

Cancers cutanés de la personne âgée

Quand les traiter ou ne pas les traiter ?

Les cancers cutanés sont extrêmement courants chez la personne âgée, puisqu'il n'en existe pas de plus fréquent. Dans le grand âge, patients et famille peuvent être tentés de ne rien faire, de demander qu'on les « laisse tranquille ». Dans ce contexte, il est nécessaire que les médecins de premier recours prennent en compte et sache expliquer à leur patient la grande capacité de dégâts locaux des cancers cutanés, qui est rapide et diminue nettement la qualité de vie des patients.

On estime que les cancers de la peau représentent plus de 80% des cancers diagnostiqués dans le monde. L'exposition solaire et l'âge sont tout deux des prédictors efficaces du risque de cancer de la peau. L'augmentation de l'espérance de vie, constante depuis l'après-guerre, laissait suggérer une croissance soutenue et accélérée des cas de cancers cutanés, ce qui a été vérifié par de nombreuses études. Dès lors, on peut dire que ceux qui ont la chance de vivre vieux auront la « chance » de développer au moins un cancer de la peau. Et hormis les pédiatres, tous les médecins de premier recours y seront confrontés dans leur routine.

Mais lorsque le corps ou l'esprit donnent des signes de faiblesse, engageant alors le pronostic vital et/ou la qualité de vie, est-ce que le traitement des cancers de la peau devient de l'acharnement thérapeutique ? Après tout, comme dans toute situation médicale, les critères d'efficacité et d'économicité doivent être pris en compte par le praticien, qu'il soit spécialiste ou non. Nous osons donc poser ici la question suivante.

Quand est-il opportun de traiter, ou de ne pas traiter, ces cancers ? Pour répondre à cette question, une analyse holistique du cas est nécessaire. Elle doit considérer aussi bien les conséquences de l'acte que de l'abstention, et ce sur plusieurs mois. Ceci ne peut se faire qu'en prenant compte l'évolution naturelle / potentielle de la maladie. Comme celle-ci varie en fonction du type de cancer de peau,



Fig. 1: Carcinome spino-cellulaire, faisant 2 cm de diamètre 6 mois plus tôt. La chirurgie est devenue trop lourde, une radiothérapie est proposée



Fig. 2: Carcinome mixte (baso-cellulaire et spino-cellulaire), entraînant une rétraction de la paupière, un ectropion, des conjonctivites récidivantes

il est essentiel d'obtenir une bonne analyse histologique. A notre avis, un geste chirurgical à but diagnostique (biopsie ou excision) est donc toujours raisonnable, hormis en phase de soins palliatifs. Prenons l'exemple d'un lymphome cutané de type mycosis fongoides, survenant chez la personne très âgée. Ce cancer est d'évolution indolente, et il ne nécessite donc souvent que peu de suivi ou de soins. En contre exemple, prenons le cas du carcinome de Merkel ou du mélanome. Laissés en place, ces deux cancers agressifs vont donner naissance à des métastases ganglionnaires puis centrales, ce que tous les praticiens connaissent bien. Mais ce qui a été oublié, c'est que la tumeur primaire, tout comme les métastases ganglionnaires, grandissent jusqu'à s'ulcérer, et ceci en quelques mois. A ce stade, la tumeur est exsudative, faisant perdre des quantités non négligeables de sang ou de sérum, pouvant entraîner anémie et carence en protéines, sources de fatigue pour le patient. A ce stade, la tumeur sent excessivement mauvais et peut défigurer le patient. Pour ces trois raisons, la plaie doit être couverte. A ce stade

enfin, la tumeur peut être très douloureuse, particulièrement lorsque les pansements sont changés. Et ceci n'est pas l'apanage du mélanome ou du carcinome de Merkel. Des cas similaires, dans le contexte de carcinomes baso-cellulaires ou spino-cellulaires, sont malheureusement trop courants en Suisse (fig. 1-3). Car, malgré leur capacité de métastatisation faible, ces cancers extrêmement courants (probabilité de 90% chez les plus de 90 ans d'avoir un carcinome de type épidermoïde), ont une grande agressivité locale, souvent méconnue. Attention aussi à ne pas négliger l'impact sur l'entourage. Les familles sont souvent catastrophées de l'impact esthétique des



Dr François Kuonen
Lausanne



PD Dr Olivier Gaide
Lausanne

cancers, surtout ceux de la face. Les équipes médicales d'EMS se sentent souvent démunies devant la quantité de soins que requiert le cancer, et devant les douleurs engendrées lors des changements de pansement. L'odeur nauséabonde peut aller jusqu'à gêner aussi bien cette équipe que les co-pensionnaires d'EMS, le cas échéant, bien que ceci puisse être amélioré par un pansement couvrant au charbon.

Management des cancers cutanés

Ainsi, indépendamment de leur pronostic vital, les cancers de la peau induisent, pour la plupart, une morbidité locale importante, cela en quelques mois seulement. Il faut donc poser la question suivante: puis-je affirmer que mon/ma patient/e va décéder avant que la tumeur ne pose problème, c'est-à-dire dans les prochains mois ou années? Si la réponse est oui, alors une abstention thérapeutique peut être juste. Pourtant, la très grande majorité des cancers de la peau sont très faciles à traiter lorsqu'ils sont pris précocement. Au prix d'une petite chirurgie, sous anesthésie locale, laissant des cicatrices peu visibles, on approche un taux de guérison de 98%. Lorsque les patients arrivent à des stades avancés, les réponses thérapeutiques existent encore. La chirurgie, la radiothérapie, l'électro-chimiothérapie, et les molécules ciblées peuvent encore avoir toute leur raison d'être.

Nous avons en tête le cas d'une patiente de 92 ans souffrant d'un carcinome baso-cellulaire géant de l'hémiface, qui commençait à l'empêcher de mâcher correctement. Cette tumeur, inopérable et non-irradiable, a disparu en quelques mois de thérapie ciblée (vismodegib). Plus de deux ans après, elle est toujours à domicile, avec une joie de vivre communicative. L'économicité de cette mesure est facile à démontrer, en la comparant au coût d'une nutrition liquide ou par sonde, en institution, sur la même période. Mais nous avons aussi en tête le cas de deux patientes, ayant présenté chacune un carcinome spinocellulaire de la pommette droite, facilement excisable. Vu leurs âges avancés, 96 et 99 ans, la famille avait décidé de ne rien faire, malgré les conseils de leur médecin. Moins d'une année après, chacune des patientes présentait une tumeur de grande taille, défigurante, ulcérée, infiltrante et douloureuse, diminuant sévèrement leur qualité de vie. Sur le plan économique, les mesures d'accompagnement et de soins que nous avons dû mettre en place auront coûté beaucoup plus que le prix d'une excision en anesthésie locale, un calcul un peu froid, par rapport à la dimension humaine, mais que nous devons considérer également. Ainsi, la facilité et l'économicité du traitement des cancers de la peau à un stade débutant, alors que leur morbidité locale peut être rapidement importante, suggèrent qu'il vaut toujours la peine, en dehors des situations palliatives avancées, d'établir un diagnostic (biopsie) et de proposer un traitement adéquat et précoce, ceci de 7 à 177 ans.

Options thérapeutiques ciblées

Plusieurs thérapies ciblées sont efficaces dans les cancers de la peau. L'exemple phare est l'inhibition des voies BRAF/MEK (vemurafenib, dabrafenib, trametinib, cometinib), des kinases activées par les mitogènes (MAPK). Ces molécules, admises par Swissmedic sont utilisées pour traiter les mélanomes métastatiques avec succès. Elles ont aussi leurs places dans le traitement de tumeur plus rares comme certaines histiocytoses langerhansiennes. Le vismodegib (Erivedge) est lui un inhibiteur de la voie sonic-hedgehog (Shh),

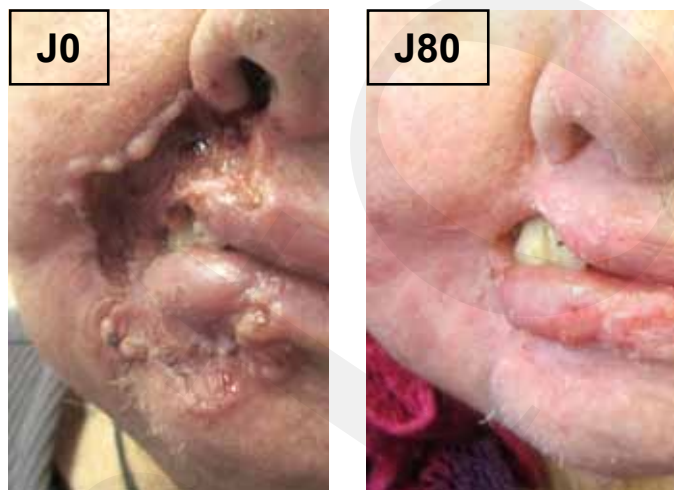


Fig. 3: Carcinome baso-cellulaire ayant disparu après 9 semaines de vismodegib, une chimiothérapie ciblée

qui est essentielle au développement du carcinome baso-cellulaire. Ce traitement est très simple à mettre en place (1 seul cp par jour, sans surveillance particulière), même chez la personne âgée, mais son profil d'effets secondaires (crampes nocturnes, dysgueusies et alopecie) et surtout son coût le réservent aux carcinome baso-cellulaire non opérables et non traitables par radiothérapie. Les thérapies ciblant des marqueurs de surface des lymphocytes, comme le CD20 sur les cellules B (rituximab, Mabthera), ou le CD30 sur les cellules T (brentuximab vedotin, Adcetris) ont aussi fait leur preuves dans les lymphomes cutanés, et il vaut la peine se souvenir qu'ils peuvent être injectés localement, ce qui permet de diminuer coût et effets secondaires. Le CSC est donc pour l'instant le cancer cutané fréquent dont la prise en charge a le moins évolué. Ceci est dû au fait que les situations métastatiques sont rares, et nous espérons que les molécules ayant fait leur preuve dans les cancers ORL (p.ex. les inhibiteurs de l'EGFR) de même nature pourront aussi nous aider à mieux traiter nos patients dans le futur.

Dr François Kuonen

PDDr Olivier Gaide

Unité de dermatologie interventionnelle, unité d'onco-dermatologie

Service de Dermatologie du CHUV

29 Av. de Beaumont, 1011 Lausanne

Olivier.Gaide@chuv.ch

+ Conflit d'intérêts: Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

Messages à retenir

- ◆ L'évolution des cancers de la peau, sur quelques mois ou peu d'années, entraîne une péjoration nette de la qualité de vie, quelque soit l'âge et l'état mental.
- ◆ La gêne engendrée pour le patient, l'entourage familial et l'équipe de soins est importante.
- ◆ En conséquence, la meilleure étape de traitement d'un cancer de la peau est précoce, lorsque la petite chirurgie suffit, et ceci est vrai quel que soit l'âge du patient.