K. Les autres complications liées à d'autres thérapeutiques	69
1. L'hormonothérapie	69
2. Les diphosphonates.....	69
L. Tableau récapitulatif.....	70
M. Résultats de l'enquête sur le devenir immédiat des malades	71
1. Les durées moyennes de séjour (DMS).....	71
a. Données générales.....	71
b. DMS hors complications en fonction de l'âge chez les malades cancéreuses.....	71
c. DMS en fonction de l'âge lors de complications	72
d. Tableau comparatif	72
2. Les modes de sortie.....	72
a. Chez les 70 ans et plus.....	72
b. Chez les moins de 70 ans.....	73
3. La dépendance	74
a. Évolution de l'autonomie chez les patientes ayant compliqué en fonction de l'âge.....	74
b. Autonomie et modes de sortie.....	74
c. Les décès.....	74
4. Retentissement psychologique.....	75
CHAPITRE 4 : ANALYSE DES RÉSULTATS.....	76
A. Type de population étudiée	77
B. Les principaux types de cancers rencontrés.....	78
C. Types de traitements rencontrés lors de l'étude.	79
1. Les traitements par chimiothérapie	79
2. Les traitements par radiothérapie.....	80
3. Les traitements chirurgicaux	80
4. Les autres traitements.....	81

C. Les complications, comparaison en fonction des âges	82
1. Les complications de la chimiothérapie	82
a. Données générales.....	82
b. Types de complications	83
2. Les complications post-radiothérapie.....	84
3. Les complications post-opératoires.....	85
4. Les complications liées aux autres traitements	85
a. Les morphiniques	85
b. La corticothérapie.....	86
c. L'hormonothérapie et diphosphonates.....	86
D. Incidences des complications et leur retentissement sur le séjour.....	87
1. Retentissement sur les durées moyennes de séjour	87
a. Incidences des pathologies sur la DMS	87
b. Incidences des complications sur la DMS	87
2. Retentissement sur les modes de sortie.....	88
a. Les retours à domicile	88
b. Les hospitalisations.....	89
c. Les décès.....	89
3. Le retentissement sur l'autonomie	89
CHAPITRE 5 : DISCUSSION.....	91
A. La qualité de vie chez le cancéreux et les sujets âgés dans la littérature	92
B. Risques et conséquences des effets secondaires et/ou des complications dans un service de soins de suite et de réadaptation	93
1. Conséquences sur l'évolution de la maladie cancéreuse.....	93
a. Les risques physiques	93
b. Les risques psychiques	94
2. Les risques liés aux thérapeutiques de la ou des complications.....	94
3. Le risque social	95
4. Conséquences sur la qualité de vie durant le séjour	96
a. Estimation de la qualité de vie	96
b. Critères pris en compte.....	96
c. Évolution de la qualité de vie en fonction de certaines complications	98
5. Conséquences sur les durées de séjour.....	99
6. Conséquences sur les modes de sortie.....	100
a. Le retour à domicile	100
b. Les hospitalisations	100
c. Les décès.....	100
7. L'information des malades en cas de complications.....	101
a. Les complications survenant chez des malades informés de leur pathologie.....	101
b. Les complications survenant chez des malades ignorant la	101
pathologie.....	101
C. Les préventions des complications.....	102
1. Prévention des risques iatrogènes	102
2. Prévention des risques physiques.....	103
3. Prévention du risque psycho-social.....	104
CONCLUSION.....	105
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	108



INTRODUCTION

Le travail qui va être développé, a été proposé par le service de soins de suite et de réadaptation de Flavigny.

Ce service accueille dans sa majorité des sujets âgés dans le cadre de pathologies aiguës et/ou chroniques, et prend en charge, depuis plusieurs années, des patients traités pour cancer.

Or, l'incidence des cancers tend à augmenter avec l'âge, et il n'est pas étonnant que les motifs d'admission pour pathologies néoplasiques en service de soins de suite et de réadaptation s'accroissent d'année en année. Leur prise en charge doit être globale, médico-psycho-sociale, et ne pourrait être réalisée ailleurs dans les mêmes conditions.

La surveillance et le suivi des traitements font partie intégrante de la prise en charge, et ce d'autant plus que les risques iatrogènes liés aux thérapeutiques spécifiques, étiologiques, et symptomatiques se majorent avec l'âge.

Les effets indésirables et les complications liés aux traitements ne sont pas rares chez les patients traités pour cancers, ils sont connus des spécialistes cancérologues. Bien des progrès ont été faits depuis l'arrivée de telles thérapeutiques notamment dans la prévention des effets secondaires, pour une meilleure qualité de vie.

Notre travail a pour but de démontrer la nécessité d'une prise en charge globale, de patients âgés atteints de cancers, quel que soit le stade évolutif de la maladie et plus précisément de ceux ayant présenté des effets secondaires liés aux thérapeutiques.

Le travail consiste en une étude rétrospective, réalisée sur trois années consécutives, au sein du service de soins de suite et de réadaptation de Flavigny sur Moselle.

Dans un premier temps, nous avons relevé les différents effets secondaires rencontrés au cours des traitements anticancéreux spécifiques, étiologiques et ou symptomatiques. Dans un second temps, nous nous pencherons sur le devenir des patients qui ont présenté des complications.

CHAPITRE 1 : GÉNÉRALITÉS

C'est au sein du service de soins de suite et de réadaptation de Flavigny, que notre travail a pris jour. Le recueil des données est effectué sur dossiers recensés sur trois années consécutives, soit du 1 janvier 1996 au 31 décembre 1998.

Le service accueille essentiellement une population âgée, et exclusivement des femmes pour des raisons historiques.

A. Le service de soins suite et de réadaptation de Flavigny

1. Historique et évolution

Le service de suite et de réadaptation se situe sur le site de l'ancien prieuré bénédictin de Flavigny sur Moselle. En 1941 était créée « *une Maison de repos pour Femmes et Jeunes Filles* », puis en 1952, une « *maison de la Mère et de l'Enfant* ».

Ces deux établissements deviennent « *Maison de convalescence pour femmes* » compte tenu de l'évolution démographique et de l'accueil de personnes malades de plus en plus âgées.

A ce jour et d'après la loi Hospitalière du 31 juillet 1991, la *Maison de Convalescence* est devenue « *un service de suite et de réadaptation* » (S.S.R).

Compte tenu de la demande de la part des services hospitaliers, des services sociaux et des populations alentours, un agrément pour la mixité fait partie intégrante du projet d'établissement accepté par l'ARH en octobre 1999.

2. Situation démographique

Le service de suite et de réadaptation se situe non loin de Nancy, chef lieu de la Meurthe-et-Moselle. La proximité des principaux centres hospitaliers notamment le C.H.R.U. de Nancy-Brabois, de l'Hôpital Central, des cliniques privées, des centres spécialisés comme le Centre Alexis Vautrin, le centre Jacques Parisot de Bainville sur Madon, lui confère une situation géographique idéale.

Il accueille majoritairement des personnes vivant aux alentours, et grâce aux réseaux routiers, des personnes venant des départements limitrophes pour environ 12 % et hors région pour 3% des admissions.

3. Structure médicale et paramédicale

L'équipe soignante travaille en association et en étroite collaboration avec les personnes et les services pour un meilleur suivi et surveillance des patients.

La maison de convalescence comprend deux secteurs. Deux médecins chef de service, deux « faisant fonction d'interne » assurent la prise en charge médicale.

L'équipe paramédicale se compose d'infirmières diplômées d'état, d'aides soignantes diplômées, et d'agents de services hospitaliers. L'organisation des soins est placée sous la direction d'une surveillante chef assistée d'une surveillante.

La rééducation est prise en charge par une seule kinésithérapeute pour les deux bâtiments, ce qui ne nous permet pas d'accueillir des malades en rééducation « lourde » ou « spécifique », qui sont généralement adressés vers le centre Jacques Parisot de Bainville sur Madon.

Le service bénéficie avec les autres établissements de Flavigny de la compétence de médecins salariés à temps partiel :

- un cardiologue intervient tous les 15 jours, et en urgence si nécessaire
- un ophtalmologiste
- un gynécologue et un ORL.

4. Activités du service

Le service a une capacité d'accueil de 70 lits. Il recrute exclusivement des femmes, très souvent veuves, seules ou isolées et dont la moyenne d'âge est de 76 ans.

Selon une étude réalisée dans le cadre du projet d'établissement en 1992, le service de suite et de réadaptation travaille en étroite collaboration avec les services hospitaliers de la région :

- 50 % des malades sont adressés par le C.H.R.U. de Nancy
 - 23 % viennent de cliniques privées
 - 12 % viennent des C.H.G de la région
- (Soit 85 % des patientes sont adressés par un service de soins de courte durée.)
- 15 % proviennent du domicile, adressés par leur médecin traitant

Les pathologies rencontrées dans le service et pour lesquelles une demande d'admission a été faite, sont diverses :

il peut s'agir d'entrées pour pathologies encore évolutives en continuité de soins . Ces entrées sont majoritaires et concernent près de 45 % des entrées. Elles sont représentées par :

- des affections cardio-vasculaires en continuité de soins après un épisode aigu,
- des affections néoplasiques de découverte récente ou des récives
- des affections neurologiques (accident vasculaire cérébraux régressifs, maladie de parkinson, malaises...)
- des affections dites générales (pour syndrome dépressif, altération de l'état général, dénutrition....)
- des affections pleuro-pulmonaires
- des affections endocriniennes, rhumatologiques, hépato-gastro-entérologiques....

Une autre partie des entrées concerne des pathologies non évolutives pour 35% qui nécessitent une prise en charge et une réadaptation notamment, dans le cas de traumatismes avec limitation de l'autonomie.

Viennent s'ajouter les entrées pour une période de convalescence « vraie » (post-opératoire en particulier) pour 15 % et enfin pour rupture du réseau de soutien pour 5 % avec demande implicite de placement.

5. Activité spécifique

Le nombre de cancers augmente avec l'avancée en âge, c'est pourquoi les services de suites et de réadaptation sont de plus en plus sollicités par les services spécialisés.

Sur les trois années étudiées rétrospectivement 1996-1997-1998, nous avons dénombré 286 patientes entrées dans le service pour cancer et traitées pour pathologie cancéreuse quel que soit le stade évolutif, soit près de 18 % des entrées .

Les trois dernières années n'ont d'ailleurs pas été choisies par hasard. En effet, depuis 1996, le projet d'établissement concernant la prise en charge de soins de fin de vie a été accepté, soins de fin de vie qui sont représentés par les affections néoplasiques dans la grande majorité des cas.

Les entrées pour pathologies néoplasiques ont essentiellement pour origine les services du Centre Alexis Vautrin, les services d'hématologie du

C.H.U. de Nancy, hépato-gastro-entérologie, et les services de chirurgie du C.H.U, des C.H.G et des cliniques privées de la région.

La prise en charge englobe les soins post-opératoires, les intercures de chimiothérapie, les soins post-radiothérapie. Cela implique une surveillance importante, notamment dans la prévention ou la prise en charge de complications éventuelles induites par les différents traitements requis.

A l'heure actuelle, l'accent est mis sur la notion de précaution d'emploi, de prévention des effets secondaires, dans le but d'assurer une meilleure qualité de vie. Les pratiques actuelles ont changé depuis l'apogée des protocoles thérapeutiques spécifiques aux cancers. Le malade est pris en charge dans sa globalité, en prenant en compte sa pathologie, son entourage, ses antécédents, ses problèmes sociaux, son anxiété ou ses réticences. Chaque personne est unique et chaque traitement doit s'adapter à la personne.

B. Données démographiques et épidémiologiques

1. Aspects démographiques et situation actuelle de la France (1)

La France vieillit, elle comptait en 1990 plus de 11 millions de personnes de plus de 60 ans, ce qui représente plus de 20 % de la population française, soit par tranche d'âge, 7.2 millions de personnes dans la tranche des 60-74 ans (13 % de la population), et 4 millions de sujets de 75 ans et plus (7,1 % de la population).

Avec une espérance de vie s'élevant chez les femmes à 82 ans en 1995, et à 74 ans pour les hommes, le chiffre actuel est de 2 millions de femmes de plus de 65 ans, contre 500 000 hommes, avec un ratio femme/homme de 1,89 (INSEE 1990). Cela se traduit par un veuvage plus fréquent chez les femmes, qui se retrouvent le plus souvent isolées.

Dans l'avenir, la proportion des personnes âgées de plus de 60 ans va atteindre 29 % en 2025, et en 2050 près de 34 %. Ceci est en partie expliqué par une baisse de la natalité qui tend à s'accroître, l'allongement de l'espérance de vie notamment chez les femmes, et enfin le baby boom dont les enfants vont bientôt arriver à la retraite.

2. Incidences des cancers chez les femmes de plus de 70 ans (2) (3)

Le cancer est la deuxième cause de mortalité après les maladies cardiovasculaires chez les patients de plus de 75 ans. Les cancers sont responsables de 26 % des décès chez l'homme et de 17 % chez la femme. Le

risque de développer un cancer augmente avec l'âge, d'ailleurs 55 % des cancers surviennent après 65 ans. Il semble que la progression avec l'avancée en âge soit moins importante pour les femmes que pour les hommes.

- Quelques chiffres :

La prévalence concernant la pathologie cancéreuse est difficile à évaluer compte tenu des difficultés à affirmer le diagnostic à un temps donné, ou à affirmer sa guérison, c'est pourquoi les études statistiques parlent plus volontiers d'incidence.

Le taux global des cancers tous âges confondus, est de **346** pour 100 000 hommes et de **260** pour 100 000 femmes. Pour la population des 70 ans et plus, le taux est de **1 225** pour 100 000 individus, soit selon le sexe, **1832** pour 100 000 hommes contre **873** pour les femmes. Cette incidence tend à stagner après 80 ans.

- Types de cancers observés à partir de 70 ans :

Chez les femmes, les cancers rencontrés le plus souvent dans cette tranche d'âge sont les cancers colo-rectaux et, au même niveau, les cancers du sein. Puis viennent les cancers de l'estomac, de l'utérus, de la vessie, de la peau (mélanomes), et les hémopathies.

Site	nombre	65 et plus %	70 et plus %
Sein	135 000	42	34
Côlon	51 000	69	60
Estomac	38 000	77	70
Foie	27 000	76	64
Ovaire	26 000	40	33
Utérus	24 000	47	33
Poumon	23 000	67	55
Col	22 000	37	27
Rectum	20 000	69	59
Cerveau	17 000	43	37

Nombre de nouveaux cas par an des 10 cancers les plus fréquents dans la communauté européenne (Moller Jensen 1990)

Chez l'homme, c'est le cancer de la prostate qui prédomine, viennent ensuite les cancers colo-rectaux, les localisations bronchiques, les cancers des voies aéro-digestives supérieures (VADS) , de l'estomac et enfin de la vessie.

- Mortalité par cancer :

La mortalité par cancer augmente avec l'âge, mais elle reste malgré tout modérée si on la compare avec le taux de mortalité d'autres affections.

Le taux de mortalité est plus important chez les hommes (2002 pour 100 000) que chez les femmes (954 pour 100 000) et ce aussi bien avant, qu'après 70 ans. Les cancers mortels chez la femmes concernent les cancers les plus fréquemment observés.

- Survie à 5 ans :

Le taux de survie à 5 ans chez les sujets de plus de 70 ans après traitement est de 34 % , tout type de cancers confondus, et quel que soit le stade d'évolution. Ce taux varie en effet en fonction de la localisation, ou du type de cancer. Ainsi les cancers cutanés, du sein, de l'utérus et les cancers coliques, ont un taux de survie plus élevé, comparativement aux cancers bronchiques, ORL, et hématologiques.

C. Traitements anticancéreux et leurs principaux effets secondaires

1. La chimiothérapie

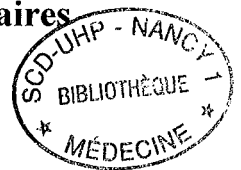
a. Généralités

Les agents de chimiothérapie ont des propriétés antimitotiques et cytotoxiques.

L'effet antimitotique correspond à une inhibition des divisions cellulaires, par inhibition des mitoses, ce qui aboutit à une diminution du volume tumoral. Quant à l'effet cytotoxique , il s'agit d'une accélération de la mort cellulaire.

Leur mode d'action est complexe, elle s'exerce par interaction avec des protéines intracellulaires ou avec les acides nucléiques du système génétique cellulaire.

La spécificité de la plupart des agents anticancéreux est faible, car leurs propriétés antimitotiques et cytotoxiques peuvent toucher aussi bien les cellules tumorales que les cellules saines. Ainsi le rapport efficacité / toxicité est très bas pour certains médicaments (4) (5).



b. Mode d'action

Leur mode d'action est complexe et varié. On retiendra trois grands types d'actions :

- Action sur le système enzymatique :

Le médicament a pour cible une ou plusieurs enzymes nécessaires au fonctionnement du système complexe génétique. Il agit par inhibition des enzymes impliquées dans la synthèse des bases nucléiques, ou dans les modifications structurales de l'ADN au moment de la duplication.

Les médicaments présentant ces propriétés sont essentiellement représentés par les antimétabolites.

- Action sur le génome :

Les médicaments ayant ce mode d'action agissent directement sur la machinerie génétique.

Ils interagissent avec l'ADN cellulaire par des réactions multiples et différentes, entraînant des modifications biochimiques de l'ADN, qui peuvent être définitives.

Certains médicaments provoquent des ruptures de brins d'ADN, d'autres introduisent des liaisons covalentes réalisant des ponts entre deux brins d'ADN... .

Parmi les médicaments responsables, on peut citer les alkylants, les intercalants.

- Action sur l'appareil micro tubulaire de la mitose :

Certains médicaments ont un effet antimitotique par empoisonnement de l'appareil micro tubulaire et inhibent donc la mitose.

c. Catalogues des médicaments anticancéreux

- **Les antimétabolites**, ils regroupent :

- Le méthotrexate (Methotrexate®, Ledertrexate®)
- Les fluoropyrimidines, essentiellement le 5 Fluoro uracile®
- Cytarabine (Aracytine®, Cytarbel®)
- Hydroxyurée (Hydréa®) utilisé surtout dans les syndromes myélo-prolifératifs
- 6-mercaptopurine (6-MP) et 6-thioguanine (6-TG)

- Raltitrexed (Tomudex®) dans le traitement des cancers colo-rectaux métastatiques
- Gemcitabine (Gemzar®) utilisé dans le traitement des cancers bronchiques et du pancréas

- Les agents alkylants :

Les sels de platines tels que :

- Cisplatine (Cysplatyl®, Cisplatine®) en chef de file
- Carboplatine (Paraplatine®)
- DACH ou dérivé 1.2-Diaminocyclohexane (Oxaliplatine®) utilisé en association avec le 5FU dans le traitement des cancers colo-rectaux métastatiques.

Les moutardes :

- Chlorambucil (Chloraminophène®) le plus utilisé dans le traitement de la leucémie lymphoïde chronique.
- Cyclophosphamide (Endoxan®) traitement essentiel du cancer du sein, et en hématologie
- Méchlorétamine du protocole MOPP utilisé dans la maladie de Hodgkin
- Dacarbazine (Déticène®)
- Busulfan (Misulban®)
- Melphalan (Alkéran®, L-phénylalanine®)

Les nitrosourées :

- CCNU en chef de file utilisé dans les tumeurs cérébrales, digestives, bronchiques, mélanomes
- BCNU
- Fotémustine (Muphoran®)

- Les intercalants

- Anthracyclines les plus anciens étant, la rubidazone, la Daunorubicine (Daunoxome®), l'adriamycine (Adriblastine®, Doxorubicine®), et les plus récents, l'épiadriamycine (Farmorubicine®) de toxicité hématologique et cardiaque moindre
- Mitoxantrone (Novantrone®)

- **Bléomycine (Bléomycine®)**
- **Inhibiteurs de la mitose :**
 - Vincristine (Oncovin®)
 - Vincaléucoblastine (Vinblastine®, Velbé®)
 - Epipodophyllotoxines (VP16®, Vépéside®)
 - Taxanes (Taxol®, Taxotère®)

2. Effets secondaires de la chimiothérapie anticancéreuse

Les effets secondaires de la chimiothérapie sont définis par les toxicités aiguës, et les toxicités chroniques. Cela est dû au fait que certains médicaments, tels que les antimétabolites, n’agissent que pendant la durée de leur présence.

a. Toxicité hématologique

La toxicité aiguë hématologique est le risque immédiat le plus sérieux, et le plus fréquent des effets secondaires des agents anticancéreux avec les manifestations digestives.

Elle est due tout d’abord à la faible spécificité des traitements anticancéreux, et à une grande sensibilité des cellules médullaires qui sont en renouvellement permanent.

Tous les agents antimitotiques sont hématotoxiques, à l’exception de quelques uns dont la toxicité est très faible tels que : la bléomycine, la vincristine, le cisplatine, la L-asparaginase.

La toxicité est classée par grade selon la classification de l’OMS (6).

	Leucocytes *1000/mm3	Neutrophiles *1000/mm3	Plaquettes *1000/mm3	Hémoglobine g/100 ml
Grade 0	> 4,0	> 2,0	> 100	> 11,0
Grade I	3,0 - 3,9	1,5 - 1,9	75 - 99	9,5 - 10,9
Grade II	2,0 - 2,9	1,0 - 1,4	50 - 74	8,0 - 9,4
Grade III	1,0 - 1,9	0,5 - 0,9	25 - 49	6,5 - 7,9
Grade IV	< 1,0	< 0,5	< 25	< 6,5

La toxicité hématologique est en général maximale entre le 10 et 14^{ème} jour après administration. Certains médicaments font exception à la règle et présentent une toxicité hématologique retardée au 21^{ème} jour ou plus : le busulfan, la procarbazine, la L-phénylalanine, la méchlorétamine.

L'aplasie médullaire correspond au grade IV de toxicité hématologique. Elle est souvent découverte à l'occasion d'un syndrome infectieux, d'un épisode hémorragique.

Les germes les plus souvent rencontrés au cours d'une aplasie fébrile sont *Escherichia Coli*, *Klebsiella pneumoniae*, staphylocoques coagulase négative, et des streptocoques oraux (6).

L'attitude face à cette toxicité est de surveiller régulièrement l'hémogramme, la température et les éventuelles complications.

La toxicité hématologique est un réel frein à la chimiothérapie. Elle peut être responsable de son manque d'efficacité, obligeant à diminuer les doses, à espacer les cures, voire à les arrêter. Les moyens de les contourner deviennent alors essentiels mais sont encore à l'étude. Parmi les procédés, on retient :

- l'utilisation de facteurs de croissance hématopoïétiques ou cytokines permettant de raccourcir ou minimiser les accidents hématologiques. Ces traitements sont coûteux et leurs champs d'application sont encore à définir (7).
- L'autogreffe : Le malade reçoit un greffon de sa propre moelle par un recueil de cellules souches grâce à la technique de cytophérèse sanguine. La richesse en cellules souches est accrue par l'utilisation de facteurs de croissance. Cette technique permet une facilitation des chimiothérapies à forte dose.

La toxicité hématologique chronique est surtout la conséquence de chimiothérapies répétées. Le risque de second cancer concerne les traitements faisant appel à des médicaments mutagènes (alkylants, nitrosourées), il se pose pour les cancers du sein, les cancers de l'enfant, ou la maladie de Hodgkin. Les principaux seconds cancers sont les leucémies myéloïdes.

b. Toxicité aiguë et chronique non hématologique

▪ Les nausées et vomissements :

Les manifestations digestives sont exclusivement des phénomènes aigus. Peuvent s'y ajouter, plus rarement, des vomissements retardés ou anticipés. Les

nausées et vomissements d'apparition aiguë peuvent se produire au cours de la chimiothérapie, ou peuvent débiter 24 heures après la chimiothérapie, les principaux médicaments responsables de ces symptômes sont : le cisplatine, le déticène et le cyclophosphamide.

▪ **La toxicité cardiovasculaire:**

Certains agents tels que le cisplatine, peuvent être responsables d'une cardiotoxicité qui se caractérise par des troubles de la repolarisation pouvant aller jusqu'à l'infarctus, des troubles du rythme (ACFA, tachycardie supra ventriculaire).

La cardiotoxicité du 5 FU est bien établie : angine de poitrine, infarctus du myocarde, péricardite, œdème pulmonaire, choc cardiogénique, mort subite, arythmies, et troubles de la repolarisation, sont possibles (8) (9).

La pathogénie de cette toxicité reste parfois inconnue. Certains mécanismes sont liés aux rôles toxiques directs des agents sur le cœur mais aussi peuvent être liés à des troubles métaboliques tels que l'hypomagnésémie(10). La toxicité cardiovasculaire chronique s'observe après traitements par anthracyclines à dose cumulée, et se caractérise par une cardiomyopathie.

▪ **Toxicité hépatique :**

Les agents de chimiothérapie peuvent être responsables d'atteintes hépatiques pouvant aller d'une cytolyse asymptomatique, à une maladie veino-occlusive du foie souvent de mauvais pronostic. Les agents les plus souvent en cause sont les nitrosourées, la L-asparaginase, la cytarabine, le VP16, le 6-MP, la vincristine. Concernant la toxicité hépatique chronique, rares sont les fibroses hépatiques chroniques (11).

▪ **Toxicité rénale :**

Le cisplatine peut entraîner une insuffisance rénale aiguë par tubulopathie. Le cisplatine par action sur le rein peut être responsable de troubles métaboliques : une hypomagnésémie, elle-même responsable d'une hypocalcémie, une hyponatrémie iatrogène par syndrome de perte rénale de sel. Le cyclophosphamide peut occasionner des cystites hémorragiques (10)(12).

▪ **Toxicité neurologique :**

Elle est plus souvent chronique qu'immédiate. Toutefois, certains agents peuvent être responsables d'encéphalopathies aiguës, 2 à 5 jours après

administration du traitement (asparaginase, cytarabine, ifosfamide). Le 5 FU peut provoquer un syndrome confusionnel ou cérébelleux. La toxicité neurologique chronique est surtout causée par le cisplatine, les alcaloïdes de pervenche. Sont observés par ordre de fréquence des neuropathies périphériques, des atteintes du système nerveux autonome, des crises d'épilepsie, des encéphalopathies, et des névrites rétrobulbaires.

- **Toxicité pulmonaire :**

Le risque de fibrose pulmonaire s'observe le plus souvent après une certaine dose cumulée de chimiothérapie soit plus de 200 mg/m². Certains facteurs de risque favorisent cette toxicité tels que l'âge supérieur à 60 ans, une radiothérapie thoracique, une oxygénothérapie (13).

- **Toxicité cutanée et muqueuse :**

Les mucites sont fréquentes, parfois graves et ce d'autant plus que les traitements chimiothérapiques sont associés à une irradiation concomitante. Les éruptions cutanées peuvent être observées sous cytarabine, bléomycine. L'extravasation d'agents anticancéreux administrés par voie intraveineuse stricte, occasionne des lésions graves. L'alopécie est un problème important du fait de son retentissement psychologique.

3. L'hormonothérapie

L'hormonothérapie est utilisée dans le traitement de certains cancers dits « hormono-dépendants », qui sont en pratique de l'ordre de deux : le cancer du sein et celui de la prostate. Nous nous pencherons essentiellement dans ce paragraphe sur le cancer du sein.

Le nombre de cancers du sein tend à s'accroître et touche de plus en plus de femmes âgées, près d' 1/4 des cancers du sein touche les femmes de plus de 70 ans. Les tumeurs du sein sont stimulées par les œstrogènes, ceci est lié à la présence de récepteurs à l'oestradiol et à la progestérone au sein des cellules. L'hormonothérapie a pour but de provoquer une privation oestrogénique dans le tissu tumoral (5).

Or, l'hormonothérapie est d'autant plus efficace que l'hormonosensibilité est grande chez les femmes âgées, car le taux des récepteurs hormonaux (RH) augmente avec l'âge : 75 % des tumeurs du sein sont RH + après 70 ans.

a. Différentes modalités thérapeutiques concernant le cancer du sein (14)

Quatre types de modalités sont employés :

- L'ovariectomie chimique par analogues de la LHRH (Enantone®, Zoladex®).
- L'ovariectomie chirurgicale.
- La radiothérapie ovarienne.
- La prescription d'un progestatif à fortes doses (médroxyprogestérone, Farlutal®, Prodasone®).

Ces techniques entraînent une ménopause artificielle définitive ou provisoire en supprimant plus ou moins complètement la production ovarienne d'œstrogènes.

Deux autres procédés sont utilisés :

- Les inhibiteurs compétitifs des œstrogènes au niveau des récepteurs à l'œstradiol (le tamoxifène).
- Les inhibiteurs de l'aromatase ou des synthèses surrénaliennes d'œstrogènes avec l'aminoglutéthimide (Orimétène®), et plus récemment, l'anatrozole (Arimidex®) , le létrozole (Fémara®).

Chez la femme âgée, le traitement de référence reste le tamoxifène.

Il a pour but d'entrer en compétition au niveau des récepteurs à œstrogènes de la cellule cancéreuse. En se liant aux sites des récepteurs spécifiques, il bloque la cellule tumorale en phase de repos (G0).

b. Les effets secondaires du tamoxifène

Ils sont relativement rares (entre 3 et 4 %) ce qui explique que le choix du tamoxifène soit facilité face aux produits de deuxième ligne (aminoglutéthimide en particulier).

Les effets secondaires sont représentés plus fréquemment par :

- Les troubles digestifs à types de nausées ou vomissements.
- Les bouffées de chaleur.
- La thrombopénie modérée.
- Une asthénie.

Plus rarement :

- L'hyperplasie vaginale ou endométriale responsable de métrorragies.
- Une prise de poids.

Plus exceptionnellement :

- Hypercalcémie.
- Thrombophlébites.
- Dyslipidémies.
- Risque second de cancer de l'endomètre.

c. Indications du tamoxifène

Il est proposé comme traitement de première ligne dans les tumeurs étendues (T3, T4) ou inopérables de la femme âgée en cas de contre-indication à l'intervention chirurgicale.

L'hormonothérapie est plus volontiers décidée en première intention par rapport à la chimiothérapie pour les femmes dont les tumeurs sont RH + et de terrain fragile.

L'échec de l'hormonothérapie par tamoxifène conduit à utiliser un relais par un dérivé de la progestérone ou par l'aminoglutéthimide (15) (16).

4. La radiothérapie

a. Mode d'action (17) (18) (19)

La qualité physique du faisceau utilisé a son importance en cancérologie. Deux types principaux de radiations sont actuellement utilisés : les photons (X ou gamma) qui agissent en profondeur et les électrons utilisés pour traiter les tumeurs superficielles. Les différentes énergies de photons et d'électrons permettent alors de traiter toutes les tumeurs quelle que soit leur profondeur.

Les radiations produisent des lésions des tissus, dites radiolésions et peuvent entraîner la mort des cellules cancéreuses, mais aussi des cellules saines. Les radiolésions sont cependant mieux tolérées par les cellules saines qui disposent de systèmes enzymatiques permettant leur réparation et qui sont plus performants que ceux des cellules tumorales. Les lésions cellulaires élémentaires se font à trois niveaux : au niveau du noyau où l'ADN est la principale cible, au niveau de la membrane cellulaire et sur sa perméabilité, et au niveau du cytoplasme sur les ribosomes et mitochondries.

Le terme de radiothérapie regroupe trois méthodes d'irradiation (20) :

- La radiothérapie externe.
- La curiethérapie.
- La radioimmunothérapie ou radiothérapie interne.

b. Les principaux effets secondaires

Parmi les effets secondaires liés à la radiothérapie, on distingue les effets déterministes, ou tissulaires qui se traduisent par des signes cliniques immédiats ou retardés, et les effets stochastiques ou probabilistes qui sont rares et essentiellement représentés par les cancers secondaires aux thérapeutiques souvent associées (21).

On doit différencier deux types d'effets secondaires tissulaires:

- Les effets précoces surviennent au cours du traitement et dans les 6 mois qui suivent. Ils sont transitoires et réversibles. L'intensité des réactions aiguës est liée à la dose totale délivrée, et non à la dose délivrée par fraction, les effets cliniques n'apparaissent qu'à partir d'une dose « seuil ». Le délai d'apparition des lésions est lié à la vitesse de prolifération d'une cellule, et donc ces effets sont observés pour des tissus à renouvellement rapide (22).
- Les effets tardifs sont définitifs et surviennent dans un délai de 6 mois. Contrairement aux réactions aiguës, ils sont observés pour des tissus à renouvellement tardifs, comme les tissus conjonctifs, les tissus des parois vasculaires. L'intensité est liée à la dose délivrée par fraction (23).

**Tableau des principaux effets secondaires
des radiations ionisantes (24) (25) (26) (27)**

Organe	Cellules en cause	Effets cliniques précoces	Effets cliniques tardifs
Poumon	Pneumocytes Vaisseaux Tissus conjonctifs	Toux, fièvre, dyspnée	Fibrose rétractile Oblitération de vaisseaux
Œsophage	Muqueuse, muscle, Séreuse, vaisseaux	dysphagie	Slérose conjonctive Oblitération vaisseaux
Cœur	Endocarde, myocarde, péricarde coronaires	Péricardites aiguë	Trouble du rythme et de la conduction, péricardite, sténose des coronaires
Estomac	Muqueuse, muscle, séreuse, vaisseaux	Nausées et vomissements	Ulcérations, atrophie muqueuse
Intestin	idem	Diarrhées, météorisme, douleurs	Ulcérations, sclérose de paroi, sténose
Rectum	idem	Faux besoins, épreintes, ténésmes	Sclérose, atrophie, télangiectasies
Peau	Épiderme, derme, vaisseaux	Érythème, desquamations, phlyctènes	Fibrose, pigmentation, ulcération
ORL	Épiderme, derme, muqueuse, muscleuse, vaisseaux	Dysphagie, érythème, desquamation, phlyctènes	Larynx radique, atrophie des glandes salivaires, fibrose cutanée, ostéoradionécrose, fracture
Vessie	Muqueuse, muscleuse, vaisseau	Cystite	Sclérose, atrophie muqueuse, oblitération vasculaire
Encéphale	Astrocytes, oligodendrites, vaisseaux	Hypertension intracrânienne	Démyélinisation
Nerfs et moelle	Idem, et cellules de Schwann	Signe de Lhermitte, et le syndrome de Brown- Séquard	Démyélinisation

D'autres effets secondaires ont été décrits dans la littérature mais leurs incidences restent toutefois faibles.

Ainsi on a relevé des plexopathies brachiales radio-induites survenues après irradiation des aires axillo-sus-claviculaires chez les patientes traitées pour cancer du sein (28). Cette complication peut être transitoire ou permanente et

survient tardivement (29). Plus rarement, on a rapporté des cas de pleurésies tardives après une irradiation thoracique, survenant au bout de 8 ans et plus (30).

D. Particularités chez le sujet âgé

Le cancer chez les individus de plus de 70 ans représente la deuxième cause de mortalité et l'incidence du cancer augmente régulièrement avec l'âge pour atteindre des pics de fréquence maximale entre 60 et 70 ans.

Or avant 1983, de nombreux protocoles thérapeutiques se fixaient la limite d'âge de 70 ans. Depuis, le « National Cancer Institute » a supprimé cette limite d'âge comme critère d'exclusion des programmes de traitement. L'objectif des traitements pratiqués pour les patients tous âges confondus doit tout d'abord permettre d'assurer une meilleure qualité de vie, mais aussi d'augmenter les chances de survie par une thérapeutique efficace, et la plus appropriée.

De surcroît, le praticien amené à traiter un cancer chez le sujet âgé doit tenir compte de certains facteurs tels que, ses antécédents, son âge physiologique et respecter certaines précautions.

1. Modifications pharmacocinétiques et pharmacodynamiques chez le sujet âgé (31) (32) (33)

Le sujet âgé est plus exposé que l'adulte jeune aux effets indésirables médicamenteux. Il a un risque accru de développer ces effets en fréquence et en gravité. La co-morbidité, la surconsommation médicamenteuse expliquent en partie cet état de fait. Mais ce sont en premier lieu les causes d'ordre pharmacocinétique qui sont responsables de l'intensité des effets secondaires (34).

a. Aspects pharmacocinétiques

Les différentes étapes de la pharmacocinétique d'un médicament peuvent être altérées tout en sachant qu'il existe une grande hétérogénéité dans le vieillissement d'un individu à l'autre. Ces étapes sont représentées par l'absorption digestive, la distribution, le métabolisme hépatique, et l'élimination rénale.

- L'absorption digestive est peu modifiée lors du vieillissement, il s'agit d'un ralentissement de la vidange gastrique, d'une modification du pH gastrique.

Le vieillissement physiologique n'a pas de traduction clinique, ni pharmacologique.

- La distribution du médicament dans le sang dépend essentiellement de la composition corporelle et de la liaison protéique. La composition corporelle change avec l'âge, avec une diminution de la masse maigre ou musculaire et parallèlement une augmentation de la masse grasse ou tissu adipeux, et une diminution de l'eau totale. Ceci a pour conséquence une diminution du volume de distribution des molécules hydrosolubles, et une augmentation pour les molécules liposolubles. Les protéines plasmatiques et plus particulièrement le taux sérique de l'albumine diminuent relativement peu au cours du vieillissement physiologique. Seule la dénutrition est en cause. Il en résulte une augmentation relative de la fraction libre de médicaments avec un risque accru d'effets secondaires. A ce phénomène s'ajoutent les interactions médicamenteuses, importantes chez le sujet âgé, du fait d'une fréquente polymédication liée aux polypathologies. Il peut exister alors une compétition entre les médicaments au niveau des sites de l'albumine.
- Le métabolisme hépatique des médicaments dépend de l'activité enzymatique du foie, et du débit sanguin hépatique. Or, le débit sanguin hépatique diminue avec l'âge du fait de la diminution du volume hépatique qui est de l'ordre de 20 et 40 % par rapport à un adulte jeune et cela de façon plus marquée chez la femme que chez l'homme. Les médicaments subissant un effet dit de premier passage hépatique important, voient leur principe actif augmenter ainsi que leur toxicité.
Quant aux enzymes, il semble que le métabolisme oxydatif soit déficient, plus particulièrement pour les enzymes liées aux cytochromes P450.
- L'élimination rénale: le vieillissement physiologique du rein est marqué par une diminution régulière du taux de filtration, liée à une raréfaction progressive de néphrons. La clairance de la créatinine est le meilleur reflet de l'altération du rein. Elle permet d'apprécier la diminution potentielle d'excrétion du médicament par le rein et de calculer les ajustements posologiques éventuels (35). Cependant elle est parfois difficile à réaliser chez des personnes âgées qui présentent des troubles cognitifs, une incontinence... . On peut cependant l'estimer de manière assez satisfaisante par la formule de Cockcroft qui prend en compte l'âge, le poids et la créatininémie.

b. Aspects pharmacodynamiques

Les aspects pharmacodynamiques de la thérapeutique chez le sujet âgé sont bien moins connus et étudiés que les aspects pharmacocinétiques. Ce qu'il faut retenir c'est que, indépendamment des variations physiologiques et de la pharmacocinétique, certains organes ont une réponse modifiée aux médicaments qui leur sont destinés. L'exemple des psychotropes est relativement approprié, et concerne une réponse accrue du système nerveux central aux psychotropes pour un même taux plasmatique par rapport à l'adulte.

Les modifications pharmacodynamiques sont secondaires à une diminution du nombre des récepteurs spécifiques et de leur sensibilité aux médicaments. Elles sont dues également aux perturbations des mécanismes physiologiques de régulation ou homéostasie tels que le contrôle postural, la thermorégulation, le contrôle de la pression artérielle orthostatique, les fonctions cérébrales.... Les modifications de l'homéostasie peuvent être ainsi majorées après l'administration de certains médicaments comme les psychotropes, les anticholinergiques, d'où la nécessité d'avoir à l'esprit les principales caractéristiques physiologiques et homéostasiques de l'organisme du sujet âgé et ses particularités pharmacodynamiques (35) (36).

2. Particularités des traitements anticancéreux

« L'âge n'est pas un critère d'exclusion de patients » selon le « National Cancer Institute » (37).

L'ensemble des altérations exposé précédemment, justifie que le sujet âgé soit traité avec une vigilance particulière. Mais cela ne justifie en aucune façon une abstention thérapeutique. Pour une prise en charge optimale, le sujet âgé peut bénéficier de traitement chimiothérapique à visée curative, et également palliative.

Les précautions vis-à-vis des traitements anticancéreux, ne sont pas à prendre en compte en fonction de l'âge chronologique du patient, mais en fonction de son âge physiologique. En effet, les fonctions et leur vieillissement varient selon l'individu, et selon des vitesses différentes. C'est pourquoi on ne peut concevoir une réglementation qui inclurait les doses et les modalités d'administration exclusivement basée sur l'âge.

Pour adapter la chimiothérapie au sujet âgé, on se doit d'étudier le degré d'altération de chaque fonction et de prendre en considération leur histoire personnelle. Mais à l'heure actuelle, peu de choses sont connues et exploitables sur le plan pratique. Seuls les médicaments nouveaux bénéficient d'études

pharmacocinétiques sérieuses avant leur mise sur le marché et seules les personnes éligibles pour les protocoles cliniques précoces font l'objet de telles études. On ne dispose donc que de peu de données objectives qui permettraient une adaptation individuelle des posologies d'anticancéreux (38).

Quelques exemples d'anticancéreux nécessitant une adaptation posologique chez le sujet âgé :

- Le méthotrexate et la bléomycine ont tous les deux une élimination rénale qui est donc réduite chez le sujet âgé. Pour la bléomycine, il est reconnu que la personne âgée présente un risque accru de toxicité pulmonaire.
- La pharmacocinétique du cyclophosphamide est étroitement dépendante de la fonction rénale et est altérée en cas d'atteinte rénale. L'ajustement des doses sur la créatininémie permet d'éviter les toxicités rapportées à l'âge.
- La doxorubicine est éliminée par voie hépatique. Sa clairance diminue progressivement avec l'âge de 25 à 75 ans.
- Le 5-fluorouracile est également éliminé par voie hépatique, mais on ne retrouve pas d'altération de sa clairance avec l'âge.

Beaucoup de progrès sont à faire notamment dans les connaissances sur le sujet âgé et l'adaptation des traitements en cancérologie.

L'étude qui va suivre porte sur les effets secondaires des traitements en cancérologie, en fonction de l'âge, dans un service de soins de suite et de réadaptation.

CHAPITRE 2 : MÉTHODOLOGIE

A. Étude rétrospective

L'étude consiste en une étude rétrospective sur trois années consécutives, de 1996 à 1998. Cette période n'a pas été choisie au hasard. En effet, le service a recruté pendant cette période un grand nombre de patients venus de services spécialisés en cancérologie, notamment dans le cadre d'une poursuite de soins, mais aussi d'accompagnement de fin de vie.

La population étudiée est composée exclusivement de femmes, ce qui génère un biais pour une éventuelle comparaison avec la littérature. L'étude concerne alors essentiellement les cancers propres aux femmes, les plus fréquemment rencontrés, mais aussi leurs traitements spécifiques. Nous avons séparé la population en fonction de l'âge : patientes de moins de 70 ans et patientes âgées de 70 ans et plus.

Le test de Chi carré a été utilisé pour rechercher une différence de répartition des distributions selon l'âge (deux catégories moins de 70 ans et 70 ans et plus). Le seuil de significativité est de 5 %.

B. Les différentes étapes

Plusieurs étapes ont été nécessaires à cette étude :

- Relevé de l'ensemble des malades admises pour cancer, quel que soit le stade évolutif de la maladie, en 1996-1997-1998.
- Relevé de l'ensemble des malades ayant reçu un traitement spécifique et/ou symptomatique, et répartition par tranche d'âge entre les plus de 70 ans et les moins de 70 ans, pour une étude comparative.
- Relevé des malades ayant présenté des effets secondaires et/ou des complications en rapport direct avec le traitement spécifique, et/ou symptomatique de la pathologie cancéreuse.
- Analyse de l'évolution durant le séjour en fonction des effets secondaires et des complications chez les patients âgés de 70 ans et plus :
 - Évolution de l'autonomie par l'échelle OMS
 - Évolution sur les durées de séjour
 - Incidences sur le devenir immédiat (problèmes psychiques et sociaux)

- Prise en compte du devenir des malades de l'étude après le séjour de convalescence :
 - Retour à domicile, et devenir
 - Hospitalisation et devenir
 - Cas particulier de l'influence des traitements au cours des soins palliatifs et de fin de vie.

C. Les critères d'inclusion et d'exclusion

1. Les critères d'inclusion

- Patient admis dans le service pour cancer quel que soit le stade évolutif, y compris en soins palliatifs ;
- Patient admis à la suite d'un traitement anticancéreux ou admis pour poursuite de traitement anticancéreux : intervention chirurgicale, chimiothérapie, radiothérapie, curiethérapie, hormonothérapie ;
- Patient ayant reçu un traitement symptomatique ou étiologique, et ayant présenté des effets secondaires et/ou des complications iatrogènes.

2. Les critères de non inclusion

- Patient admis dans le service pour une pathologie autre que le cancer
- Patient aux antécédents de cancer traité et guéri
- Patient admis pour cancer cutané, autres que mélanomes
- Patient ne bénéficiant d'aucun traitement spécifique ou symptomatique

Cette étude s'est effectuée par l'analyse des dossiers médicaux et des dossiers infirmiers.

Les dossiers médicaux comprennent :

- un interrogatoire complet évaluant l'autonomie avant et à l'entrée dans le service, la qualité de vie dans le lieu habituel de vie (conditions d'habitat, isolement et solitude, courses, repas, sorties...)
- un examen clinique à l'entrée,
- l'évolution clinique et événements intercurrents au cours du séjour,
- les bilans biologiques,
- les lettres de correspondance avec les services de spécialités,
- les examens complémentaires et consultations externes, éventuels.

Concernant l'évaluation de l'autonomie, nous nous sommes basés sur l'échelle OMS qui est simple et facile d'utilisation (voir le tableau après).

Physique ou professionnelle	- extérieur normale	0
	- réduite : pas d'efforts physiques intenses	1
Domestique	- extérieure mais ambulatoire	2
	- réduite aux besoins personnels stricts	3
	- alitement > 50 % des heures de veille	
Pour les besoins élémentaires	- incapacité totale	4
	- alitement fréquent voire constant	

Capacité d'activité : Échelle OMS (1979)

En ce qui concerne, l'évaluation de la qualité de vie et le retentissement éventuel des complications et/ou des effets secondaires des traitements, l'équipe soignante ou le patient n'ont pas eu à disposition de questionnaire validé, tel que l'on peut les rencontrer au cours de cancer.

Les principaux critères d'évaluation de la qualité de vie sont relevés lors de réunions de synthèse avec l'ensemble du personnel soignant.

Sont pris en compte sur le plan physique :

- la douleur,
- l'autonomie,
- l'appétit,
- le sommeil...



Sur le plan psychique :

- l'anxiété, les angoisses,
- le désinvestissement,
- le syndrome dépressif...

Sur le plan social :

- les visites des familles,
- * les demandes en maison de retraite ou autres structures d'hébergement,
- l'organisation du retour...

CHAPITRE 3 : RÉSULTATS DE L'ÉTUDE

A. Description de la population étudiée

Sur les trois années consécutives étudiées, **286** patientes répondent aux critères d'inclusion cités dans le paragraphe III, soit 18 % de l'ensemble des entrées sur les trois années étudiées.

1. Population féminine

Il s'agit d'une population exclusivement féminine pour des raisons déjà expliquées précédemment.

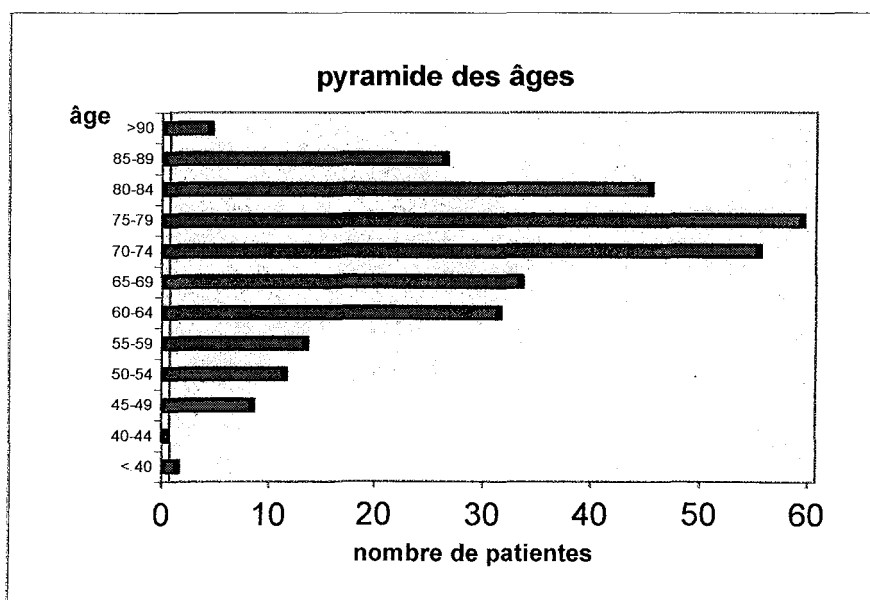
2. Les âges

La répartition par tranches d'âge est la suivante :

- **189 patientes âgées de 70 ans et plus (66 %)**, soit les 2/3 de la population étudiée.
- **97 patientes âgées de moins de 70 ans (34 %)**.

La moyenne d'âge de la population étudiée, tout patient confondu, est de 71 ans. Par tranche d'âge, on retrouve :

- chez les 70 ans et plus, une moyenne d'âge de 77,3 ans, la patiente la plus âgée a 92 ans,
- dans le groupe des moins de 70 ans, une moyenne d'âge de 64,8 ans, la plus jeune est âgée de 35 ans.



3. Les pathologies associées

Les pathologies associées nécessitant des soins de suite et de réadaptation ainsi qu'une prise en charge médicale, sont en moyenne de 1,5 par malade (en excluant une HTA stable, diabète équilibré, dysthyroïdie, ou les antécédents chirurgicaux qui ne nécessitent pas de soins particuliers). Elles augmentent avec l'âge et sont au nombre de 2,5 au delà de 70 ans.

B. Types de cancers observés dans l'étude

1. Distribution des cancers quel que soit l'âge

Cancers tous âges confondus		
Type de cancer	Nombre	Pourcentage
Digestif	91	31,8
Sein	81	28,4
Gynécologique	45	15,7
Voies urinaires	19	6,6
Broncho-pulmonaire	14	4,9
Hémopathies	11	3,8
ORL	9	3,1
Cutané	4	1,4
Primitif inconnu	4	1,4
Thyroïde	3	1,1
Cérébral	3	1,1
Sarcome	2	0,7

Dans la population étudiée, tous âges confondus, trois types de cancers prédominent :

- Au premier plan, on retrouve les cancers digestifs avec 31,8 % ; parmi les cancers digestifs, apparaissent en première position les cancers colo-rectaux (21,3 %), puis les cancers du foie (3,5 %), les cancers de l'œsophage (2,5 %), de l'estomac (2,5 %), et du pancréas (2,1 %).
- Les cancers du sein (28,4 %), et du tractus génital (15,8 %) sont ensuite les plus fréquents.

2. Distribution des cancers chez les patientes de moins de 70 ans

Cancers chez les patientes âgées de moins de 70 ans		
Type de cancer	Nombre	Pourcentage
Sein	42	43,3
Digestif	20	20,6
Gynécologique	15	15,5
Broncho-pulmonaire	7	7,2
Hémopathies	3	3,1
Voies urinaires	2	2,1
ORL	2	2,1
Cérébral	2	2,1
Cutané	1	1,0
Primitif inconnu	1	1,0
Thyroïde	1	1,0
Sarcome	1	1,0

Chez les patientes de moins de 70 ans, on remarque une prédominance des cancers gynécologiques avec 58,8 % dont 43,3 % de cancers du sein qui précèdent nettement les cancers digestifs.

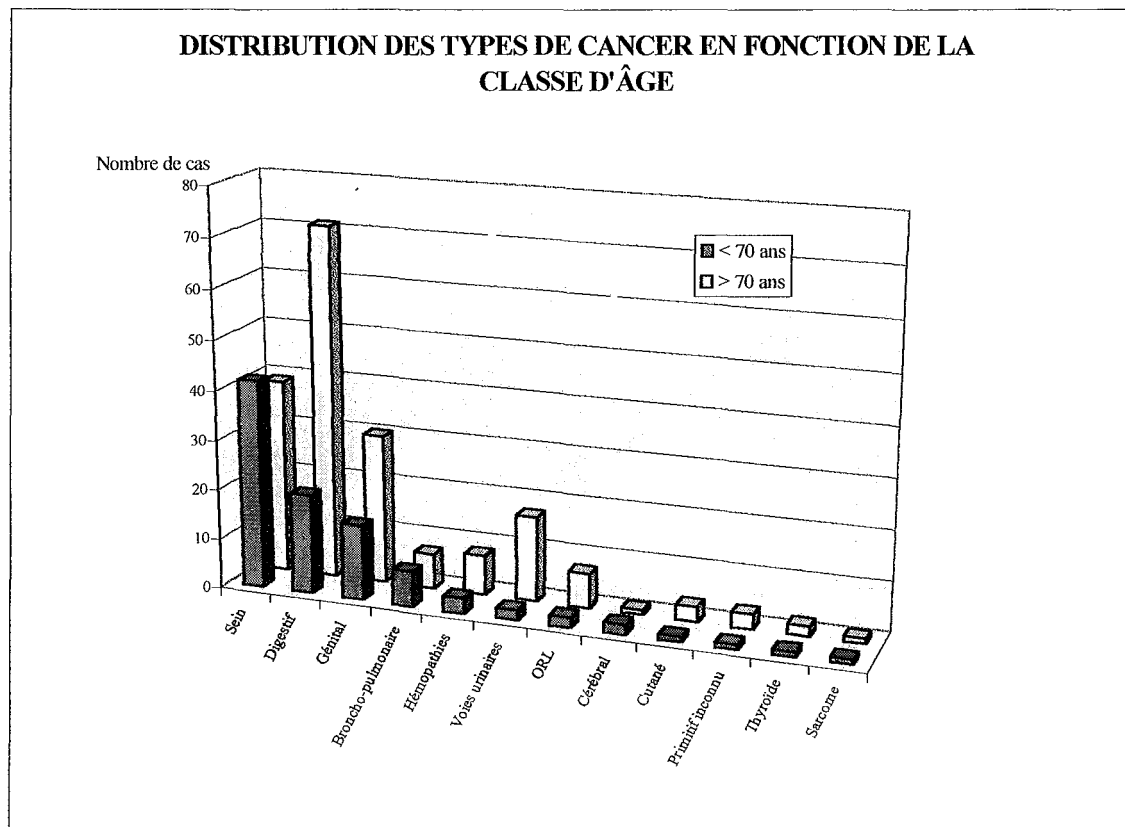
Parmi les cancers gynécologiques observés autres que le cancer du sein, on retrouve par ordre décroissant les néoplasies de l'endomètre, de l'ovaire, du col utérin, vulvaire et du vagin. De manière générale, la distribution des cancers gynécologiques est identique quel que soit l'âge.

3. Distribution chez les patientes de 70 ans et plus

Cancers chez les patientes âgées de plus de 70 ans		
Type de cancer	Nombre	Pourcentage
Digestif	71	37,5
Sein	39	20,6
Gynécologique	30	15,9
Voies urinaires	17	9,0
Hémopathies	8	4,2
Broncho-pulmonaire	7	3,7
ORL	7	3,7
Cutané	3	1,6
Primitif inconnu	3	1,6
Thyroïde	2	1,2
Cérébral	1	0,5
Sarcome	1	0,5

Les cancers les plus fréquemment rencontrés chez les patientes de plus de 70 ans sont les cancers digestifs et plus particulièrement les cancers colo-rectaux (26 %), puis viennent les cancers gynécologiques (36,5 %) dont 20,6 % de cancers du sein.

De manière générale, on remarque que la répartition des cancers diffère selon l'âge : il existe d'ailleurs une différence significative avec un $p < 0,05$, notamment pour le cancer du sein chez les moins de 70 ans et les cancers digestifs et des voies urinaires chez les plus de 70 ans.



Sur l'histogramme ci-dessus, deux types de cancers sont les plus représentés quel que soit l'âge : les cancers gynécologiques, les cancers digestifs.

C. Description des traitements réalisés dans le cadre de la pathologie cancéreuse

Compte tenu de la diversité des cancers observée au cours de notre étude, les traitements utilisés sont nombreux. Nous nous intéresserons plus particulièrement aux traitements spécifiques, comme les chimiothérapies anticancéreuses, la radiothérapie, la chirurgie, les traitements hormonaux, et aux

traitements à visée symptomatique tels que les antalgiques de type morphinique, la corticothérapie, et les diphosphonates.

La plupart des patientes sont admises pour un suivi du traitement. D'autres patientes sont admises dans le service pour une prise en charge durant les cures de chimiothérapie séquentielles ou pendant la durée de la radiothérapie.

Dans un premier temps, nous décrirons de manière globale les types de traitements reçus par les patientes, et dans un second temps, nous énumérerons les complications observées au cours ou au décours des traitements.

1. Les chimiothérapies anticancéreuses

Les traitements décrits dans les paragraphes qui vont suivre, ont été pris séparément pour faciliter la description, mais dans la majorité des cancers étudiés, nombreux sont ceux qui ont bénéficié de traitements combinés, associant une chirurgie, une chimiothérapie et une radiothérapie....

a. Types de cancers ayant bénéficié d'un traitement chimiothérapique

Types de cancers traités par chimiothérapie	< 70 ans	≥ 70 ans	Total
Sein	14	7	21
Colo-rectaux	7	4	11
Hémopathies :	3	6	9
LMNH	(1)	(3)	-
Leucémie aigue myéloïde	(2)	(1)	-
Leucémie myéloïde chronique	(0)	(2)	-
Ovaire	4	4	8
Broncho-pulmonaire	4	1	5
Vessie	1	2	3
Endomètre	0	3	3
Primitif inconnu	0	1	1
Œsophage	0	1	1
Mélanome	0	1	1
Col utérin	1	0	1
Total	34	31	65

b. Types de chimiothérapie utilisés par type de cancer

▪ Le cancer du sein

Tous les stades du cancer du sein sont ici représentés. Les agents anticancéreux utilisés sont variables et différents selon le stade de la pathologie et selon l'âge des patientes.

Chez les 7 patientes présentant un cancer du sein et âgées de plus de 70 ans, les différents traitements observés sont :

- chimiothérapie de type FEC 50 :
5 FU®, Farmorubicine®, Endoxan®..... 2 patientes
- chimiothérapie de type FEC 100 :
5 Fluouracile®, Farmorubicine®, Endoxan® 1 patiente
- association Novantrone®, Endoxan®.....1 patiente
- association Cisplatine®, 5 FU® 1 patiente
- Navelbine® per os 1 patiente
- Cisplatine intrapleurale.....1 patiente

Concernant les 14 patientes âgées de moins de 70 ans :

- chimiothérapie de type FEC 50..... 6 patientes
- association de 5 FU®, Paraplatine® ou Cisplatine®..... 3 patientes
- association épirubicine, Endoxan®, 5 FU® 2 patientes
- localement, Methotrexate® intrathécal 2 patientes
- chimiothérapie par 5 FU® en continu par pompe 1 patiente

▪ Les cancers colo-rectaux

Leurs localisations sont le plus souvent coliques, puis cæcales, recto-sigmoïdiennes, et rectales.

- chimiothérapie de type FUFOL, 5 FU®, acide folique..... 6 patientes
- association de Cisplatine®, 5 FU®..... 2 patientes
- association 5 FU®, Elvarine® 1 patiente
- chimiothérapie 5 FU® et radiothérapie concomitante..... 1 patiente
- 5 FU® seule 1 patiente

▪ Les hémopathies

Concernant les 3 patientes de moins de 70 ans :

- Chloraminophène® seul (LMNH)..... 1 patiente
- Aracytine®, Purinethol® (LAM) 1 patiente
- Aracytine®, Domarobicine® (LAM)..... 1 patiente

Concernant les 6 patientes de plus de 70 ans :

- Hydréa® seul (LMC)..... 1 patiente
- Aracytine®, Hydréa® (LMC) (LAM)..... 2 patientes
- Novantrone®, vépéside®, Chloraminophène® (LMNH)..... 1 patiente
- Vehem®, Prednisone®, Endoxan® (LMNH)..... 1 patiente
- Endoxan®, Oncovin®, Farmorubicine®, Corticoïde (LMNH)... 1 patiente

▪ Le cancer de l’ovaire

- association de type Endoxan®, Cisplatine®, Adriblastine®..... 1 patiente
- association, Cisplatine® ou Paraplatine®, Endoxan® 4 patientes
- association, Taxol®, Paraplatine® 1 patiente
- Paraplatine® seul 1 patiente
- Oxaliplatine®..... 1 patiente

▪ Les cancers broncho-pulmonaires

- association, VP 16®, Adriblastine®, Cisplatine®, Endoxan® ... 1 patiente
- association, 5 FU®, Cisplatine® 3 patientes
- association, Navelbine®, Cisplatine®..... 1 patiente
- VP 16® seul 1 patiente

▪ Le cancer de la vessie

- chimiothérapie Cisplatine® et radiothérapie concomitante 1 patiente
- Paraplatine® seul 1 patiente
- Instillation locale d’Amétycine®..... 1 patiente

▪ Le cancer de l’endomètre et du col utérin

- association, Endoxan®, Cisplatine®, Adriblastine® 1 patiente
- association, Cisplatine®, Adriblastine®..... 1 patiente
- Paraplatine®, Endoxan®..... 1 patiente
- 5 FU®, Cisplatine® pour le cancer du col..... 1 patiente

▪ **Les autres localisations**

- Œsophage :
association 5 FU®, Cisplatine® et radiothérapie concomitante.....1 patiente
- Mélanome :
(les agents anticancéreux utilisés n'ont pas été communiqués).....1 patiente
- Primitif inconnu avec métastases hépatiques et ganglionnaires :
chimiothérapie de type Fufol 1 patiente

2. La radiothérapie

a. Types de cancers ayant bénéficié de radiothérapie

Les cancers traités par radiothérapie	< 70 ans	≥ 70 ans	Total
Sein	18	15	33
Génitaux :	4	14	18
endomètre	(2)	(7)	-
vulvaire	(2)	(3)	-
Col utérin	(0)	(3)	-
Ovaire	(0)	(1)	-
Broncho-pulmonaire	6	2	8
Oesophage	1	2	3
Vessie	1	2	3
ORL	0	3	3
Colo-rectaux	0	2	2
Rein	0	2	2
Sarcome et Myosarcome	1	1	2
Thyroïde	0	1	1
Mélanome	1	0	1
LMNH	1	0	1
Primitif inconnu	0	1	1
Glioblastome	2	0	2
Mélanome	0	1	1
Total	35	46	81

b. Types de radiothérapie utilisés par type de cancer

La diversité des cancers n'a pas permis de recueillir la totalité des modalités thérapeutiques notamment lorsque le traitement associe une curiethérapie aux séances de radiothérapie. Les irradiations utilisées sont très variées.

▪ **Les cancers du sein** : deux types d'irradiation ont été rencontrés, on note principalement :

- Une irradiation classique : 50 à 55 Gy en 25 séances de Cobalt sur 35 à 37 j (les doses délivrées sur la tumeur étant différente des aires ganglionnaires) : 13 patientes.
- Une irradiation accélérée hypofractionnée : 45 Gy en 15 séances de Cobalt (3 séances / semaine) 5 patientes.
- Irradiation de métastases osseuses : 20 à 30 Gy en 5 séances de Cobalt : 3 patientes.

▪ **Le cancer de l'endomètre** :

- La curiethérapie est souvent associée à la radiothérapie externe (Curiothérapie de 20 à 60 Gy), radiothérapie de 40 Gy sur la tumeur, 50 Gy sur les aires ganglionnaire.....10 patientes.
- Radiothérapie associée à la chimiothérapie : 50 Gy pelvien, 64 Gy tumoral 2 patientes.

▪ **le cancer de la vulve**

- curiethérapie seule : 60 à 65 Gy.....2 patientes
- curiethérapie et radiothérapie : 60 Gy et 44 Gy en 22 séances..... 1 patiente.

▪ **Le cancer broncho-pulmonaire** :

- Association Radiothérapie et chimiothérapie : 20 Gy de Cobalt sur 8 séances et protocole PAVEP (Endoxan® Adriblastine® VP 16® Cisplatine®) 1 patiente.
- Irradiation de 50 à 55 Gy sur 25 séances de 25 MV..... 4 patientes.
- Irradiation hypofractionnée accélérée : 12 Gy de Cobalt sur 2 séances : 3 patientes.

▪ **Le cancer du rein et de la vessie**

- 25 séances de 45 Gy par rayon de 25 MV..... 2 patientes.
- Radiothérapie et chimiothérapie concomitantes : 66 Gy de 30 séances par rayon de 10 MV..... 1 patiente.

3. Les traitements chirurgicaux

a. Types de cancers ayant bénéficié d'une intervention chirurgicale

Types de cancers traités par chirurgie	< 70 ans	≥ 70 ans	Total
Colo-rectaux	11	35	46
Sein	24	21	45
Génitaux	13	14	27
Voies urinaires	1	9	10
ORL	2	6	8
Estomac	0	5	5
Pancréas	0	4	4
Foie	1	2	3
Poumon	1	0	1
Mélanome	0	1	1
Primitif inconnu	1	0	1
Thymome	1	0	1
Cérébral	1	0	1
Sarcome	1	0	1
Thyroïde	1	0	1
Total	58	97	155

b. Types de chirurgie en fonction des principales localisations

▪ **Le cancer du sein**

On peut regrouper différents types de gestes chirurgicaux en fonction de l'extension du cancer, ainsi on retrouve :

- la tumorectomie avec ou sans curage ganglionnaire pour 15 patientes
- la mastectomie ou Patey pour 28 patientes
- l'intervention de Halsted pour 2 patientes.

▪ Les cancers colo-rectaux

Les interventions chirurgicales sont diverses et multiples et dépendent de la localisation, de l'extension de la tumeur. Ainsi, brièvement on retiendra à la suite d'une laparotomie :

- les résections coliques avec anastomose
- les colectomies ou hémicolectomies avec anastomose ou mise en place de colostomie
- les amputations abdomino-périnéales (lors de localisations contiguës)
- les colostomies de décharge.

▪ Les cancers génitaux

- intervention de Wertheim
- amputation abdomino-périnéale (localisations contiguës)
- exentération pelvienne antérieure (localisations contiguës)
- hystérectomie et exérèse élargie (localisations contiguës).

D. Relevé des complications et/ou effets secondaires de tous les traitements confondus

1. Nombre de patientes ayant présenté des complications

Sur les **286** patientes entrées pour cancers dans le service, on a relevé **129** patientes qui ont présenté une ou plusieurs complications en rapport avec le ou les traitements reçus. De manière globale, 45,1 % de la population, tout âge confondu, a présenté au cours de son hospitalisation une ou des complications.

La répartition par rapport à l'âge est la suivante :

- 55 patientes sur 97 (56,7 %) âgées de moins 70 ans ont présenté au moins une complication, dont la moyenne d'âge est de 59,7 ans.
- 74 patientes sur les 189 (41,7 %) âgées de 70 ans et plus ont présenté au moins une complication au cours de leur séjour, dont la moyenne d'âge est de 76,4 ans.

	Nb total	Nb de patientes avec effets II ⊕	Pourcentage
< 70 ans	97	55	56,7
≥ 70 ans	189	74	41,7
Total	286	129	45,1

Le test du χ^2 est égal à 7,97 avec un $p < 0,05$ significatif. Les complications sont plus fréquentes chez les patientes plus jeunes et ce de façon significative.

2. Nombre total de complications recensées

Le nombre total de complications répertoriées, parmi les 286 dossiers retenus, est de 200 :

- chez les plus de 70 ans, 131 complications sur un nombre total de 189 patientes.
- chez les moins de 70 ans, 69 complications survenues chez 97 patientes.

En moyenne, on recense 1,5 complication par personne. Il est en effet fréquent que les patientes reçoivent des traitements associés spécifiques et/ou symptomatiques, et présentent une ou des complications pour chaque traitement reçu.

	Nombre de patientes	Nombre de complications	Nb patientes ayant compliqué	Nb de complication par personne
< 70 ans	97	69	55	1,25
≥ 70 ans	189	131	74	1,77
Nb total	286	200	129	1,55

E. Effets secondaires et/ou complications de la chimiothérapie

1. Nombre total de complications tous âges confondus

- Parmi les 286 dossiers, 65 patientes ont bénéficié de chimiothérapie anticancéreuse (traitement englobant l'ensemble des cures).
- Parmi ces 65 patientes, 35 patientes (53,8 %) ont présenté des complications de la chimiothérapie.
- 52 complications ont été observées chez ces 35 patientes, soit en moyenne 1,48 par personne.

2. Résultats en fonction de l'âge

Pour rappel, 31 patientes ont été traitées par chimiothérapie chez les plus de 70 ans et 34 patientes chez les moins de 70 ans.

- Pour les 70 ans et plus, 44 cas de complications sont recensés chez 19 patientes, soit en moyenne 2,3 complications par malade. Leur moyenne d'âge est de 73,8 ans.
- Pour les moins de 70 ans, 26 cas de complications sont observés chez 16 patientes, soit en moyenne 1,6 complication par malade. Leur moyenne d'âge est de 59,2 ans.

	Nb total de Patientes post- chimiothérapie	Nb de patientes ayant compliqué	Nb de complications	% de patientes concernées
Nb total	65	35	70	53,8
< 70 ans	34	16	26	47,1
≥ 70 ans	31	19	44	61,3

Le test du χ^2 n'a pas constaté de différence significative.

3. Types de complications observées

L'énumération tient compte de l'ordre de fréquence d'apparition des complications.

a. Les toxicités hématologiques (51 complications)

Ce sont les plus fréquentes et sont résumées dans le tableau suivant :

	< 70 ans	≥70 ans	Total
Aplasies	8	15	23
Aplasies fébriles	5	4	9
Neutropénies	5	5	10
Anémies isolées	0	6	6
Thrombopénie isolée	0	3	3

b. Les troubles digestifs : (9 patientes)

- les nausées et les vomissements (5 patientes de > 70 ans et 2 patientes de < 70 ans)
- les mucites (2 patientes de > de 70 ans et 1 patiente de < de 70 ans).

c. Les troubles cardiaques : (4 patientes)

- Troubles du rythme (1 de <70 ans et 1 de >70 ans)
- Douleurs angineuses (1 >70 ans)
- Insuffisance cardiaque (1 > 70 ans).

d. Les troubles neurologiques : (3 patientes)

- 3 polynévrites (3 patientes dont 2 patientes de moins de 70 ans).

e. Les complications infectieuses : (2 patientes)

- Zona (>70 ans)
- Aspergillose (< 70 ans).

f. Autre :(1 patiente)

- L'ototoxicité (< 70 ans).

4. Types de cancers compliqués après chimiothérapie

Types de cancers ayant compliqué	Nb < 70 ans	%	Nb > 70 ans	%
Hémopathies	2	66,6	6	100,0
Cancers du sein	6	42,8	3	42,8
Cancers gynécologiques	3	60,0	5	71,5
Cancers digestifs	2	28,5	3	60,0
Cancers pulmonaires	2	50,0	0	-
Cancers de la vessie	1	100,0	0	-
Mélanome	0	-	1	100,0
Primitif inconnu	0	-	1	100,0

Les cancers gynécologiques sont représentés par 5 cancers de l'ovaire, 1 cancer du col utérin, et 2 cancers de l'endomètre.

F. Effets secondaires et/ou complications de la radiothérapie

1. Nombre total de complications tous âges confondus

Sur les 81 patientes traitées par radiothérapie, on dénombre 48 complications, survenues chez 40 patientes.

- 49,4 % des patientes ont présenté une ou des complications au décours de la radiothérapie
- en moyenne, chaque personne a présenté 1,2 complication.

2. Résultats en fonction de l'âge

Parmi les 81 patientes traitées en radiothérapie, la répartition par rapport à l'âge est la suivante : 47 patientes sont âgées de plus de 70 ans et 34 patientes sont âgées de moins de 70 ans.

- Concernant les 70 ans et plus au nombre de 47, 30 cas de complications sont retrouvés chez 25 patients, soit en moyenne 1,2 complication par malade. Leur moyenne d'âge est de 76,1 ans.
- Pour les moins de 70 ans au nombre de 34, 18 cas de complications sont observés chez 15 patientes, soit en moyenne 1,5 complication par malade. La moyenne d'âge est de 59,7 ans.

	Nb total de Patientes en radiothérapie	Nb de patientes ayant compliqué	Nb de complications	% de patientes concernées
Nb total	81	40	48	49,4
< 70 ans	34	15	18	44,1
≥ 70 ans	47	25	30	53,2

Il n'est pas constaté de différence statistiquement significative de la survenue de complications en fonction de l'âge, chez les patientes traitées par radiothérapie.

3. Types de complications recensées

Types de complication	< 70 ans	≥ 70 ans	Total
Radiodermites	9	8	17
Troubles digestifs	2	8	10
Mucites	4	5	9
Atteintes pulmonaires	2	3	5
Troubles hématologiques	1	2	3

Les radiodermites sont essentiellement représentées par des lésions en majorité de bas grade, deux cas de radio ou épidermite de 3^{ième} degré ont été observés (classification de 1^{ier} degré, 2^{ième} degré et 3^{ième} degré). Les troubles hématologiques sont représentés essentiellement par les neutropénies.

D'autres effets secondaires ont été observés chez les 70 ans est plus en particulier :

- Une épidurite,
- un lympoedème dans le traitement d'un cancer du sein,
- une altération de l'état général avec anorexie sur dysphagie au décours d'une radiothérapie pour un cancer ORL.

4. Types de cancers compliqués après radiothérapie

Types de cancers ayant compliqué	Nb < 70 ans	%	Nb ≥ 70 ans	%
Cancer du sein	7	38,8	9	60,0
Cancer gynécologique	1	25,0	8	57,1
Cancer broncho-pulmonaire	4	66,6	2	100
Cancer de l'œsophage	1	100	2	100
Cancer de vessie	1	100	2	100
Sarcome	1	100	0	-
Cancer ORL	0	-	2	66,6

Les radiodermites sont en majorité observées après radiothérapie pour cancer du sein, les colites radiques après traitements radiothérapiques de cancers gynécologiques, les mucites sont observées après traitements des cancers ORL et digestifs hauts.

G. Les complications post-opératoires

1. Nombre total de complications

On a dénombré sur les 286 dossiers étudiés, 155 patientes opérées.

- Le nombre total de complications recensées au décours des 155 interventions chirurgicales, est de 45.
- Or, 38 patientes ont totalisé à elles seules les 45 complications, soit en moyenne 1,18 complication par patiente.

2. Résultats en fonction de l'âge

On note chez les 70 ans et plus, 101 patientes en post-opératoire et chez les moins de 70 ans, 54 patientes.

- Pour les plus de 70 ans, 30 cas de complications sont répertoriées sur 101 post-opératoires et concernant 24 patientes soit en moyenne 1,25 complication par malade. Leur moyenne d'âge est de 79,6 ans.
- Pour les moins de 70 ans, on dénombre 15 cas de complications sur 54 post-opératoires chez 14 patientes soit 1 seule malade a présenté 2 complications. Leur moyenne est de 60,3 ans.

	Nb total de patientes post-op	Nb de patientes ayant compliqué	Nb de complications	% de patientes concernées
Nb total	155	38	45	24,5
< 70 ans	54	14	15	26
≥ 70 ans	101	24	30	23,8

Il n'est pas constaté de différence statistiquement significative de la survenue de complications en fonction de l'âge, chez les patientes en post-opératoire.

3. Types de complications observées

a. Les complications locales

On retrouve parmi les complications locales, essentiellement :

- les désunions de cicatrice, non spécifiques de la chirurgie cancérologique
- les lymphocèles dans les chirurgies du sein.

	Nb < 70 ans	Nb ≥ 70 ans	Nb total
Désunion de cicatrice	4	3	7
Lymphocèle	3	6	9
Fistule	0	1	1
Hématome collecté	1	1	2

b. Les troubles digestifs

Ils regroupent les troubles du transit notamment, à type de diarrhées et/ou de constipations, syndrome sub ou occlusif, les dysphagies plus particulièrement pour les cancers ORL opérés. Les autres troubles digestifs « simples » n’ayant posé que peu de problèmes ne sont pas pris en compte, et ce d’autant plus que le rapport direct avec l’intervention n’est pas prouvé.

	Nb < 70 ans	Nb ≥ 70 ans	Total
Syndrome occlusif	0	3	3
Troubles du transit sans occlusion	1	2	3
Dysphagie	0	3	3

c. Les infections

On regroupe ici les infections locales sur cicatrices, et les syndromes infectieux (Pyélonéphrite, choc infectieux post-opératoire). Elles sont non spécifiques de la chirurgie cancérologique.

	Nb < 70 ans	Nb ≥ 70 ans	Total
Infection sur cicatrice	1	2	3
candidose	0	3	3
Infection généralisée	0	2	2

d. Les autres complications non spécifiques

- **Chez les plus de 70 ans**
 - Décompensation cardiaque (1 patiente)
 - Décompensation diabétique (1 patiente)
 - Thrombose veineuse profonde (1 patiente)
 - Ulcère bulbaire hémorragique (1 patiente).

▪ Chez les moins de 70 ans

- Détresse respiratoire (2 patientes), par obstruction sur canule de trachéotomie pour les cancers ORL
- Infarctus du myocarde (1 patiente)
- Anémie sévère (1 patiente)
- Emphysème sous-cutané (1 patiente)

4. Localisation des cancers ayant compliqué en post-opératoire

Nous nous intéresserons plus particulièrement dans ce paragraphe, aux principaux cancers qui ont présenté des complications.

Types de cancers ayant compliqué	Nb < 70 ans	%	Nb ≥ 70 ans	%
Cancer du sein	6	25,0	6	28,6
Cancer du colon	3	27,3	9	25,7
Cancer de l'endomètre	2	15,4	1	7,1
Cancer de l'estomac	0	-	2	40,0
Cancer ORL	2	100,0	3	50,0

- Les lymphocèles ont été essentiellement après la chirurgie du sein (9 patientes).
- Les désunions de cicatrices ont été observées après chirurgie des cancers du colon (3 patientes), du sein (3 patientes), de l'endomètre (1 patiente)
- Les dysphagies sont des complications en rapport avec la chirurgie des cancers ORL.

H. Effets secondaires et/ou complications liés aux traitements morphiniques seuls

Les traitements morphiniques rassemblent les dérivés morphiniques, et la morphine.

1. Nombre total de complications tous âges confondus

- Parmi les 286 dossiers, on dénombre 62 patientes traitées par morphiniques.
- Sur les 62 patientes, 9 ont compliqué une seule fois, soit dans 14,5 % des cas.

2. Résultats en fonction de l'âge

Parmi les 62 patientes, 42 patientes sont traitées par morphiniques chez les plus de 70 ans et 20 patientes de moins de 70 ans.

- Pour les 70 ans et plus, 7 patientes ont présenté un effet secondaire sous morphinique, soit 16,6 %.
- Chez les moins de 70 ans, on note seulement 2 patientes ayant présenté un effet secondaire au traitement, soit 10 %.

La moyenne d'âge calculée chez les 70 ans et plus ayant présenté des complications est de 73,3 ans, chez les moins de 70 ans, elle est de 64 ans.

	Nb total de patientes traitées	Nb de patientes ayant compliqué	Nb d'effets secondaires	% de patientes concernées
Nb total	62	9	9	14,5
< 70 ans	20	2	2	10,0
≥70 ans	42	7	7	16,6

Il n'est pas constaté de différence statistiquement significative de la survenue de complications en fonction de l'âge, chez ces patientes.

3. Types de complications observées

- **Chez les plus de 70 ans**, on a relevé :
 - 4 syndromes confusionnels
 - 2 syndromes occlusifs
 - 1 urticaire généralisée.
- **Chez les moins de 70 ans**,
 - 1 trouble digestif à type de constipation opiniâtre
 - 1 somnolence sévère par surdosage.

I. Effets secondaires et/ou complications liés à la corticothérapie seule

1. Nombre total de complications

La corticothérapie prise en compte dans notre travail, concerne exclusivement les traitements à visée antalgique, anti-œdémateuse, à l'exception

des associations aux traitements chimiothérapiques (traitement symptomatique et/ou étiologique).

- Ici, on dénombre 76 patientes traitées par corticothérapie dans le cadre de la prise en charge de la pathologie cancéreuse.
- Sur les 76 traitées, 13 cas de complications sont observés.

2. Résultats en fonction de l'âge

Parmi les 76 patientes sous corticothérapie : 49 patientes sont âgées de plus de 70 ans et 27 patientes de moins de 70 ans.

- Dans le groupe de 49 patientes âgées de plus de 70 ans, 8 complications sont survenues chez 7 patientes dont la moyenne d'âge de 76,2 ans.
- Concernant les moins de 70 ans, 5 patientes dont la moyenne d'âge de 59,6 ans, ont compliqué une fois.

	Nb total de Patientes traitées	Nb de patientes ayant compliqué	Nb d'effets secondaires	% de patientes concernées
total	76	12	13	15,8
< 70 ans	27	5	5	18,5
≥ 70 ans	49	7	8	14,3

Pas de différence significative constatée par le test du χ^2 .

3. Types de complications rencontrées

Chez les plus de 70 ans :

- Les complications infectieuses :

2 infections pulmonaires graves dont une à pyocyannique.

- Les complications métaboliques :

- Survenue d'un diabète iatrogène (chez une patiente).
- Décompensation diabétique chez deux diabétiques non insulino-dépendants connus, et devenant insulino-nécessitant, cas retenu pour une patiente.
- Coma hyperosmolaire (1 patiente).
- Coma acidocétosique (1 patiente).

Chez les moins de 70 ans :

On a observé, une surinfection pulmonaire sur un terrain de comorbidité, une candidose oro-pharyngée, une hypoglycémie, un syndrome cushingoïde, une insuffisance surrénalienne.

J. Effets secondaires et/ou complications sous traitements associant une corticothérapie aux morphiniques

L'imputabilité du produit n'a pu être déterminée, dans ce type d'association fréquemment utilisée dans la prise en charge de soins palliatifs.

Sur un nombre de 45 patientes traitées par cette association, 11 complications sont apparues chez 9 patientes.

1. Résultats par rapport à l'âge

Sur les 45 patientes traitées par cette association, 28 patientes sont âgées de 70 ans et plus et 17 patientes de moins de 70 ans.

- Sur les 28 patientes de plus de 70 ans, 8 cas de complications sont apparues chez 7 patientes. Leur moyenne d'âge est de 77,6 ans.
- Sur 17 patientes de moins de 70 ans, 3 complications sont apparues pour 2 patientes, d'âge moyen 64 ans.

	Nb total de Patientes traitées	Nb de patientes ayant compliqué	Nb d'effets secondaires	% de patientes concernées
Nb total	45	9	11	20,0
< 70 ans	17	2	3	11,8
≥ 70 ans	28	7	8	25,0

Le petit effectif n'a pas permis de retrouver de différence statistiquement significative au test du χ^2 .

2. Types de complications

Chez les plus de 70 ans on retrouve essentiellement :

- Des troubles du comportement et un syndrome confusionnel dans 5 cas,
- Des troubles digestifs à type de nausées et vomissements dans les 3 cas restants.

Chez les moins de 70 ans :

- Un syndrome de Cushing (1)
- Des troubles digestifs hauts (1)
- Un syndrome confusionnel (1).

K. Les autres complications liées à d'autres thérapeutiques

1. L'hormonothérapie

Nous avons relevé 31 patientes traitées par hormonothérapie (13 de plus de 70 ans et 18 de moins de 70), le plus souvent dans le cadre du cancer du sein.

Une complication est survenue chez trois de ces patientes de plus de 70 ans, soit 23,1 % de patientes ont compliqué.

Ces complications sont représentées par 2 thrombophlébites (dont une est survenue aussi en post-opératoire), et une thrombopénie.

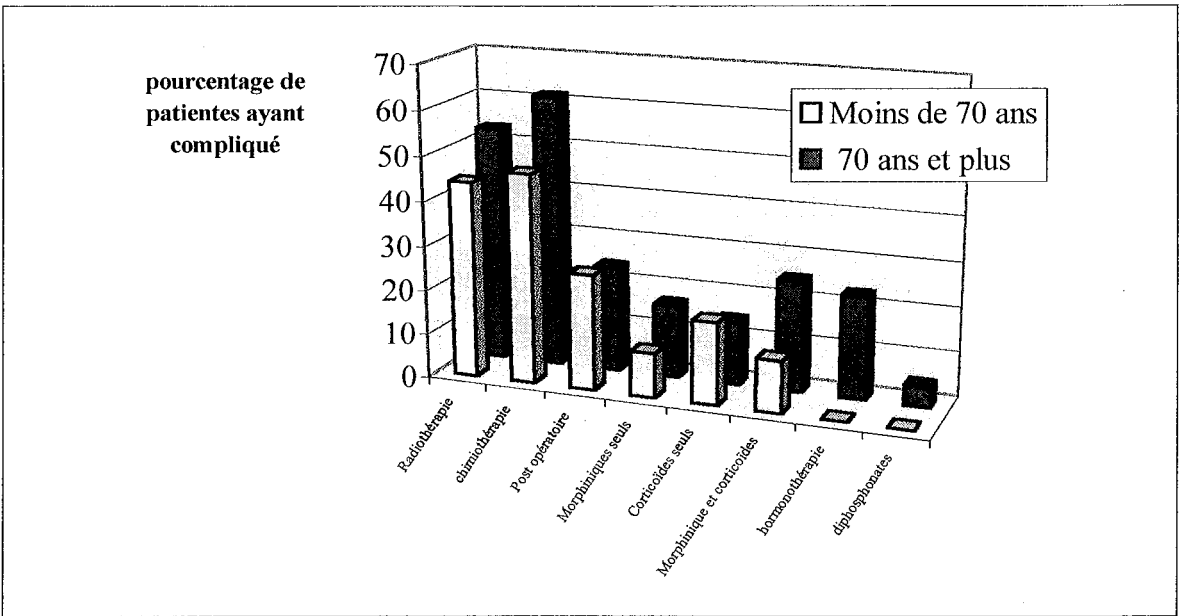
2. Les diphosphonates

Sur 22 patientes traitées par diphosphonates, 1 complication est survenue à type d'hypocalcémie, soit 4,5 % chez les plus de 70 ans.

L. Tableau récapitulatif

Traitements	% des patientes ayant compliqué	
	Moins de 70 ans	Plus de 70 ans
Chimiothérapie	47,1	61,3
Radiothérapie	44,1	53,2
Post opératoire	26,0	23,8
Morphiniques seuls	10,0	16,6
Corticoïdes seuls	18,5	14,3
Morphiniques et corticoïdes	11,7	25,0
Hormonothérapie	0	23,0
Diphosphonates	0	4,5

- Nous avons relevé 131 complications pour 326 traitements réalisés chez les plus de 70 ans.
- Chez les moins de 70 ans, 69 cas de complications pour 211 traitements.



L’histogramme permet de constater que les patientes de plus de 70 ans ont présenté un peu plus de complications que les plus jeunes au cours des traitements de chimiothérapie et de radiothérapie, des associations de morphinique et de corticoïde.

M. Résultats de l'enquête sur le devenir immédiat des malades

Dans cette partie, nous nous intéresserons aux patientes âgées de plus de 70 ans et ayant présenté des effets secondaires aux traitements. Nous étudierons les durées moyennes de séjour avec une comparaison entre les patientes de moins de 70 ans, l'évolution des autonomies au cours des séjours et les modes de sortie, et enfin le retentissement psychologique des complications et de la pathologie cancéreuse.

1. Les durées moyennes de séjour (DMS)

a. Données générales

D'après les rapports d'activité du service durant ces trois dernières années, les durées moyennes de séjour varient sensiblement selon l'âge et surtout selon le mode d'admission :

- DMS des malades ne présentant pas de cancer est de 43,2 jours
- DMS de l'ensemble des malades atteintes de cancer est de 62,7 jours.

b. DMS hors complications en fonction de l'âge chez les malades cancéreuses

- Chez les 70 ans et plus la DMS est de 50,3 jours.
- Chez les moins de 70 ans elle est de 48,2 jours.

Selon les modalités de traitement chez les plus de 70 ans :

- DMS des patientes en post-opératoire seule est de 43,5 jours
- DMS des patientes en radiothérapie est de 58,6 jours
- DMS des patientes en chimiothérapie est de 103,1 jours.

Les durées de séjour des patientes traitées par chimiothérapie sont supérieures de 52,8 jours aux durées de séjour tous traitements confondus. Cela s'explique par le fait que les patientes sont admises dans le service et réalisent au cours de leur séjour des cures de chimiothérapie itératives (hospitalisation de jour, ou courte hospitalisation), ou plus rarement suivent leur chimiothérapie au sein du service.

c. DMS en fonction de l'âge lors de complications

La durée moyenne de séjour chez les plus de 70 ans ayant présenté des complications est de 66 jours tous traitements confondus. Ces patientes ont donc une durée moyenne de séjour supérieure de 15,7 jours comparées aux patientes de la même tranche d'âge n'ayant pas présenté de complication liée aux traitements.

Selon les modalités de traitement, on constate chez les plus de 70 ans:

- DMS des patientes compliquées en post-opératoire est de 56,2 jours, supérieure de 13 jours aux patientes non compliquées (43,5 j)
- DMS des patientes compliquées en post-radiothérapie est de 74,8 jours, supérieure de 16,2 jours aux patientes non compliquées (58,6 j)
- DMS des patientes en chimiothérapie est de 102,2 jours, ici la DMS est identique dans le groupe de même âge ayant ou non présenté de complications (103,7 j).

La DMS des moins de 70 ans est de 62,1 jours, soit 14,1 jours supérieure aux patientes qui n'ont pas présenté de complication (48,2 j).

d. Tableau comparatif

	DMS sans complication	DMS avec complications
< 70 ans	48,2 jours	62,1 jours
≥ 70 ans	50,3 jours	66 jours

2. Les modes de sortie

a. Chez les 70 ans et plus

74 patientes sur 186 âgées de plus de 70 ans ont présenté des complications liées aux traitements. La répartition des modes de sortie se retrouve dans le tableau qui suit.

Modes de sortie	Patientes compliquées	%	Patientes sans complication	%
Retour à domicile	31	41,9	71	63,4
Retour à domicile après transfert	8	10,8	1	0,9
Décès après hospitalisation	15	20,2	6	5,3
Décès au service	20	27,1	34	30,4

Le test du χ^2 est égal à 21,76 avec un $p < 0,05$. Il existe donc une différence significative dans le mode de sortie des patientes âgées de plus de 70 ans, selon qu'elles aient ou non présenté des complications.

On remarque une prédominance des retours à domicile pour le groupe des patientes qui n'ont pas présenté de complication. Le nombre de décès est important et concerne dans la grande majorité des malades admises à l'entrée en soins palliatifs.

Parmi les patientes ayant présenté des complications, on dénombre 31 % de transferts en milieu hospitalier spécialisé, soit près d'un tiers des patientes. Les motifs de transferts sont pour la majorité des cas en rapport direct avec les complications survenues au cours du séjour. 1 patiente a été transférée pour rapprochement familial (hôpital de proximité). Parmi ces patientes transférées, 65,2 % sont décédées après l'hospitalisation.

Les motifs d'hospitalisation concernant les 23 patientes de plus de 70 ans hospitalisées :

- Syndrome occlusif.....6 (5 décédées)
- Rapprochement familial 1
- Anémie sévère 3 (1 décédée)
- Aplasie fébrile 2 (1 décédée)
- Pneumopathie post-radique, radiolésions cutanées 2
- Coma acidocétosique sous corticothérapie 1 décédée
- Désunion de cicatrice avec fistulisation 2 (1 décédée)
- Embolie pulmonaire sur phlébite sous hormonothérapie.....1 décédée
- Surinfection pulmonaire à pyocyanique..... 1 décédée
- Dysphagie et AEG anorexie post traitement 2 décédées
- Syndrome confusionnel 2 décédées.

b. Chez les moins de 70 ans

55 patientes sur 97 âgées de moins de 70 ans ont présenté des complications. Les modes de sortie de ces deux groupes sont représentés dans le tableau qui suit.

Modes de sortie	Patientes compliquées	%	Patientes sans complications	%
Retour à domicile	37	67,4	32	76,2
Décès après hospitalisation	6	10,9	3	7,1
Décès au service	8	14,5	7	16,6
Domicile après transfert	4	7,3	0	-

Ici les modes de sortie diffèrent peu selon que les patientes ont ou non présenté des complications, et la différence est statistiquement non significative.

3. La dépendance

a. Évolution de l'autonomie chez les patientes ayant compliqué en fonction de l'âge

	Moins de 70 ans		Plus de 70 ans	
OMS	Entrée	Sortie	Entrée	Sortie
0	0	1	0	0
1	8	19	20	20
2	30	15	35	19
3	17	7	19	4
4	0	13	0	31

L'OMS 4 équivaut ici aux décès.

b. Autonomie et modes de sortie

Modes de sortie	OMS d'entrée	OMS de Sortie	DMS
Retour à domicile	2	1-2	78,6 jours
Hospitalisation	2	3-4	65,5 jours

Parmi les 74 patientes âgées de plus de 70 ans, 36 patientes ont présenté au cours de leur séjour une aggravation de leur autonomie initiale soit 48,6 %. Chez les 51,4 % restant, l'autonomie est stabilisée ou améliorée. Ces chiffres sont peu significatifs par rapport aux pourcentages de transferts et décès énoncés dans le paragraphe précédent.

c. Les décès

Les décès sont le plus souvent en rapport avec l'évolution de la maladie à laquelle peut s'ajouter la comorbidité, les complications liées aux traitements les complications de décubitus.

Dans aucun cas clinique, on ne peut affirmer que la complication est à l'origine du décès. Par contre, elle peut parfois aggraver le tableau clinique et accélérer l'évolution.

4. Retentissement psychologique

Chez 23 patientes de plus de 70 ans ont été observés des troubles psychologiques en rapport avec la pathologie ou les complications qui s'y rapportent, soit dans 31,1 % des cas. Les réactions ont été rapportées à l'issue des réunions de synthèse qui réunit l'ensemble du personnel.

Les symptômes les plus fréquemment décrits sont :

- une anxiété, des angoisses,
- un syndrome dépressif ou anxio-dépressif réactionnel à la maladie, ou majoré par la complication iatrogène,
- une agressivité envers le personnel, la famille, un refus de soin,
- un désinvestissement ou plus un syndrome de glissement,
- une majoration des troubles cognitifs pré-existants... .

CHAPITRE 4 : ANALYSE DES RÉSULTATS

Notre travail porte donc sur des malades cancéreuses, prises en charge dans le service soit au décours de traitements dits spécifiques tels que la chimiothérapie, la radiothérapie, et les interventions chirurgicales, soit pour une prise en charge en soins palliatifs comprenant des traitements adaptés tels que les traitements antalgiques, ou co-antalgiques, la corticothérapie, les calcitonines et biphosphonates.

La question qui peut se poser est la suivante : l'évolution des malades cancéreuses âgées , prises en charge dans le service, se trouve-t-elle modifiée quand surviennent des complications iatrogènes ?

L'enquête doit permettre de mettre en exergue les incidences des complications sur le comportement et le devenir de ces malades.

A. Type de population étudiée

- Toutes pathologies cancéreuses confondues, la majorité des personnes accueillies est âgée : les 2/3 ont une moyenne d'âge de 77 ans et près de 30 % ont plus de 80 ans (80 personnes).
- Parmi les patientes les plus jeunes, la moyenne d'âge est légèrement inférieure à 65 ans (64,8 ans).
- La population étudiée est uniquement féminine, ne permettant pas une étude comparative par sexe.
- La prévalence des cancers chez les femmes de plus de 70 ans s'explique en partie par leur espérance de vie de 8,2 ans supérieure à celle des hommes. Les femmes sont les plus représentées dans des structures comme les moyens séjours et dans les longs séjours.
- Les malades admises et bénéficiant d'un traitement peuvent présenter des complications, quel que soit le stade évolutif de la maladie.
- En moyenne, les personnes de plus de 70 ans présentent 1,5 pathologie associée nécessitant des soins de suite et de réadaptation réguliers.
- 98 % des entrées se font au décours d'une hospitalisation en service de soins de courte durée (services de médecine interne et de spécialités médicales et chirurgicales). Dans 2 % des cas, les entrées sont demandées par le médecin traitant, soit lors d'une récurrence cancéreuse, dans le cadre de soins palliatifs, soit pour des dégradations de l'état général, le diagnostic étant porté lors du séjour.

- Les malades, adressées sous traitement symptomatique seul, le sont le plus souvent dans le cadre de soins palliatifs et de fin de vie.
- Chaque personne admise est un cas particulier et doit être prise en charge globalement. Toute affection intercurrente doit entraîner une nouvelle évaluation médico-psycho-sociale.

B. Les principaux types de cancers rencontrés

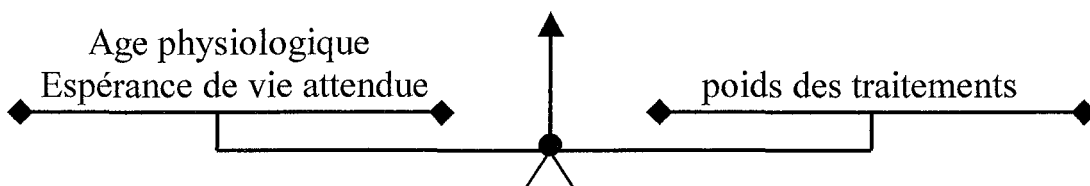
Les pathologies cancéreuses dans cette étude sont très variées, 23 types de localisations ont été répertoriés.

On peut constater que leur répartition en fonction de l'âge est différente comme on le retrouve dans la littérature. Dans notre série, il existe une différence significative par le test du χ^2 qui retrouve un $p < 0,05$.

- Chez les femmes de plus de 70 ans, les cancers les plus souvent rencontrés sont les cancers digestifs et, en particulier, les cancers colorectaux (2) (3), devant les cancers du sein, et les voies urinaires.
- Chez les moins de 70 ans, les cancers du sein précèdent les cancers digestifs et les cancers génitaux comme cité dans la littérature. Apparaissent ensuite les cancers broncho-pulmonaires qui tendent à augmenter devant le tabagisme de la femme. Dans une étude réalisée dans un moyen séjour (39) (40), le cancer bronchique est la plus fréquente des 20 autres localisations répertoriées.
- Quelle que soit la tranche d'âge, moins de 70 ans et plus de 70 ans, les cancers de l'utérus sont les plus fréquents des cancers génitaux.
- Concernant les autres localisations, elles sont nombreuses et variées. Il semble que la répartition soit différente de celle de la littérature : ceci s'explique par un grand nombre de cancers répertoriés pour une population restreinte (moins de 300 patientes). Les plus fréquemment rencontrés dans notre étude sont les cancers des voies urinaires, les hémopathies, et les cancers ORL.

C. Types de traitements rencontrés lors de l'étude.

L'étude s'étant portée sur tous les types de cancers, les traitements auxquels nous nous sommes intéressés sont très variés. Ils sont généralement institués lors de l'hospitalisation et tiennent compte du type de cancer, de son stade évolutif, de l'âge physiologique des malades et des pathologies associées.



1. Les traitements par chimiothérapie

Les problèmes rencontrés au cours de notre travail ont été de retrouver dans les courriers les types de chimiothérapies réalisées ainsi que leur posologie et les doses administrées pour chaque patiente. Tous les renseignements n'ont pu malheureusement être rapportés, seuls les types de chimiothérapie et leurs agents ont pu être en totalité retrouvés. Il ne nous a donc pas été possible de comparer les doses administrées aux patientes.

Les agents les plus souvent rencontrés sont : carboplatine, 5FU cyclophosphamide, anthracycline, cytarabine, avec une plus grande spécificité dans les traitements à visée hématologique : CHUP, Mini CHOP....

Les résultats de l'enquête montrent :

- que les traitements par chimiothérapie sont utilisables et utilisés chez les personnes âgées.
- que les personnes âgées de plus de 70 ans en bénéficient cependant moins que les plus jeunes. Le test du χ^2 est égal à 12,69, et retrouve un $p < 0,05$ significatif. Donc les traitements par chimiothérapie, tous types de cancers confondus, sont plus souvent prescrits avant 70 ans.
- chimiothérapies réalisées pour le cancer du sein :
 - 7 personnes de plus de 70 ans sur 39, soit 18 %
 - 14 personnes de moins de 70 ans sur 42, soit 33 %.
- chimiothérapies réalisées pour les cancers digestifs :
 - 5 personnes de plus de 70 ans sur 71, soit 7 %
 - 7 personnes de moins de 70 ans sur 20, soit 35 %.

- les traitements instaurés sont très variés, tant en médication spécifique qu'en posologie, ce qui rend toute comparaison aléatoire voire impossible.

2. Les traitements par radiothérapie

Le terme de radiothérapie englobe également la curiethérapie. Nous avons relevé les radiothérapies concomitantes à la chimiothérapie. Parmi les techniques, on retrouve des irradiations dites classiques, et des irradiations accélérées hypofractionnées. Ici encore les doses administrées ont été difficiles à retrouver, mais une grande partie a pu être complétée en intervenant directement auprès des services prescripteurs.

Les traitements par radiothérapie intéressent essentiellement les cancers du sein, les cancers génitaux et digestifs.

Les résultats de l'étude montrent que :

- Les traitements par radiothérapie, tous types de cancers confondus, sont plus souvent prescrits avant 70 ans (le test du χ^2 est égal à 4,35 avec « p » égal à 0,036, significatif).
- Radiothérapie pour le cancer du sein :
 - 15 personnes de plus de 70 ans sur 39, soit 38,5 %
 - 18 personnes de moins de 70 ans sur 42, soit 42,8 %.
- Radiothérapie pour les cancers génitaux :
 - 14 personnes de plus de 70 ans sur 30, soit 46,6 %
 - 4 personnes de moins de 70 ans sur 15, soit 26,6 %.
- Radiothérapie pour les cancers digestifs :
 - 4 personnes de plus de 70 ans sur 71, soit 5,6 %
 - 1 personnes de moins de 70 ans sur 20, soit 5 %.

3. Les traitements chirurgicaux

Ils peuvent intéresser tous les types de cancers, la spécificité cancérologique concerne les cancers gynécologiques, et les cancers digestifs (colo-rectaux majoritairement). Il n'est pas constaté de différence statistiquement significative dans la prescription des traitements chirurgicaux en fonction de l'âge.

Pour les cancers du sein, les types d'interventions chirurgicales réalisées sont peu nombreux et nous avons répertorié trois techniques qui sont l'intervention de Patey, la tumorectomie, l'intervention de Halsted, avec ou sans curage.

Pour les localisations comme les cancers digestifs ou génitaux les interventions varient selon l'extension et les localisations par rapport au cadre colique, l'extension aux organes de voisinage... .

L'utilisation des traitements se fait à tous les âges et dépend de l'âge physiologique des patients pris en compte lors de la consultation pré-anesthésique.

- Chirurgie du cancer du sein :
 - 21 personnes de plus de 70 ans sur 39, soit 53,8 %
 - 24 personnes de moins de 70 ans sur 42, soit 57 %.
- Chirurgie des cancers digestifs :
 - 46 personnes de plus de 70 ans sur 71, soit 64,7 %
 - 12 personnes de moins de 70 ans sur 20, soit 60 %.
- Chirurgie des cancers gynécologiques autres que celui du sein :
 - 14 personnes de plus de 70 ans sur 30 soit 46,6 %
 - 13 personnes de moins de 70 ans sur 15, soit 86,6 %.

4. Les autres traitements

- Les morphiniques : ils ont été plus volontiers utilisés au cours de soins palliatifs, il s'agit le plus souvent de forme retard (Skenan®, Durogésic®), et de forme injectable (chlorhydrate de morphine).
- La corticothérapie : elle est alors utilisée également en soins palliatifs pour son effet oréxigène, et antiémétique. La corticothérapie utilisée dans les traitements chimiothérapiques n'ont pas été relevés ni séparés, car ils font partie intégrante du traitement spécifique à la phase d'induction thérapeutique (41).
- Les diphosphonates : ils ont été utilisés dans les traitements des cancers avec métastases osseuses.
- L'hormonothérapie : fréquemment indiquée dans les cancers du sein, sans indication chirurgicale, ou hormonodépendants. Les différentes molécules utilisées sont le tamoxifène, et l'Arimidex®.

C. Les complications, comparaison en fonction des âges

Près de la moitié des patientes (129 sur 286), toutes pathologies et tous traitements confondus, ont présenté des complications au décours des traitements, ce qui est considérable.

Globalement, nous avons noté que les complications iatrogènes sont moins fréquentes chez les plus de 70 ans (41,7 %) par rapport aux plus jeunes (56,7 %). Il existe une différence significative, le test du χ^2 est égal à 7,97 avec « p » égal à 0,0047.

La différence s'explique probablement par les précautions prises chez les plus âgés en rapport avec le rapport bénéfice/risque. Mais aussi, nous avons constaté précédemment, que les traitements sont plus souvent prescrits chez les plus jeunes.

Le nombre de complications par personne se situe entre 1 et 3. Cela s'explique par les nombreuses séances de chimiothérapie successives ou de radiothérapie pour une même personne, et l'association de traitements spécifiques et symptomatiques.

1. Les complications de la chimiothérapie

a. Données générales

- Les complications de la chimiothérapie dominent largement les complications liées aux autres thérapeutiques et ce quel que soit l'âge.
- Les complications observées dans le service le sont au décours des cures, qui à l'exception de deux cas, sont toutes réalisées en milieu hospitalier.
- Les complications recensées sont plus nombreuses pour diverses raisons :
 - Les effets secondaires sont fréquents au décours d'une chimiothérapie, mais le sont en général plus lors de la mise en route du traitement. Dans notre étude, il ne s'agit que d'effets secondaires observés au décours de la chimiothérapie.
 - Les cures de chimiothérapie n'ont pas été prises séparément. Ainsi, pour certaines patientes, nous avons parlé d'un traitement chimiothérapique pouvant comprendre de une à six cures au maximum.

Globalement, on note 44 épisodes de complications pour 19 malades de plus de 70 ans, soit en moyenne 2,3 complications par personne contre 1,6 chez les moins de 70 ans. Nous n'avons pas constaté de différence significative.

b. Types de complications

- Les toxicités hématologiques, comme observées dans la littérature, viennent au premier plan des effets secondaires des agents anticancéreux. En fonction de l'âge, on constate :
 - Des aplasies non fébriles : 15 sur 44 chez les plus de 70 ans (34 %)
8 sur 26 chez les moins de 70 ans (30 %).
 - Des aplasies fébriles : 4 sur 44 chez les plus 70 ans (9 %)
5 sur 26 chez les moins de 70 ans (19 %).
 - D'autres effets secondaires (thrombopénie, anémie, neutropénie) :
14 sur 44 chez les plus de 70 ans (32 %)
5 sur 26 patientes chez les moins (19 %).
- Les toxicités digestives recensées sont relativement rares et ce pour plusieurs raisons (42) (43) :
 - Concernant les préventions des toxicités digestives, des progrès significatifs ont été obtenus ces dernières années dans le contrôle des nausées et des vomissements induits par des chimiothérapies moyennement ou hautement émétiques. Les médicaments correcteurs sont simples d'utilisation et relativement bien tolérés, associés au respect de bonnes pratiques et au respect des schémas d'administration. Dans un cas, le traitement par métoclopramide a été arrêté devant l'apparition d'un syndrome des neuroleptiques.
 - Les toxicités digestives sont le plus souvent observées au cours des 24 premières heures (vomissements aigus). Cela dépend des agents anticancéreux utilisés, comme le cisplatine. Le contrôle des vomissements retardés (au delà des 24 heures et pendant 2 à 4 jours) dépend de l'efficacité des traitements antiémétiques administrés au cours des 24 premières heures, et dans le cas contraire une association dexaméthasone, métoclopramide est très efficace.

- Les autres toxicités sont peu nombreuses, soit 10 cas de complications sur les 52 retenus post-chimiothérapie. Ces dernières sont bien connues et décrites dans la littérature tels que les troubles du rythme, les polynévrites ou l'ototoxicité liée au cisplatine.

2. Les complications post-radiothérapie

- Toutes les radiothérapies sont réalisées en externe, les malades étant pris en charge en continuité de soins dans le service.
- Les complications ou effets secondaires ont été observés au décours de séances de radiothérapie ou de curiethérapie.
- Les irradiations concernent essentiellement les cancers gynécologiques et en premier lieu les cancers du sein, et les cancers de l'endomètre, mais aussi les cancers à localisation broncho-pulmonaire, digestifs hauts et ORL.
- Près de la moitié des personnes irradiées ont présenté une complication (49,4 %). En fonction de l'âge, on remarque que 53,2 % de patientes âgées de plus de 70 ans ont présenté des complications, contre 44,1 % chez les moins de 70 ans. Il n'est pas constaté de différence significative de la survenue de complication :
 - plus de 70 ans, 30 complications sur 57, en moyenne : 1,2
 - moins de 70 ans, 18 complications sur 41, en moyenne : 1,2
- Les radiodermites et les troubles digestifs tels que « les colites radiques », sont les plus fréquents et concernent :
 - 16 personnes sur 57 de plus de 70 ans, soit 28,1 %
 - 11 personnes sur 25 de moins de 70 ans, soit 44,0 %
- Seules ont été prises en compte dans cette étude les radiodermites qui ont nécessité des soins locaux réguliers. Pour la plupart, il s'agit de radiodermites de bas grade avec érythème et phlyctène. Seuls deux cas graves sur les 17 radiodermites recensées ont été observés, induisant une prise en charge médicale et paramédicale plus longue, et une altération de la qualité de vie.
- Les troubles digestifs, et essentiellement les « colites radiques » ont été le plus fréquemment observés chez les patientes de plus de 70 ans traitées pour cancers gynécologiques. En général, les médicaments et les règles d'hygiène instaurés en prévention des effets secondaires, sont assez efficaces sur la symptomatologie colique. Cependant, on remarque que chez les patientes

âgées, les troubles du transit, et les douleurs coliques sont bien moins tolérés et peuvent entraîner plus rapidement une altération de l'état général, une dénutrition, voire un syndrome dépressif réactionnel.

- Comme les colites, les mucites sont responsables d'une dénutrition liée aux dysphagies qu'elles occasionnent, nécessitant des traitements par voie générale et de soins locaux importants.
- Les « poumons radiques » ou fibrose pulmonaire après radiothérapie demandent une prise en charge plus importante et dans la majorité des cas, une hospitalisation. Le traitement par corticothérapie à haute dose est le plus souvent efficace, s'il n'induit pas lui-même d'effets secondaires.

3. Les complications post-opératoires.

On a totalisé moins d'un tiers de complications suites aux interventions chirurgicales. Or, ces complications ne sont pas spécifiques à la cancérologie, à l'exception des lymphocèles et des lymphoedèmes dans les chirurgies du sein, des fistulisations aux organes de proximité lors d'une exentération pelvienne.

Les complications ont touché dans une même proportion les sujets de plus ou de moins de 70 ans (respectivement 23,8 % et 26 %).

Les troubles du transit (syndromes sub ou occlusif, les dysphagies) et les infections (localisées, ou généralisées) ont été plus observés chez les patientes âgées de plus de 70 ans.

Concernant les autres complications retrouvées (décompensation cardio-respiratoire, décompensation diabétique, infarctus du myocarde...), l'imputabilité du geste opératoire est difficile à prouver, et la comorbidité est en grande partie intriquée dans la survenue de ces complications.

4. Les complications liées aux autres traitements

Dans le chapitre précédent « résultats de l'enquête », nous avons développé un paragraphe relatif aux complications des morphiniques, et un autre aux complications observées sous morphiniques et corticoïdes. Il est plus difficile de retrouver l'imputabilité du médicament lorsqu'ils sont associés.

a. Les morphiniques

Relativement peu d'effets secondaires (14,5 %) ont été relatés sous morphiniques. Cela grâce à une bonne adaptation des posologies, de bonnes

indications et une prévention des principaux effets secondaires connus, tout particulièrement les troubles digestifs avec constipation.

On a recensé plus d'effets secondaires liés aux morphiniques chez les patientes de plus de 70 ans (16, 6 % contre 10 % chez les moins de 70 ans), ce qui cependant, ne constitue pas une différence statistiquement significative.

Les syndromes confusionnels sont également des complications chez les plus de 70 ans. Un surdosage en morphinique en est probablement à l'origine car ces épisodes confusionnels ont été rapidement résolutifs après diminution des posologies.

Les troubles digestifs tels que les syndromes occlusifs ont nécessité le transfert en milieu hospitalier.

b. La corticothérapie.

Peu de patientes ont présenté des complications liées à la corticothérapie, et il n'y a pas de différence significative selon l'âge.

Pour les plus de 70 ans, les effets secondaires sont principalement survenus chez des patientes aux antécédents de diabète ou ayant une prédisposition.

Les infections oro-pharyngées et/ou pulmonaires sont survenues dans un contexte de fragilité, de comorbidité, et les corticoïdes ont pu aggraver le tableau clinique par immunodépression.

c. L'hormonothérapie et diphosphonates

Cela touche un nombre faible de personnes et les effets secondaires y sont peu représentés.

- Sous hormonothérapie, une thrombophlébite a été rapportée chez deux patientes de plus de 70 ans. L'imputabilité du traitement n'a pu être réellement déterminée, une d'entre elles est survenue après une lourde intervention chirurgicale.
- Les diphosphonates : sur 22 traitements, seule une hypocalcémie a été retrouvée.

De manière générale, pour l'ensemble des tests non significatifs, l'effectif de patients étant restreint, le test du chi carré manque de puissance.

D. Incidences des complications et leur retentissement sur le séjour

1. Retentissement sur les durées moyennes de séjour

a. Incidences des pathologies sur la DMS

Grâce aux rapports d'activité réalisés dans le service, nous avons pu comparer les durées moyennes de séjour des patientes incluses dans notre étude à celles de patientes admises dans le service toutes pathologies confondues.

- En moyenne, les durées de séjour des personnes admises sans pathologies cancéreuses est de 40,2 jours.
- La DMS des personnes admises pour cancer en post-opératoire seul est de 43,5 jours.
- La DMS des personnes en radiothérapie est de 58,6 jours soit plus de 15,1 jours par rapport aux personnes en post-opératoire.
- La DMS des personnes en chimiothérapie est de 103,1 jours, soit :
 - Plus de 59,6 jours par rapport aux post-opératoires
 - Plus de 44,5 jours par rapport aux radiothérapies.

Globalement, les malades atteintes de cancer ont une durée moyenne de séjour supérieure de 19,5 jours à celle des personnes admises pour d'autres pathologies.

En effet, les patientes sont prises en charge dans le service de SSR durant la totalité des cures de chimiothérapie et/ou radiothérapie, surtout chez les plus de 70 ans, quand la réalisation en ambulatoire est impossible. Les pathologies cancéreuses nécessitent une prise en charge plus importante, en rapport avec des traitements « lourds » et en général longs.

b. Incidences des complications sur la DMS

Pour les patientes de plus de 70 ans ayant présenté des complications, les durées moyennes de séjour sont de 15,7 jours supérieures à celles n'ayant pas présenté de complications (plus 14 jours pour les moins de 70 ans).

- Pour les plus de 70 ans :
 - La DMS des personnes ayant présenté des complications est supérieure de 15,7 jours par rapport à celles qui n'en ont pas présenté.
 - En post-radiothérapie, la DMS des personnes après complications est supérieure de 16,2 jours à celles qui n'ont pas présenté de complications.
 - De même qu'en post-opératoire, la DMS des personnes ayant présenté des complications est supérieure de 13 jours par rapport aux autres patientes.
 - Par contre, la DMS des personnes ayant présenté ou non des complications en post-chimiothérapie est identique.

- Globalement :
 - la DMS des malades de plus de 70 ans ayant présenté des complications est supérieure de 3,9 jours par rapport aux moins de 70 ans.
 - la DMS des malades de plus de 70 ans n'ayant pas présenté de complications est supérieure de 2,1 jours par rapport aux moins de 70 ans.

Les complications sont en partie responsables d'un allongement de la durée des séjours. Elles aggravent l'état clinique initialement précaire, peuvent retentir sur l'état psychologique, l'autonomie, et majorent les difficultés sociales. Par contre l'âge ne semble pas avoir d'incidence sur les durées moyennes de séjour des patientes qu'elles aient ou non présenté des complications.

Les complications ont également des conséquences économiques, puisqu'en allongeant les durées de séjour, en moyenne de 14,9 jours tous âges confondus, on peut calculer un surcoût de 11 100 francs par personne (le prix de journée s'élevant à 745 francs en 1999). Puis viennent se rajouter le coût des soins prodigués, les traitements médicamenteux, le matériel nécessaire....

2. Retentissement sur les modes de sortie

Chez les personnes âgées de plus de 70 ans, les modes de sortie diffèrent selon que les patientes ont ou non présenté des complications et ce de façon statistiquement significative (test du χ^2 égal à 21,76 avec « p » égal à 0,0007). Pour les patientes plus jeunes, les complications influencent peu les modes de sortie ($p > 0,05$).

a. Les retours à domicile

- Pour les malades de plus de 70 ans ayant compliqué, le retour à domicile représente 41,9 %, contre 63,4 % chez celles qui n'ont pas compliqué.
- Pour les moins de 70 ans, le retour représente 67,4 %, et 76,2 % chez celles qui n'ont pas compliqué.

b. Les hospitalisations

La part des réhospitalisations est importante pour les patientes ayant présenté des complications : chez les plus de 70 ans, elles représentent plus de 30 % des modes de sortie. Sur ces 30 %, 20 % vont décéder des suites de la pathologie et des complications.

La part des réhospitalisations des patientes n'ayant pas compliqué est de 6 %. Elles sont liées soit à l'évolution de la pathologie, soit à une demande de bilans complémentaires.

c. Les décès

- Chez les plus de 70 ans ayant présenté des complications, ils représentent près de 47 %, (35 % pour les autres patientes).
- Chez les moins de 70 ans ayant présenté des complications, ils représentent 25,4 %, (23,7 % pour les autres patientes).
- Globalement :

35 personnes sont décédées et ont présenté une ou plusieurs complications par aggravation de la pathologie initiale ou aggravation d'une comorbidité.

40 personnes sont décédées sans présenter de complications, après l'évolution rapide de la maladie.

3. Le retentissement sur l'autonomie

L'évaluation de l'autonomie se réfère à l'échelle OMS.

Il ressort de cette étude une aggravation de la dépendance chez des patientes qui ont présenté une ou plusieurs complications, complications ayant nécessité un transfert en milieu hospitalier.

Les patientes ayant regagné leur domicile, ont récupéré une autonomie compatible avec le maintien, avec ou non renforcement du réseau de soutien.

Certaines complications sont souvent responsables de perte d'autonomie physique et/ou psychique, venant aggraver le tableau clinique préexistant.

Les exemples les plus caractéristiques chez les personnes âgées, sont les complications digestives qui dégradent rapidement un état général déjà estimé précaire, entraînant une dépendance physique, psychique, et sociale.

L'augmentation des durées de séjour en rapport avec les complications, a une répercussion sur l'autonomie et sur les modes de sortie qui sont autant de risques de dégradation de la qualité de vie et de risques de faire entrer les personnes âgées dans un véritable cercle vicieux, parfois, malheureusement irréversible.

CHAPITRE 5 : DISCUSSION

Cette étude a pour but, dans un premier temps, de relater les complications observées au décours de traitement dans le cadre de la pathologie cancéreuse. En comparaison avec la littérature, les complications observées sont bien connues et diffèrent peu, quel que soit l'âge.

Nous avons tenté de comparer la survenue de complications en fonction de l'âge (moins de 70 ans, plus de 70 ans). La comparaison a été assez difficile, car il s'agissait d'une population hétérogène, aux pathologies cancéreuses diversifiées, et aux traitements multiples.

Notre travail s'est ensuite intéressé aux incidences des complications ainsi que leur retentissement sur la qualité de vie des personnes âgées, prises en charge dans un service de soins de suite et de réadaptation (SSR). Dans ce chapitre, nous nous intéresserons à la qualité de vie des malades cancéreux, puis, aux moyens de prévenir les complications, et enfin aux incidences médico-psycho-sociales de ces complications.

A. La qualité de vie chez le cancéreux et les sujets âgés dans la littérature (44) (45)

Un malade cancéreux mérite, quel que soit son âge, de faire l'objet d'une évaluation préthérapeutique précise et personnalisée pour déboucher sur des perspectives thérapeutiques aussi favorables que possible. La variété des moyens disponibles, chirurgicaux, radiothérapiques, médicaux, permet heureusement de proposer, à chaque personne, un protocole de traitement adapté. Il faut aussi qu'une prise en charge adéquate respecte au mieux sa qualité de vie dans les mois ou les années qu'il lui reste à vivre (46).

De nos jours, le médecin est de plus en plus préoccupé par la qualité de vie de son patient. Une bonne qualité de vie passe alors dans certains cas par un non acharnement thérapeutique.

L'évaluation de la qualité de vie devient essentielle. C'est au début des années soixante-dix, que A.R. Feinstein, et D. Joyce ont développé le champ médical de mesure de la qualité de vie de patients (47).

Les instruments de mesure doivent permettre d'explorer toutes les dimensions de manière à percevoir l'homme dans sa globalité.

Il s'agit de questionnaires élaborés qui regroupent des items tels que, le physique, les émotions, le psychique, l'environnement social.

Les échelles de mesures sont multiples, mais ne peuvent s'appliquer à toutes les personnes car la qualité de vie est personnelle.

Les échelles de mesures sont multiples, mais ne peuvent s'appliquer à toutes les personnes car la qualité de vie est personnelle.

L'échelle de la qualité de vie, n'est pas seulement un instrument de mesure pour le médecin ; elle doit permettre d'apprécier, d'analyser, et d'exprimer le point de vue de l'intéressé (48) ou celui de l'entourage. Pour exemple, la liste de symptômes de Rotterdam est assez complète et prend en compte les maux physiques et les problèmes psychologiques. Il est proposé dans les pathologies cancéreuses des échelles plus spécifiques telles que : l'échelle FLIC (Functional Living Index Cancer), FACT-BR (Functional Assessment of Cancer Therapy-Brain), FP-QLI (Ferrans and Powers Quality of Life Index for cancer). Elles permettent de renseigner sur l'état physique fonctionnel, sur l'impact de la tumeur sur la vie sociale, et la vie psychique (3^{ième} congrès EANO septembre 98).

L'étude que nous avons réalisée prend en compte également les problèmes de qualité de vie. Nous allons développer les conséquences que peuvent engendrer les complications et donc leur retentissement sur celle-ci. Malheureusement aucune échelle n'avait été utilisée au cours des trois années étudiées. Toutes les données utiles ont été relevées à partir des dossiers de soins, notamment l'état psychique, l'état fonctionnel, le retentissement social et relationnel.

B. Risques et conséquences des effets secondaires et/ou des complications dans un service de soins de suite et de réadaptation

Le service de suite et de réadaptation travaille en pluridisciplinarité et en étroite coopération avec les services hospitaliers dans le but d'assurer une prise en charge cohérente des patients. Dans le cadre de la pathologie cancéreuse, le service a pour but la prise en charge globale et ultérieure des patientes traitées pour cancer, au sein d'un milieu extrahospitalier. Il permet de coordonner la continuité des soins, en particulier en cas de complications iatrogènes. L'entrée en SSR évite le maintien en milieu de soins de courte durée avec le risque de chronicisation qui s'y rattache (risque quand l'hospitalisation est supérieure à 8 jours, SROS 2^{ième} génération mai 1999).

La recherche bibliographique à ce sujet n'a pas permis de retrouver d'étude antérieure identique, concernant le devenir des patients âgés après complications ou effets secondaires liés aux traitements du cancer en SSR.

Notre étude a permis d'observer une différence de prise en charge liée aux problèmes secondaires dus aux complications, chez les sujets âgés de plus de 70 ans. Dans ce paragraphe, nous nous intéresserons aux « effets secondaires des effets secondaires ».

1. Conséquences sur l'évolution de la maladie cancéreuse.

a. Les risques physiques

La maladie cancéreuse nécessite une prise en charge médicale et pour certaines personnes, isolées ou âgées, une prise en charge psychique et sociale.

Les complications liées aux traitements sont souvent mal tolérées chez le sujet âgé. Elles peuvent être directement responsables :

- d'une altération de l'état général,
- d'une anorexie,
- d'une déshydratation,
- de douleurs qui se surajoutent,
- d'un alitement transitoire ou permanent... .

Les complications peuvent aussi bien majorer une perte d'autonomie préexistante, ou en être à l'origine.

Enfin, elles peuvent être à l'origine d'une aggravation des symptômes préexistants en rapport avec la fréquente comorbidité.

b. Les risques psychiques

Nous avons vu que les complications pouvaient majorer les troubles psychiques préexistants, chez des patientes cancéreuses, et déjà très inquiètes de leur pathologie.

Les symptômes psychiques sont majorés ou apparaissent à la suite de complications, tels que : angoisses, anxiété, désinvestissement et refus de soins, syndrome dépressif. Il en est de même pour les troubles cognitifs.

Les complications peuvent aussi être responsables d'une aggravation des troubles cognitifs préexistants.

2. Les risques liés aux thérapeutiques de la ou des complications

Le traitement des complications doit répondre à toutes les précautions propres aux personnes âgées.

- La voie intra-veineuse est très utile, mais elle peut être facteur d'immobilisation et d'alitement, d'où l'intérêt de mettre en place une

voie veineuse centrale lors de l'hospitalisation, lorsqu'on le juge nécessaire.

- La voie sous-cutanée peut s'avérer utile de façon transitoire lors d'un état de déshydratation secondaire à des troubles digestifs, de dénutrition lors d'une dysphagie post-radiothérapie... et sont responsables d'un alitement, avec tous les risques du décubitus.
- Il faut autant que faire se peut, éviter une iatrogénie supplémentaire lorsqu'un traitement d'une complication est mis en route, avec risque d'effets indésirables surajoutés et risque d'interférences médicamenteuses accrues.
- Les traitements peuvent être à l'origine de décompensation d'une pathologie sous-jacente telle que le diabète lors de la mise en route d'une corticothérapie.
- Les traitements mis en route doivent être justifiés en fonction du rapport bénéfice/risque.

Pour exemple :

- Les aplasies fébriles nécessitent la prescription d'une bi-antibiothérapie, qui associe une bêta-lactamine et un aminoside avec éventuellement un antifongique. L'hospitalisation est préférable, mais le SSR peut prendre en charge le patient, en accord et en collaboration avec les services d'hospitalisation.
- Les troubles digestifs post-radiothérapiques nécessitent la prescription d'antispasmodiques et/ou de laxatifs, associée à des règles hygiéno-diététiques.
- Pour les troubles digestifs des traitements chimiothérapiques tels que les nausées et les vomissements, les thérapeutiques sont variées et ont été décrites précédemment (corticoïdes, benzamides, phénothiazines, ondansétron...).

3. Le risque social

En rapport avec les risques physiques et psychiques pouvant s'observer au décours de complications, se multiplient les difficultés de prise en charge ultérieure, en vue du retour à domicile.

Pour les personnes dont l'entourage est déjà très présent, les conséquences en sont moins ressenties. Par contre, lorsqu'un problème social préexiste (solitude, absence d'aides, habitat inadapté), il est certes majoré par la maladie cancéreuse et encore plus lors de complications.

4. Conséquences sur la qualité de vie durant le séjour

a. Estimation de la qualité de vie

La qualité de vie durant le séjour est estimée pour chaque personne lors de réunions de synthèse quotidiennes en tenant compte de critères médico-psycho-sociaux.

L'estimation de la qualité de vie, antérieure à l'hospitalisation et durant le séjour, est réalisée par l'ensemble de l'équipe par un interrogatoire de la famille, du patient, et de l'entourage.

Elle prend en compte :

- Les conditions d'habitat, comprenant le confort intérieur, le chauffage...
- Le mode de vie tel que les sorties, les relations sociales...
- L'entourage, la famille, les voisins, les aides à domicile (téléalarme, aide ménagère, SSIAD...).
- L'autonomie physique comprenant la marche, les transferts, les actes de la vie quotidienne (les tâches ménagères, la toilette, l'habillage).
- L'autonomie psychique.

Cette évaluation est réalisée à l'arrivée de la personne et doit être réactualisée durant le séjour. Elle permet d'apprécier l'impact de la maladie, du traitement et des éventuelles complications, ainsi que le bien-être physique, psychique et social. Elle reste subjective et difficile à évaluer.

b. Critères pris en compte

• Les critères physiques et fonctionnels :

La douleur : elle est plus souvent en rapport avec l'évolution de la maladie que liée aux effets secondaires des traitements. Le renforcement des traitements antalgiques, en particulier les morphiniques, ont des effets secondaires fréquents à leur instauration (sommolence, confusion...) altérant la qualité de vie.

L'appétit : il est un élément important de la qualité de vie. Conservé, il est le point crucial du maintien d'un bon état général. Dégradé, il devient rapidement un facteur d'évolution défavorable.

Le sommeil : respecté, il maintient l'équilibre nycthémeral, évitant les somnolences diurnes et le confinement au fauteuil, qui limitent les activités et les relations.

Les troubles digestifs : fréquents, en l'absence de prévention ils peuvent devenir graves, responsables de déshydratation, d'inappétence... .

L'autonomie physique : les aides apportées dans les actes de la vie quotidienne sont importantes afin d'éviter les risques encourus lors d'un confinement au lit ou au fauteuil, secondaire à la maladie et majoré par les complications.

- **Les critères psychologiques :**

Les sensations de mal-être accompagnent souvent un syndrome anxio-dépressif, des angoisses réactionnelles aux complications.

Une dégradation de l'autonomie psychique diminue rapidement les espoirs de retour à domicile.

- **Les critères sociaux :**

Le maintien des relations sociales reste primordial, tant avec l'ensemble du personnel qu'avec les autres malades.

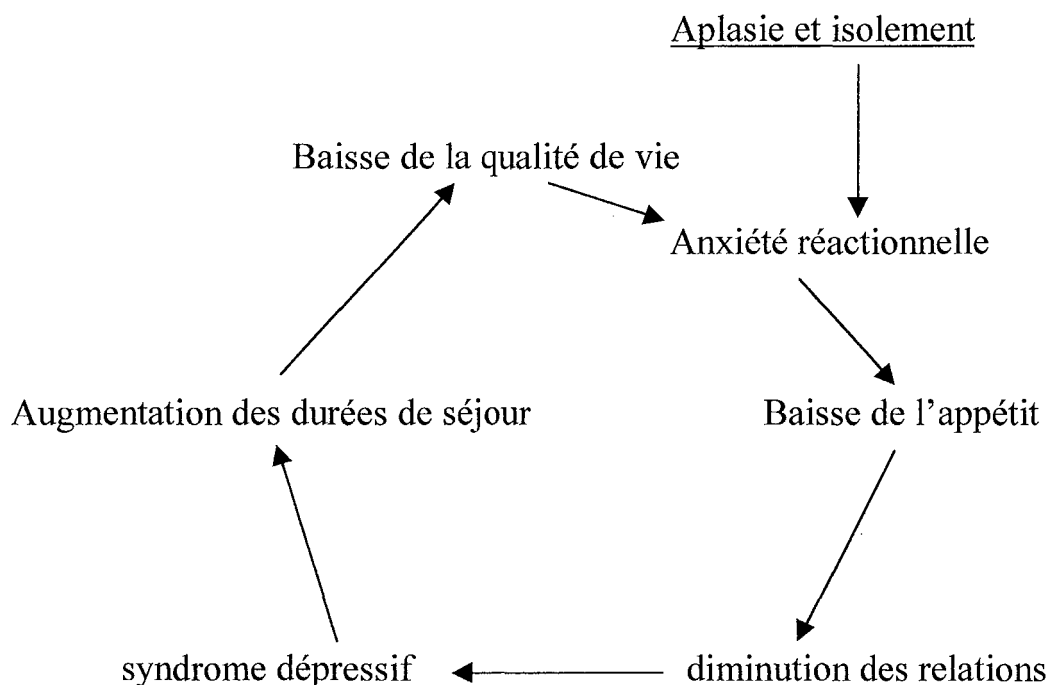
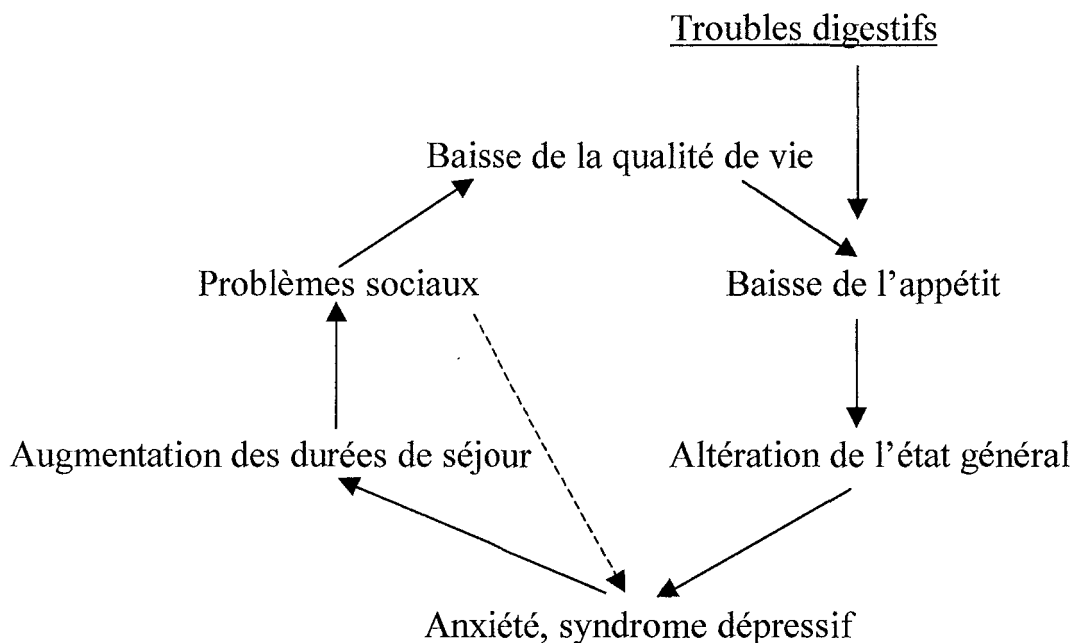
Une bonne qualité de vie passe aussi par la présence régulière de l'entourage.

Tous ces critères sont à prendre en compte dans le cadre de la pathologie cancéreuse et leur prise en charge doit être renforcée chez les sujets âgés, qui présentent fréquemment des troubles du sommeil, du transit, des fonctions cognitives... .

Les complications ne font qu'accroître les troubles fonctionnels préexistants.

c. Évolution de la qualité de vie en fonction de certaines complications

Les complications font souvent entrer les malades dans de véritables cercles vicieux, par exemple :



5. Conséquences sur les durées de séjour

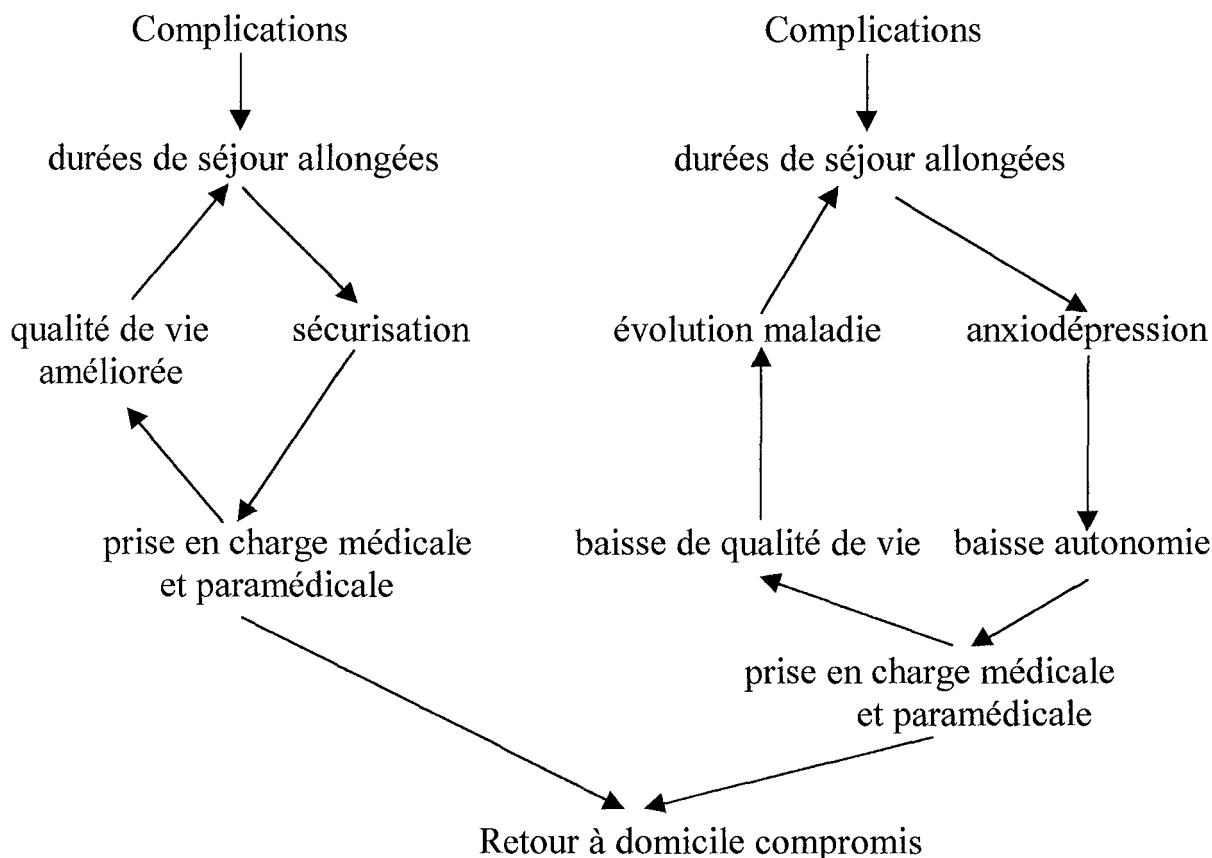
Dans le chapitre précédent, nous avons constaté que les pathologies cancéreuses, avec ou sans complication augmentent les durées moyennes de séjour.

Les demandes de prolongations de séjours émanent :

- **Des médecins** : leurs demandes sont médicalement justifiées quand les complications nécessitent des traitements et une surveillance intensifs, réguliers, de réalisation difficile ou impossible à domicile.
- **Des malades** : leurs demandes sont en rapport avec différents problèmes psycho-sociaux de retour à domicile qui sont généralement :
 - des conditions d'hygiène insuffisantes,
 - l'isolement, la solitude,
 - des ressources financières insuffisantes pour assurer les aides,
 - l'anxiété face au retour liée à une insécurité,
 - un syndrome dépressif sévère et une aggravation de la dépendance liés à la maladie ou aux complications.
- **Des familles** : la prise en charge est souvent impossible par les enfants, qui travaillent ou qui sont eux aussi malades, âgés... . Les familles préfèrent une prise en charge spécialisée, par crainte des risques évolutifs.

La prolongation des durées de séjour peut avoir deux conséquences opposées :

- Une sécurisation des malades et des familles quand le retour à domicile est responsable d'angoisse et d'anxiété. La prise en charge médicale et paramédicale permet d'améliorer la qualité de vie durant le séjour, mais cette amélioration est souvent passagère et l'anxiété risque de se majorer. En outre, plus les séjours sont longs, plus le retour à domicile dans de bonnes conditions est compromis.
- Un syndrome dépressif, lorsque le retour à domicile est désiré. La qualité de vie se dégrade, avec un risque de désinvestissement rapide, un laisser-aller, parfois plus néfaste que la complication elle-même.



Concernant le surcoût occasionné par l'augmentation des durées de séjour en rapport avec la ou les complications, il peut être discuté car une prise en charge en service d'hospitalisation aiguë coûte plus chère à la société qu'en service de soins de suite et de réadaptation.

6. Conséquences sur les modes de sortie

a. Le retour à domicile

Il est possible et dépend des conditions de vie, du soutien de l'entourage, des conditions sociales, de l'organisation du réseau de soins.

b. Les hospitalisations

Elles sont souvent nécessaires, toutes les complications ne pouvant pas être prises en charge sur place.

c. Les décès

Ils résultent de l'évolution de la maladie, mais les risques de décès sont aggravés et majorés par la survenue de complications.

7. L'information des malades en cas de complications

Chez les personnes âgées en particulier, cette information se doit d'être progressive et surtout cohérente au sein des équipes soignantes. Elle dépend en grande partie des informations préalablement données aux personnes, au cours de leurs séjours en milieu hospitalier.

a. Les complications survenant chez des malades informés de leur pathologie

Les complications venant s'ajouter au tableau clinique, peuvent être responsables de réactions diverses selon l'individu.

Par ordre décroissant de fréquence on note essentiellement :

- L'anxiété et les angoisses qui se majorent à court et à moyen terme.
- La révolte à l'encontre de l'évolution avec parfois demande de réhospitalisation pour une nouvelle prise en charge.
- L'indifférence, surtout chez les sujets âgés, avec résignation et demande de « mort anticipée ».

b. Les complications survenant chez des malades ignorant la pathologie

Il peut s'agir de deux catégories de malades :

- Les patients chez qui le non-dit est « médicalement correct », qui peut concerner les malades présentant des troubles cognitifs, anciens ou en rapport avec la pathologie (métastases cérébrales). Les complications ne modifient guère leurs comportements, mais risquent de majorer les troubles préexistants et précipiter l'évolution de la maladie.
- Les malades ignorant leur maladie, par défaut d'information préalable parfois encore volontaire mais de plus en plus rarement, ou à la demande des familles. En cas de complication, la première réaction est l'incompréhension. L'information devient délicate voire impossible,

avec une attitude secondaire méfiante, de révolte et d'agressivité vis-à-vis des médecins et de l'équipe soignante, ainsi qu'une perte de confiance.

- Exceptionnellement, les proches du malade n'ont pas été informés et l'information doit être donnée dans le respect et la dignité de la personne.

C. Les préventions des complications

Les effets secondaires et les complications, comme vu précédemment sont responsables de l'aggravation des risques médico-psycho-sociaux. Plus la personne est âgée, plus le risque augmente.

Les séjours en SSR, globalement plus longs qu'en service de soins de suite de courte durée, permettent une évaluation régulière des possibilités de retour dans le lieu de vie habituel. La survenue de complications oblige à des réévaluations et entraîne souvent des prolongations de séjours.

Assurer une bonne qualité de vie durant le séjour passe par une prévention globale afin d'autoriser et de favoriser le plus souvent possible un retour dans le lieu habituel de vie, dans des conditions optimales.

1. Prévention des risques iatrogènes

Les préventions sont essentielles chez toutes les personnes, et particulièrement chez les personnes âgées souvent fragilisées par une comorbidité.

Quelques règles sont à respecter et à prendre en compte :

- Être vigilant sur l'apparition de symptômes pouvant être jugés banaux.
- Traiter rapidement en respectant les règles de prescription.
- Eviter tout traitement risquant d'aggraver une pathologie sous-jacente.
- Bien évaluer le rapport bénéfice/risque.

Concernant les effets secondaires de la chimiothérapie (42) :

- La prévention chez les sujets âgés doit prendre en compte les changements physiologiques liés à l'âge.

- Un certain nombre de médicaments peuvent moduler la réponse des tissus normaux et interférer avec les mécanismes de toxicité.
- Dans les vomissements nous avons déjà parlé des antagonistes du récepteur 5 HT3, et de la dexaméthasone.
- Dans la prévention de la toxicité hématologique, l'administration de facteurs de croissance hématopoïétique (G-CSF) est très efficace, raccourcit la durée de l'aplasie et diminue les risques d'infections. Ils sont rarement utilisés chez les personnes âgées, et le plus souvent prescrits en milieu spécialisé.
- La prévention passe également par le respect de la dose cumulée, ce qui est le cas pour les anthracyclines dont la toxicité cardiaque est dépendante de la dose cumulée. Pour d'autres agents tels que le cisplatine, la prévention implique le respect des doses et des conditions d'administration (hydratation pré et post cisplatine, perfusion prolongée...).
- L'utilisation de traitements préventifs permet de réduire la morbidité liée aux traitements anticancéreux, et ainsi d'améliorer la qualité de vie des patients.
- La prévention permet aussi d'augmenter l'intensité des doses si cela est nécessaire.
- Chez le sujet âgé, si l'on tient compte des modifications physiologiques, des contre-indications à différents médicaments et des règles d'administration, la tolérance physique et physiologique est identique à celles des sujets jeunes.

Actuellement, devant les conséquences des complications (inconfort du patient, nécessité d'abandon du traitement, surcoût...), sont apparus des traitements chimioprotecteurs, qui protégeraient sélectivement les tissus sains de la toxicité des médicaments anticancéreux. Parmi ceux-ci, on retient l'amifostine, dexrazoxane, le mesma (43).

2. Prévention des risques physiques

Il faut évaluer les possibilités physiques des personnes, car les complications n'excluent pas la poursuite d'activité (transfert, marche, toilette...).

En cas de complication, il faut éviter le plus possible les risques d'une immobilisation prolongée, et il faut majorer les préventions des risques de

décubitus. Une alimentation équilibrée, en sachant respecter certains désirs, fait partie intégrante de cette prévention.

Pour les malades en soins palliatifs, il faut savoir arrêter certains traitements, tout en restant symptomatique.

3. Prévention du risque psycho-social

Elle nécessite une information cohérente des patients et des familles, sans minimiser ni majorer les risques en rapport avec la complication.

Il faut savoir évaluer le degré des troubles anxiodépressifs réactionnels, afin de mettre en place s'il s'avère nécessaire, un traitement adapté (antidépresseurs, anxiolytiques) et favoriser autant que possible les soins relationnels. Il faut éviter de confiner les patients dans leur chambre. Il est important de préserver des relations sociales, non seulement avec l'équipe soignante mais aussi avec les autres malades.

En cas de complication, une baisse de l'autonomie nécessite une réévaluation des possibilités de retour à domicile :

- mise en place d'un réseau de soins auparavant inexistant,
- adaptation de l'habitat,
- renforcement des aides à domicile,
- rester en contact régulier avec les familles.

CONCLUSION

Les cancers les plus fréquemment rencontrés dans notre étude, chez les personnes de plus de 70 ans, sont des cancers digestifs et gynécologiques. En revanche, les cancers observés chez les moins de 70 ans sont plus fréquemment des cancers du sein devant les cancers digestifs et génitaux.

Les traitements spécifiques (chimiothérapie, radiothérapie) sont plus souvent prescrits chez les patientes de moins de 70 ans, tous types de cancers confondus. Cela dépend bien sûr du prescripteur et des indications (type de cancer, stade évolutif, âge physiologique et polypathologie).

Tous traitements confondus, les complications iatrogènes survenues chez les patientes âgées de plus de 70 ans sont moins fréquentes que chez les plus jeunes. La différence s'explique par la prescription plus importante des traitements spécifiques plus invasifs chez les sujets jeunes et probablement par les précautions prises chez les plus âgées en rapport avec le rapport bénéfice/risque.

Par types de traitements, nous n'avons pas observé de différence significative de la survenue de complications iatrogènes, en fonction de l'âge. Les complications ou effets secondaires rencontrés sont bien connus des médecins et décrits dans la littérature, l'âge n'intervient pas sur leur apparition.

Les patientes admises pour cancer dans le service de soins de suite et de réadaptation, ont une durée moyenne de séjour plus importante que celle des patientes admises pour d'autres pathologies, les pathologies cancéreuses nécessitant en général, une prise en charge plus importante, en rapport avec des traitements lourds et longs.

Les complications sont en partie responsables d'un allongement de la durée de séjour et ce quel que soit l'âge. Par contre, chez les patientes de plus de 70 ans ayant présenté des complications, les modes de sortie diffèrent par rapport aux patientes n'en ayant pas présenté : les réhospitalisations sont importantes (30% des patientes ayant compliqué), suivies de 20 % de décès, et les retours à domicile diminuent.

L'incidence des complications, chez les personnes âgées, se ressent d'autant plus que ces patientes présentent en général sur le plan médical psychique ou social des problèmes accrus tels que : une polypathologie, une comorbidité, un isolement affectif, un isolement social... .

Les complications peuvent être à l'origine d'une cascade de pathologies ou d'événements qui peuvent être eux-mêmes responsables:

- d'une majoration des conséquences médico-psycho-sociales de la maladie cancéreuse,
- d'une majoration de symptômes préexistants en rapport avec la fréquente polypathologie,
- d'une majoration des syndromes psychiques préexistants ou se révélant à l'occasion des complications,
- d'une majoration fréquente d'une perte d'autonomie,
- d'une majoration du risque social par multiplication et intrication des problèmes en rapport avec les possibilités de prise en charge à domicile.

Les complications peuvent faire entrer les personnes âgées dans un véritable cercle vicieux : une prise en charge globale s'avère donc utile et nécessaire. Une évaluation antérieure des risques médico-psycho-sociaux de chaque patiente admise dans le service peut être pertinente pour aboutir à des propositions préventives.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

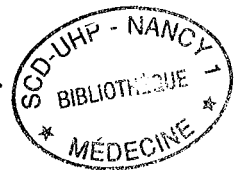
- (1) LE COUTOUR X., CARDONA-LAMY V.
Personnes âgées : démographie, aides économiques et sociales,
institutions sanitaires et sociales.
Rev. Prat., 1997, 47, 1837-1840.
- (2) VAETH J.M. MEYER J.
Cancer and the Elderly.
Basel : Vaeth J.M. Meyer J., 1986, 199 p.
- (3) Actualités Gérontologiques de l'Est (1990, Strasbourg),
Les cancers au-delà de 70 ans.
Nancy : COPY 2000, 1991, 85 p.
- (4) BRUN B. PIEDBOIS P.
Chimiothérapie anticancéreuse (hormonothérapie incluse)
Classification, mode d'action, principaux effets secondaires.
Rev. Prat., 1994, 44, 2367-2377.
- (5) BRUN B. PIEDBOIS P.
Chimiothérapies anticancéreuses (hormonothérapie incluse).
Classification et principaux effets secondaires.
Rev. Prat., 1998, 48, 1587-1600.
- (6) PETIT J.C.
Comment je traite une aplasie médullaire post-chimiothérapie non
planifiée.
J. Med. Strasbourg, 1995, 26, 247-248.
- (7) PAULE B. BRION N.
Prévention des complications. Chimiothérapie anticancéreuse.
Presse Med., 1998, 27, 2113-2119.
- (8) SOTIRIOU C. SCULIER J.P.
Toxicité cardiovasculaire de la chimiothérapie anticancéreuse : cinq
observations réalisées en soins intensifs.
Rev. Med. Brux., 1995, 16, 65-67.
- (9) DEVEAUX P.
Toxicité cardiaque du cysplatyl.
Th : Méd. : Nancy I : 1994 ; 39.

- (10) BROUSSE C. BAUMELOU E. MIGNOT L.
Hypocalcémie par hypomagnésémie au cours d'un traitement par cisplatine.
Rev. Med. Interne, 1996, 17, p 498.
- (11) BARON F. BEGUIN Y.
Complications hépatiques de la chimiothérapie. De la cytolyse banale à la maladie veino-occlusive du foie.
Rev. Med. Liège, 1997, 52, 93-97.
- (12) PEYRADE F. TAILLAN B. LEBRUN C. BENDINI J.C. PASSERON C.
Hyponatrémie au cours des traitements par cisplatine.
Presse Med., 1997, 26, 1523-1525.
- (13) CAVERZACIO DELAUNAY Christine
Toxicité pulmonaire de la bléomycine et du méthotrexate au cours des chimiothérapies antitumorales par protocole M BACOD.
Th : Méd. : Nancy : 1993 ; 94.
- (14) AUCLERC G. WEIL M. BOREL C. KHAYAT D.
Traitement du cancer primitif du sein de la femme âgée.
Presse Med., 1992, 21, 1631-1635.
- (15) FEUILHADE F. MARTIN L. CALITCHI E. OTMEZGUINE Y.
Le cancer du sein de la femme âgée. Propositions thérapeutiques à partir de l'analyse de 150 cas traités dans le département de cancérologie du CHU Henri Mondor et de la revue de la littérature.
Rev. Geriatr., 1995, 20, 85-96.
- (16) MICHAEL DIXON J.
Treatment of elderly patients with breast cancer.
Br. Med. J., 1992, 304, 996-997.
- (17) MORNEX F. LARTIGAU E. COSSET JM.
Radiothérapie. Notions radiobiologiques, principaux effets secondaires.
Rev. Prat., 1997, 47, 1123-1128.
- (18) MORNEX F. FAVAUDON V. MAZERON J.J.
Action des radiations sur les cellules malignes.
Rev. Prat., 1994, 44, 8, 1003-1009.

- (19) BALMER MAJNO S. ALLAL A.S. MIRALBELL R. et al.
Radio-oncologie. Un traitement combiné comprenant une radiothérapie peut augmenter les chances de survie des cancéreux.
Med. Hyg., 1998, 56, 105-108.
- (20) HOUSSET M.
Principes de la curiethérapie.
Rev. Prat., 1994, 44, 8, 1040-1043.
- (21) MICHEL-LANGLET P. RAOUL Y. MARTIN D.
Oncologie Radiothérapique.
Paris : Masson, 1996, 297 p.
- (22) LARTIGAU E. DHERMAIN F.
Effets immédiats des radiations sur les tissus sains.
Rev. Prat., 1994, 44, 8, 1012-1015.
- (23) COSSET J.M. CHAUVEINC L. DUBRAY B.
Effets tardifs des radiations sur les tissus sains.
Rev. Prat., 1994, 44, 8, 1016-1020.
- (24) WORRETH M. TEVAEARAI H. DOUGLAS P. GIVEL J.C. CHAPUIS G.
Complications intestinales tardives de la radiothérapie du petit bassin.
Med. Hyg., 1994, 52, 1758-1762.
- (25) DELATTRE J.Y. AMERI A. ALBUQUERQUE L. POISSON M.
Complications cérébrales de la radiothérapie.
Ann. Med. Interne, 1994, 145, 2, 125-132.
- (26) MAYER V.
Complications respiratoires de la radiothérapie.
Th : Méd. : Nancy I : 1997 ; 146.
- (27) KLEIN R.
Les radio-lésions coliques tardives.
Th : Méd. : Nancy I : 1990 ; 194.
- (28) BALMER MAJNO S. KURTZ J.M.
Plexopathies brachiales radio-induites chez les patientes traitées pour un cancer du sein.
Med. Hyg., 1996, 8924, 1228-1230.

- (29) PRADAT P.F. POISSON M. DELATTRE J.Y.
Neuropathies radiques : Données expérimentales et cliniques.
Rev. Neurol., 1994, 150, 10, 664-677.
- (30) DURUPT S. BOMBARON P. GERINIERE L. et al
Pleurésie tardive : une complication rare de la radiothérapie thoracique.
Presse Med., 1998, 27, p 762.
- (31) LEGRAIN S. KAGAN Y.
Guide pratique de gériatrie (2ième Édition)
Paris : MMI Éditions, 1998, 732 p.
Collection Médiguides.
- (32) SCHEEN A.J.
Particularités de la pharmacothérapie chez le sujet âgé.
Rev. Med. Liège, 1997, 52, 4, 201-204.
- (33) BOUCHON J.P.
Le vieillard et les médicaments.
Rev. Prat., 1990, 40, 1357-1392.
- (34) LEGRAIN S.
Les accidents iatrogéniques chez le sujet âgé. Il faut toujours une bonne raison pour prescrire un nouveau médicament chez une personne âgée.
Rev. Prat., 1997, 11, 403, 60-63.
- (35) ROBERT J.
Age et pharmacocinétique des anticancéreux.
Rev. Geriatr., 1995, 20, 2, 103-108.
- (36) JOLLIET P. BARRE J. HAMON B. PIETTE F. TILLEMENT J.P.
Pharmacologie du sujet âgé.
Modification de la réponse pharmacodynamique à une concentration donnée de médicament et modification des mécanismes de régulation.
Ann. Med. Interne, 1995, 146, 5, 328-334.
- (37) COLIN B. BEGG PHD. PAUL P.
Clinical Trial and Drug Toxicity in the Elderly.
The experience of the Eastern Cooperative Oncology Group.
Cancer, 1983, 52, 1986-1992.

- (38) HOERNI B. CHAUVERGNE J.
Particularités de la chimiothérapie anticancéreuse chez le sujet âgé.
L'âge n'est pas une contre-indication.
Rev. Prat. Med. Gen., 1989, 80, 22-24.
- (39) BECK H. ROSENZEWEIG P. CHARLES I.L. VAUTIER F.
Prévalence et aspects anatomo-cliniques des cancers dans une unité de
moyen séjour.
Rev. Geriatr., 1995, 20, 2, 109.
- (40) BRUGERE J. RODRIGUEZ J. POINT D. AGRAWAL D.
Les cancers des voies aéro-digestives supérieures dans le grand âge.
Rev. Geriatr., 1995, 20, 109.
- (41) COLLARD O. NOUYRIGAT P. VALLICIONI D. WENDLING J.L.
La corticothérapie en oncologie et en hématologie.
Concours Med., 1998, 120, 41, 2961-2964.
- (42) PAULE B. BRION N.
Chimiothérapie anticancéreuse. Prévention des complications.
Presse Med., 1998, 27, 39, 2113-2118.
- (43) CHVETZOFF G. BONNOTTE B. CHAUFFERT B.
Chimiothérapie anticancéreuse. Prévention de la toxicité.
Presse Med., 1998, 27, 39, 2106-2112.
- (44) JASMIN C. LEVY JAY A. BEZ G.
Cancer et sida... La qualité de vie (1^{re} édition)
Paris : Synthélabo Groupe, 1996, 280 p.
Collection les empêcheurs de penser en rond.
- (45) JASMIN C. BUTLER R.
Longévité et qualité de vie, défis et enjeux.
Paris : Institut Synthélabo, 1999, 402 p.
Collection les empêcheurs de penser en rond.
- (46) HOERNI B.
Y a-t-il une cancérologie propre au sujet âgé ?
Rev. Prat. Med. Gen., 1990, 90, 35-36.
- (47) JASMIN C.
Qualité de vie et cancer. Améliorer les soins.
Concours Med., 1996, 118, 22, 1537-1539.



- (48) KAGAN Y.
Dictionnaire de pratique gérontologique.
Paris : Editions Frison Roche, 1996, p 638-644.



VU

NANCY, le **1^{er} MARS 2000**

Le Président de Thèse

NANCY, le **6 MARS 2000**

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur **F. PENIN**

Professeur **J. ROLAND**

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE

NANCY, le **13 MARS 2000**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY 1

Professeur **C. BURLET**

RÉSUMÉ DE LA THÈSE :

Ce travail s'appuie sur l'étude rétrospective des dossiers médicaux et paramédicaux de 286 patientes atteintes de pathologies cancéreuses (quel que soit leur stade évolutif), hospitalisées en service de soins de suite et de réadaptation de l'O.H.S. de Flavigny sur Moselle entre 1996 à 1998.

L'étude s'est intéressée à l'apparition d'effets secondaires ou de complications liés aux différentes thérapeutiques (étiologiques et/ou symptomatiques) instaurées dans le cadre de ces pathologies cancéreuses.

Le but de cette étude est de comparer la survenue de ces événements en fonction de l'âge (patientes de moins de 70 ans versus patientes de 70 ans et plus), et de mettre en évidence l'incidence des complications et leur retentissement sur la qualité de vie chez les sujets âgés.

Ceci permet de montrer la nécessité d'une prise en charge préventive et globale, médico-psycho-sociale, afin de contrôler les risques encourus par nos patients.

TITRE EN ANGLAIS :

Side effects of drug toxicity on elderly female cancerous patients, incidence on follow-up treatment and physiotherapy in a continuing care and rehabilitation service.

THÈSE : MÉDECINE GÉNÉRALE – ANNÉE 2000

MOTS CLEFS :

Cancer, personnes âgées, complications iatrogènes, qualité de vie.

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'U.F.R. :

Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la forêt de France
54035 VANDOEUVRE – CEDEX NANCY Cedex
