

*COLLÈGE NATIONAL
DES GYNÉCOLOGUES ET OBSTÉTRICIENS FRANÇAIS
Président : Professeur J. Lansac*

**Extrait des
Mises à jour
en Gynécologie
et Obstétrique**

—

**Tome XXXIII
publié le 9.12.2009**



*TRENTE-TROISIÈMES JOURNÉES NATIONALES
Paris, 2009*

Géronto-gynécologie : le dilemme du vieillissement

F. SERGENT ^{1*}, B. RESCH ², A. RICBOURG ², J.P. SCHAAL ¹,
L. MARPEAU ²
(Grenoble, Rouen)

Résumé

Le poids démographique croissant de personnes âgées dans la société est un fait. L'importante variabilité physiologique rencontrée dans cette population rend sa prise en charge médicale délicate. L'évaluation gériatrique préthérapeutique des patients âgés minimise les risques de décompensation fonctionnelle pouvant aboutir à une perte d'autonomie. Les facteurs de risque de complications périopératoires sont représentés par le grand âge à partir de 80 ans, la présence de comorbidités, les durées opératoires, la multiplication et le caractère extensif des actes chirurgicaux. Quand les temps opératoires sont courts, la population des patients âgés peut tirer avantage à être opérée par cœlioscopie. L'âge en soi n'est pas une limite à l'anesthésie et n'oriente pas vers un mode d'anesthésie plutôt qu'un autre. Si les traitements « standards » en gynécologie, quelle que soit la pathologie, sont applicables à certaines populations âgées sélectionnées,

1 - CHU de Grenoble et Université de Grenoble - Service de gynécologie-obstétrique -
BP 217 - 38043 Grenoble cedex 09

2 - CHU de Rouen et Université de Rouen - Service de gynécologie-obstétrique - 1 rue
de Germont - 76031 Rouen cedex

* Correspondant : FSergent@chu-grenoble.fr

il est nécessaire de déterminer les critères de cette sélection et de proposer des thérapeutiques alternatives, adaptées pour les populations plus fragiles. En cancérologie, la chirurgie peut être moins radicale, les indications des curages ganglionnaires plus pondérées. La radiothérapie peut être plus brève, moins fractionnée. La chimiothérapie peut se concevoir en monothérapie avec des doses diminuées selon des rythmes de cure plus espacés. Le choix du type d'hormonothérapie mérite d'être réfléchi en fonction de sa propre morbidité. La chirurgie vaginale apparaît la plus adaptée à la cure du prolapsus de la femme âgée. L'état de fragilité oriente vers l'obturation vaginale ou la reconstruction prothétique. Pour le traitement de l'incontinence urinaire d'effort, les bandelettes sous-urétrales sont peu morbides. Les anticholinergiques seront maniés avec précaution chez la personne âgée.

Mots clés : cancer gynécologique, évaluation gériatrique, femmes âgées, incontinence urinaire, prolapsus génital

INTRODUCTION

Pour les pays occidentaux, le vieillissement de la population est le fait démographique le plus marquant qui soit survenu depuis la seconde moitié du XX^e siècle. Celui-ci est dû à la conjonction de deux phénomènes qui sont :

- d'une part l'allongement significatif de la durée de la vie humaine en rapport avec les progrès de la médecine, de l'hygiène et de la nutrition ;
- d'autre part la réduction de la natalité par le contrôle des naissances rendu possible grâce à la contraception.

Ainsi en France en 2007, la proportion des personnes âgées (c'est-à-dire des personnes de 65 ans et plus au sens de la définition OMS de la vieillesse) a atteint 16,5 % de l'ensemble de la population. Le vieillissement démographique demeure dynamique, comme en attestent les différentes projections qui aboutissent toutes à une augmentation inéluctable de la part des personnes âgées dans la population générale dans les 20 ans à venir. À l'horizon 2030, elles représenteront approximativement 25 % de l'ensemble de la population française [1].

La gynécologie-obstétrique est particulièrement concernée par le vieillissement de la population puisque sur la totalité des 65 ans et plus, la proportion de femmes est de 59,5 %. Par suite de ces modifications sociales, médicales et démographiques, dans un futur maintenant proche, la composition générale de la population des femmes et de leurs pathologies que nous aurons à prendre en charge va évoluer. La proportion des pathologies en rapport avec les troubles du cycle, la conception ou la grossesse va se modifier en faveur des pathologies cancéreuses ou de la statique pelvienne, incontinence urinaire comprise. En effet, en Europe, 58 % de tous les cancers féminins intéressent des femmes de plus de 65 ans [2]. À un degré plus ou moins élevé, plus de 60 % des femmes âgées sont concernées par un prolapsus génital. La prévalence de l'incontinence urinaire atteint des proportions identiques [3]. Nul doute que les femmes qui ont moins de 65 ans aujourd'hui, mais qui seront les femmes âgées de demain, soient aussi tolérantes que leur mère vis-à-vis des troubles de la statique pelvienne. Or, la chirurgie est encore dans beaucoup de cas la pierre angulaire du traitement des cancers gynécologiques ou des prolapsus génito-urinaires. Cependant, comme la comorbidité augmente également avec l'âge, la préoccupation essentielle va devenir la faisabilité des traitements gynécologiques.

1. HÉTÉROGÉNÉITÉ DE LA POPULATION DES PERSONNES ÂGÉES

L'entrée dans la vieillesse ne se réfère à aucun âge particulier mais à un état d'incapacité fonctionnelle éprouvé subjectivement ou objectivement par la personne elle-même. L'hétérogénéité de la population âgée se reflète par la variabilité de l'espérance de vie des patients de même sexe et de même classe d'âge. À 80 ans, un quart des femmes vivra 13 ans en moyenne, ce qui rend parfaitement licite pour elles par exemple l'indication d'un traitement adjuvant après une chirurgie pour un cancer gynécologique. Par contre, un autre quart vivra moins de cinq ans, ce qui illustre bien la difficulté des indications des traitements chez les personnes âgées. Il apparaît donc plus intéressant de distinguer trois groupes d'individus âgés : les vigoureux, les fragiles et les dépendants. Le syndrome de fragilité est défini par une perte des réserves adaptatives due au vieillissement et aux maladies chroniques. Les patients fragiles sont dans l'incapacité de

s'adapter à un stress, même minime. Ils sont particulièrement exposés aux risques de décompensation fonctionnelle, de pathologies en cascade et d'allongement des durées ou de multiplication des hospitalisations. Reconnaître la fragilité pour prévenir la perte d'autonomie est un enjeu majeur de la prise en charge thérapeutique du patient âgé. Les marqueurs cliniques les plus pertinents d'un état de fragilité sont le très grand âge (≥ 85 ans), la chute, l'incontinence et le syndrome confusionnel. D'autres éléments permettent de repérer la fragilité, comme la fonction musculaire, la capacité aérobie, l'état nutritionnel, les fonctions cognitives et les aptitudes psychomotrices, notamment posturales, qui sont altérées chez l'individu fragile. L'approche de Walter *et al.* [4], identifiant six facteurs de risque indépendants prédictifs de la mortalité à 1 an des patients hospitalisés en gériatrie, est sur ce point intéressante. À propos d'une série prospective de 1 427 personnes âgées de 70 ans et plus, les variables représentées par le sexe, l'évaluation du degré de dépendance par l'échelle d'activité de vie quotidienne (activities of daily living - ADL), les comorbidités (insuffisance cardiaque, cancer), la créatininémie et l'albuminémie permettaient d'établir un score et de définir quatre groupes à risque de mortalité (Tableau 1). La mortalité à 1 an était de 4 % dans le groupe à bas risque (0 à 1 point), 19 % dans le groupe allant de 2 à 3 points, 34 % dans le groupe de 4 à 6 points et 64 % dans le groupe à haut risque (> 6 points).

Tableau 1 - Facteurs de risque prédictifs de mortalité à 1 an sur une cohorte de 1 427 patients hospitalisés en unité de gériatrie, selon Walter *et al.* [7]

Risk Factor	Adjusted Odds Ratio (95% Confidence Interval)	P Value	Points
Male sex	1.4 (1.1-1.8)	.01	1
ADL dependencies at discharge*			
Dependent in 1-4 ADLs	2.1 (1.6-2.8)	<.001	2
Dependent in all ADLs	5.7 (4.2-7.7)	<.001	5
Comorbid conditions			
Congestive heart failure	2.0 (1.5-2.5)	<.001	2
Cancer			
Solitary cancer	2.6 (1.7-3.9)	<.001	3
Metastatic cancer	13.4 (6.2-29)	<.001	6
Laboratory values on admission			
Creatinine, mg/dL†			
>3.0	1.7 (1.2-2.5)	.01	2
Albumin, g/dL			
$3.0-3.4$	1.7 (1.2-2.3)	.001	1
<3.0	2.1 (1.4-3.0)	<.001	2

*ADL indicates activities of daily living.
†To convert to $\mu\text{mol/L}$, multiply by 88.4.

2. INTÉRÊT DE L'ÉVALUATION GÉRIATRIQUE

Chez la personne âgée, un traitement est bénéfique lorsqu'il entraîne une augmentation de la durée et/ou de la qualité de vie. Trois niveaux différents d'évaluation gériatrique peuvent ainsi être distingués.

2.1. Le dépistage simplifié

Accessible à tout médecin, son but est de déterminer l'absence de morbidité non contrôlée pour une prise en charge thérapeutique optimale sans intervention gériatrique. L'existence de troubles de l'équilibre ou de la marche peut être suspectée en s'informant sur d'éventuelles chutes dans l'année précédente, celle de troubles thymiques en posant les questions suivantes : « Êtes-vous souvent triste ou déprimé ? », « Vous sentez-vous en moins bonne ou en meilleure santé que les personnes de votre âge ? », celle de troubles cognitifs par la simple épreuve de rappel des trois mots : « Je vais vous citer trois noms et vous demander de me les répéter immédiatement et dans quelques minutes (crayon, camion, livre) », celle de troubles nutritionnels en recherchant une perte de poids ou bien une perte d'appétit. Une anomalie constatée et/ou la présence de polyopathie ou de polymédication (prise de plus de trois médicaments) laisse supposer qu'il s'agit d'une personne fragile menaçant d'entrer en dépendance. Dans ce cas, la réalisation d'une évaluation gériatrique s'impose pour estimer la morbidité, le risque de mortalité du traitement pour le patient et adapter le traitement aux conditions physiologiques du patient.

2.2. L'évaluation gériatrique standardisée

L'évaluation gériatrique standardisée (Comprehensive Geriatric Assessment - CGA) relève du gériatre ou de l'équipe mobile de gériatrie. Elle permet d'évaluer rapidement l'autonomie (échelle des activités de vie quotidienne basales ADL et instrumentales IADL), les fonctions cognitives (Mini Mental State - MMS), l'état nutritionnel (Mini Nutritional Assessment - MNA), les capacités posturomotrices et le risque de chute (Up and Go Test, station monopodale) ou l'état thymique (Geriatric Depression Scale - GDS) (Tableau 2).

Tableau 2 - Les outils de l'évaluation gériatrique

Dimension	Outil d'évaluation	Corrélation
Capacités physiques	Station monopodale : anormale si < 5 sec. Timed Get Up & Go (TUG) : anormale si > 20 sec	Espérance de vie Dépendance
État fonctionnel Autonomie	Activités basales de la vie quotidienne (ADL) / 6 : continence, habillage, toilette, transferts, alimentation, soins personnels Activités instrumentales de la vie quotidienne (IADL) / 4 : téléphone, déplacements, finances, médicaments, (+ courses, cuisine, entretien ménager et du linge)	Espérance de vie Tolérance au stress Dépendance
Comorbidité	Pathologie coronarienne, insuffisance cardiaque congestive, BPCO, insuffisance rénale, atteinte cérébrovasculaire, complications neurovasculaires du diabète, anémie	Espérance de vie Tolérance au stress
Cognition	Mini Mental State Examen (MMSE) / 30 points au maximum	Espérance de vie Tolérance au stress Dépendance
Thymie	Geriatric Depression Scale (GDS) à 4 questions : Êtes-vous fondamentalement satisfait de votre vie ? Estimez-vous que votre vie est vide ? Avez-vous peur que quelque chose de mauvais vous arrive ? Vous sentez-vous heureux le plus souvent ?	Espérance de vie Motivations
État nutritionnel	Mini Nutritional Assessment (MNA) / 14 points, BMI < 19 Kg/m ² , circonférence du mollet < 31 cm	Espérance de vie Tolérance au stress
Polymédication	Nombre de médicaments	Risques d'interactions
Syndromes gériatriques : confusion, chute, incontinence...		Espérance de vie Dépendance

2.3. L'évaluation gériatrique approfondie

Telle qu'elle est réalisée de manière complète en unité de gériatrie, l'évaluation gériatrique approfondie (EGA) se déroule en plusieurs étapes.

La première étape consiste à décrire les problèmes socio-économiques, les difficultés dans l'entourage permettant d'organiser les soins de suite.

La deuxième étape fait l'inventaire systématique des pathologies du sujet. Certains champs doivent être systématiquement évalués :

fonctions sensorielles, cognition, état thymique, marche et équilibre, état nutritionnel, état buccodentaire, continence. L'état cutané, le sommeil, l'état cardiovasculaire et respiratoire seront également évalués. La liste des médicaments pris doit être soigneusement établie, en essayant d'en connaître l'observance. Des examens complémentaires simples (électrocardiogramme, évaluation de la fonction rénale, NFS, albuminémie) seront demandés. On peut ainsi déterminer les comorbidités, déceler un certain nombre de syndromes gériatriques et définir un risque iatrogène.

La troisième étape établit le retentissement fonctionnel en listant les incapacités des patients, en particulier pour les activités de la vie quotidienne.

La synthèse permet une hiérarchisation des problèmes de santé, non seulement en fonction du pronostic mais aussi de leur impact sur la qualité de vie du patient. Elle débouche, le cas échéant, sur des propositions pour corriger les facteurs de comorbidité (renutrition, équilibration d'un diabète, traitement d'un syndrome dépressif, hospitalisations courtes et accompagnées d'un proche en cas de troubles cognitifs...). L'EGA a prouvé son intérêt : optimisation des traitements, réduction des hospitalisations, meilleure orientation vers les institutions [5].

3. MORTALITÉ ET MORBIDITÉ DE LA CHIRURGIE GYNÉCOLOGIQUE CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES

Parmi les femmes âgées de 80 ans et plus, le risque de décès suivant une chirurgie gynécologique est d'approximativement 0,28 %. Pour les complications périopératoires, le risque est de 16 % entre 70 et 79 ans, puis de 20 % à 80 ans et au-delà [6]. Les complications périopératoires les plus fréquemment rencontrées chez les patientes âgées sont la transfusion, l'œdème pulmonaire et l'infarctus [7]. Pour certains auteurs, les taux de mortalité après chirurgie ne seraient pas plus élevés que ceux de la population générale à cet âge. En fait, après ajustement pour les facteurs confondants, l'âge en lui-même est un facteur de risque indépendant de mortalité ou de complications périopératoires. Dans l'étude de Sung *et al.* [6] qui a porté sur 267 340 femmes opérées entre 1998 et 2002 de problèmes urogynécologiques, les odds ratios ajustés de mortalité et de morbidité pour les patientes âgées de plus de 80 ans étaient respectivement de 13,6 (95 % CI 5,9-31,4)

et 1,40 (95 % CI 1,3-1,5). Les femmes entre 60 et 79 ans n'avaient pas d'augmentation du risque de complications comparées à celles de moins de 60 ans. Indépendamment de la valeur absolue d'un âge seuil de 80 ans, plusieurs études suggèrent que l'existence de comorbidité serait un déterminant essentiel de la mortalité et de la morbidité chez les personnes âgées. Les comorbidités associées à un haut risque de complications périopératoires sont représentées par les maladies hépatiques sévères, suivies par les maladies vasculaires coronariennes ou périphériques et les maladies rénales [6, 7]. La classification établie par l'American Society of Anesthesiology - ASA (Tableau 3) est un outil simple utilisé pour prédire la morbidité et la mortalité associées à certaines chirurgies dont la chirurgie gynécologique. Dès la classe 3, le score ASA est prédictif de l'augmentation des complications périopératoires et du temps d'hospitalisation. Cela est vrai pour les cancers gynécologiques [8]. Cela l'est moins pour la chirurgie urogynécologique d'après Stepp *et al.* [7], bien que sur les 267 patientes opérées de leur série, 70 % aient été ASA 3 ou 4.

Tableau 3 - Classification de l'American Society of Anesthesiology (ASA)

Classe ASA	État clinique du patient
I	Patient en bonne santé, c'est-à-dire sans atteinte organique, physiologique, biochimique ou psychique.
II	Patient présentant une atteinte modérée d'une fonction vitale, par exemple : légère hypertension, anémie, bronchite chronique légère.
III	Patient ayant une atteinte sévère d'une fonction vitale sans entraîner d'incapacité, par exemple : angine de poitrine modérée, diabète, hypertension grave, décompensation cardiaque débutante.
IV	Patient ayant une atteinte sévère d'une fonction vitale, invalidante et qui met en jeu le pronostic vital, par exemple : angine de poitrine au repos, insuffisance systémique prononcée (pulmonaire, rénale, hépatique, cardiaque...).
V	Patient moribond dont l'espérance de vie sans intervention chirurgicale est inférieure à 24 heures.
VI	Patient en état de mort cérébrale, dont les organes font l'objet d'un prélèvement en vue de greffe.

D'autres éléments sont prédictifs de la survenue de complications périopératoires. À propos d'une série de 267 patientes d'âge moyen $79 \pm 3-4$ ans (75-91 ans), Stepp *et al.* [7] relèvent que la longueur du temps opératoire constitue un facteur de risque prédictif indépendant d'avoir une ou plusieurs complications périopératoires. Les odds ratios ajustés de morbidité étaient respectivement de 7,26 et 10,02 pour des durées

opératoires de 3 à 4 heures et de plus de 4 heures. L'augmentation du nombre de procédures et le caractère extensif du geste chirurgical sont également des facteurs prédictifs de mortalité ou de complications [6].

Par ailleurs, aucune étude de niveau de preuve scientifique suffisant n'est à ce jour capable de faire la différence entre les différentes voies d'abord de la chirurgie gynécologique et le risque de survenue de complications périopératoires chez les patientes âgées. Un certain nombre d'études de cohorte existe notamment pour les troubles de la statique pelvienne. Cependant, elles font majoritairement appel à des techniques développées par voie vaginale ; les sacrocolpopexies tant abdominales que laparoscopiques étant surtout réservées aux patientes plus jeunes.

En cœlioscopie, les modifications hémodynamiques et ventilatoires favorisées par le pneumopéritoine, la position extrême (Trendelenburg marqué), le refroidissement pourraient constituer des facteurs péjoratifs pour les personnes âgées. Sur ce point, l'expérience de la chirurgie digestive est rassurante. Ceulemans *et al.* [9], à propos d'une série de 162 patients d'un âge moyen de 80 ans (extrêmes : 75 à 93 ans), dont 57 % ASA 3 ou 4, opérés d'une pathologie biliaire (37 %), colorectale (31 %), herniaire (13 %) ou autre (19 %) et dans un contexte d'urgence dans 52 % des cas, avaient un risque attendu de morbidité de 42 % par laparotomie. En fait, dans cette étude, les patients ont tous été opérés par laparoscopie et avec un temps opératoire moyen de 120 minutes. La morbidité effective n'était que de 15 %. Ces résultats suggèrent que, dès l'instant où les temps opératoires sont courts, la population des patients âgés est plus à même que les autres populations de bénéficier des avantages de la cœlioscopie.

4. L'ANESTHÉSIE DES PERSONNES ÂGÉES

Après 65 ans, les réserves fonctionnelles de la plupart des organes commencent à diminuer. Le débit cardiaque se réduit. Sur le plan vasculaire, il existe une sensibilité accrue à l'hypovolémie et une baisse de la réponse adrénérgique, d'où un risque d'hypotension et d'œdème. L'activité rénine-angiotensine diminue et l'hormone anti-diurétique augmente. Sur le plan respiratoire, le risque d'hypoxie se majore du fait de la diminution de la PaO₂ avec l'âge. La réponse ventilatoire à l'hypoxie et à l'hypercapnie est moins performante. La fonction mucociliaire s'altère. Le métabolisme hépatique et la filtration

glomérulaire se perturbent. L'albuminémie diminuant, la fraction libre donc active des molécules et des médicaments fortement liés augmente. Au niveau neurologique, le seuil de réponse des récepteurs diminue.

Après 85 ans, un patient anesthésié sur deux est classé ASA 3 ou 4. Même asymptotique, ses capacités d'adaptation étant limitées, il est rapidement exposé en cas de stress à un risque de rupture de l'équilibre [10]. L'âge en soi n'est pas une limite à l'anesthésie, mais l'évaluation anesthésique préopératoire prend toute son importance, afin de déterminer au mieux les capacités d'adaptation du patient âgé face à l'agression chirurgicale.

Il est maintenant admis que le mode d'anesthésie (générale ou locorégionale) ne révèle pas de différence de mortalité ou de morbidité cardiovasculaire, notamment si l'évaluation préopératoire, la surveillance peropératoire et les soins postopératoires sont réalisés avec la même application [11]. Cependant, pour des raisons de confort, l'anesthésie générale peut être préférée à l'anesthésie rachidienne quand la position imposée par l'acte chirurgical n'est pas physiologique pendant un temps prolongé.

5. ONCOGYNÉCOLOGIE

Dans l'absolu en cancérologie, lorsqu'aucune fragilité n'est repérée, les possibilités thérapeutiques sont identiques à celles de la personne jeune. Néanmoins, selon les facteurs de comorbidité présents, il est possible d'adapter la prise en charge oncologique.

5.1. Le cancer de l'endomètre

Il s'agit d'un cancer souvent détecté aux stades précoces de la maladie [12]. Les complications périopératoires sont généralement imputables à la réalisation de la lymphadénectomie [13]. Aux stades précoces, les risques de métastases ganglionnaires, dans la forme endométrioïde, sont pourtant faibles. De ce fait, le curage pourrait être évité plus souvent chez les patientes âgées. Pour les stades précoces de la maladie, quelle que soit la voie d'abord de l'hystérectomie (vaginale, laparoscopique ou par laparotomie), les résultats à 10 ans sont identiques en termes de survie sans récurrence [14]. Par contre, l'hystérectomie

vaginale limite les temps opératoires et les pertes sanguines. C'est donc une voie particulièrement adaptée à la personne âgée fragile.

La radiothérapie optimise le contrôle locorégional de la maladie [15]. Elle est bien tolérée chez les personnes âgées, et indépendamment des comorbidités associées, l'âge ne constitue pas un facteur pronostique dans la survenue de complications attribuables à la radiothérapie [16]. Pour les stades précoces, la curithérapie seule est aussi efficace que la radiothérapie externe [12]. Elle présente l'avantage de réduire les transports itératifs chez les patientes à mobilité réduite.

5.2. Le cancer du col utérin

Quand il ne dépasse pas 4 cm et qu'il n'y a pas d'atteinte paramétriale (stades IB-IIA de la FIGO), les résultats de la chirurgie ou de la radiothérapie sont équivalents pour le cancer du col, en termes de survie sans récurrence [17]. Par ailleurs, la chirurgie est actuellement moins radicale (hystérectomie élargie proximale de type Piver II) permettant de limiter les complications périopératoires avec des taux de survie sans récurrence identiques. La faisabilité de ce type d'hystérectomie par voie coelioscopique est démontrée [18]. Les temps opératoires sont comparables à ceux de la laparotomie pour les équipes entraînées. Par contre, les complications sont moindres (nombre de transfusions, grades des complications) et le rétablissement plus précoce (durée de la perfusion, reprise du transit, durée d'hospitalisation). La procédure du ganglion sentinelle se développe également pour le cancer du col utérin. Elle pourrait devenir une alternative acceptable au curage classique et réduire ainsi sa morbidité [19]. Hormis un intérêt pour définir l'extension des champs d'irradiation, le rôle thérapeutique de la lymphadénectomie para-aortique reste controversé. L'abstention peut aisément se concevoir chez la femme âgée.

Pour les cancers du col évolués, la radiochimiothérapie concomitante avec des sels de platine apportant les meilleurs taux de survie sans récurrence, celle-ci s'est totalement substituée à la chirurgie qui est devenue inutile et de plus hautement morbide. Le cisplatine qui est néphrotoxique peut être remplacé par le paraplatine lorsque la fonction rénale est diminuée (clairance de la créatininémie < 50 ml/mn chez 50 % des personnes âgées de plus de 70 ans). Les doses peuvent être diminuées, le rythme des cures plus espacé avec une efficacité comparable. À efficacité égale, des doses hebdomadaires de 30 mg/m²

de Cisplatyl® *versus* 40 mg/m² permettent de réduire de façon significative la toxicité hématologique ou gastro-intestinale [20].

5.3. Le cancer de l'ovaire

Le cancer de l'ovaire de la femme âgée comporte proportionnellement plus de stades évolués (stades III-IV de la FIGO) et de formes histologiques agressives [21]. La stadification et la résecabilité de la tumeur peuvent être évaluées par cœlioscopie, ce qui limite la morbidité de l'exploration chirurgicale [22]. Pour les stades débutants (I-IIA), une chirurgie complète suivie d'une chimiothérapie adaptée au terrain (sels de platine ou paclitaxel en monothérapie, réduction des doses, reports des cures) est habituellement envisageable, et ce d'autant que le pronostic demeure bon. Pour le cancer de l'ovaire, la comorbidité augmente avec le stade de la maladie [23]. Dans ce cas, la cytoréduction optimale devient hautement morbide même si elle permet de réduire le taux de mortalité. La chimiothérapie néoadjuvante peut alors améliorer le taux d'exérèse optimale. Malgré cela, pour les stades avancés, l'existence de facteurs de comorbidité modifie peu le pronostic final qui demeure mauvais [23].

5.4. Le cancer de la vulve

Le cancer vulvaire intéresse plutôt les femmes âgées avec des comorbidités fréquemment associées. La pratique d'incisions séparées pour la vulvectomy et les curages inguinaux permet de limiter les complications. Les temps opératoires sont optimisés et le risque d'hématome ou de lymphorrhée minimisé par l'emploi des nouvelles énergies (thermofusion, ultracision). Pour les tumeurs unifocales de moins de 2 cm, l'application de la technique du ganglion sentinelle permet une réduction significative des complications des lymphadénectomies inguino-fémorales sans augmentation des récives [24]. En fonction du stade de la maladie et de l'évaluation gériatrique de la patiente peuvent être discutées une exérèse de propreté, une radiochimiothérapie concomitante ou une irradiation palliative.

5.5. Le cancer du sein

Le cancer du sein de la femme âgée possède un profil biologique moins agressif avec des taux de récepteurs hormonaux (RH) plus élevés, des grades histopronostiques et une surexpression de l'oncogène HER2 plus faibles [25]. Mais il s'agit de tumeurs plus avancées localement. Toutefois, la majorité de ces patientes meurent d'une autre cause que leur cancer.

Si l'on fait abstraction du curage axillaire qui est source de lymphœdème, de réduction de la mobilité et de troubles de la sensibilité du bras, la chirurgie du cancer du sein est peu morbide. De ce fait, les personnes âgées subissent plus facilement une mastectomie ; ce qui présente l'avantage de leur éviter un traitement adjuvant. Il existe cependant une optimisation des possibilités de tumorectomie après hormonothérapie néoadjuvante. Pour les patientes RH+, une réduction de 40 à 50 % de la taille de la tumeur peut être espérée après six mois de traitement par tamoxifène ou anastrozole [26].

La chirurgie du creux axillaire peut être évitée chez les patientes âgées sans atteinte ganglionnaire clinique et qui reçoivent du tamoxifène, car elle ne modifie pas la survie globale et la survie sans récurrence [27]. De même, l'abstention du curage axillaire peut s'envisager pour des patientes âgées avec une tumeur infiltrante ≤ 5 mm, de bas grade, sans embolie lymphatique ou vasculaires, RH+. Mais la faible morbidité du prélèvement du ganglion sentinelle rend cette technique applicable à une majorité de patientes.

Chez les femmes âgées, il n'y a pas de toxicité majeure de la radiothérapie après une chirurgie conservatrice du sein. Cependant là encore, on retrouve un intérêt à prescrire une radiothérapie plus brève (rythme hypofractionné avec étalement plus court).

Il est clairement établi qu'en traitement adjuvant, les traitements hormonaux (SERM ou inhibiteurs de l'aromatase) sont plus efficaces que les chimiothérapies chez les personnes âgées RH+, avec un gain d'efficacité maintenant reconnu des antiaromatases sur le tamoxifène. Les effets secondaires du tamoxifène sont parfaitement connus : accidents vasculaires cérébraux et thrombo-emboliques, dont l'incidence augmente d'ailleurs avec l'âge, bouffées de chaleur, métrorragies, carcinome de l'endomètre. Les antiaromatases sont responsables de myalgies, d'arthralgies, d'ostéoporose augmentant le risque fracturaire, de troubles visuels et gastro-intestinaux. Ils seraient également responsables de troubles cognitifs plus marqués qu'avec le tamoxifène [28]. Le calcul bénéfice-risque des traitements hormonaux se doit d'être évalué au cas par cas. De plus, le retentissement de ces traitements sur

la qualité de vie des patientes peut évidemment influencer leur observance.

Les anthracyclines ont un rôle central dans la chimiothérapie du cancer du sein. Mais ce sont les cytotoxiques les plus redoutés chez le sujet âgé en raison de leur toxicité cardiaque. Au-delà d'une dose cumulée de 400 mg/m² de doxorubicine, un âge supérieur à 65 ans constitue un facteur de risque important de survenue d'une insuffisance cardiaque congestive [29]. Des doses \leq 50 mg/m² sont généralement préférées chez les sujets âgés. L'augmentation du nombre de cycles avec de plus faibles doses, le recours à l'épirubicine, voire aux formes orales peuvent également être envisagés. Même si l'efficacité du trastuzumab est démontrée chez les personnes âgées HER2+, celle-ci est moins intéressante que pour les patientes de moins de 60 ans [30]. Les effets cardiotoxiques du produit doivent rendre son utilisation prudente chez les personnes âgées.

6. STATIQUE PELVIENNE / INCONTINENCE URINAIRE

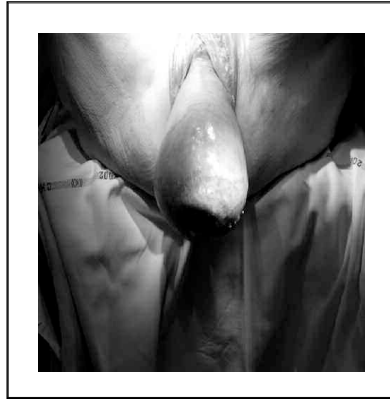
Les troubles de la statique pelvienne et l'incontinence urinaire ont un impact négatif sur la qualité de vie des femmes âgées.

6.1. Le prolapsus génital

Deux types de prise en charge sont possibles pour le prolapsus : la chirurgie ou le pessaire. La chirurgie du prolapsus peut être réalisée par voie abdominale ou par voie vaginale, en utilisant des tissus autologues ou du matériel prothétique, en excluant ou en conservant la perméabilité vaginale. Le pessaire est un traitement de première intention, notamment pour les femmes âgées fragiles, mais son utilisation est limitée pour les prolapsus de haut degré. Ce qui caractérise le prolapsus des personnes âgées, surtout pour les plus vieilles d'entre elles, c'est précisément son caractère massif et complet (Figure 1). Dans plus d'un cas sur deux, l'insatisfaction vis-à-vis du pessaire va conduire à l'option chirurgicale [31].

Les techniques de colpocléisis-cloisonnement vaginal (Lefort, Conill-Serra) sont parfaitement adaptées aux patientes à haut risque chirurgical et qui ne sont a priori pas affectées par la perte de leur fonction sexuelle. Ces techniques sont rapides et ont une efficacité

Figure 1 - Prolapsus massif chez une femme de 85 ans



thérapeutique acceptable pour des patientes qui ont théoriquement une espérance de vie limitée [32]. Les 1 181 patientes de la série de Sung *et al.* [6] qui ont bénéficié de procédures d'oblitération vaginale présentaient moins de complications périopératoires par comparaison aux techniques reconstructrices. Après chirurgie, la satisfaction et l'amélioration de la qualité de vie des patientes apparaissent bonnes [33].

Dans la chirurgie du prolapsus, approximativement 30 % des patientes opérées d'un prolapsus devront être réopérées [34]. Les deux seules interventions validées dans la méta-analyse Cochrane de Maher *et al.* [35] sont, pour la voie abdominale la sacrocolpopexie promontorienne, et pour la voie vaginale la sacrospinofixation. Les taux de récurrences sont les plus faibles pour la sacrocolpopexie promontorienne mais au détriment de temps opératoires et de reprise des activités de vie quotidienne plus longs. La voie abdominale avec les douleurs postopératoires induites et ses risques propres (occlusion, hématome ou abcès de paroi, éventration) n'est pas la meilleure option pour une personne âgée. La promonto-fixation laparoscopique pourrait limiter cette morbidité, mais les temps opératoires moyens enregistrés par les différentes équipes pratiquant cette technique, la multiplication des gestes pour corriger des prolapsus complets, de haut degré, apparaissent peu compatibles avec une chirurgie pour personne âgée fragile [7].

Forte de ce constat, la chirurgie prothétique reconstructrice par voie vaginale a certainement sa place pour garantir une efficacité

durable dans la cure du prolapsus de la femme âgée. En limitant l'étendue des dissections, elle minimise la morbidité. Par voie vaginale, le temps directement imputable à la mise en place de la prothèse est réduit. Les résultats anatomiques et fonctionnels actuellement disponibles à moyen terme sont encourageants [36]. Reste un certain nombre d'incertitudes vis-à-vis de la morbidité propre des biomatériaux utilisés. Sous couvert de l'emploi exclusif de prothèses en polypropylène à larges mailles, les taux d'exposition prothétique se sont réduits autour de 6 % [36]. Les érosions ne sont pas systématiquement symptomatiques. En fonction de leur importance, elles peuvent être gérées par traitement local antiseptique ou par excision simple par voie vaginale, sans anesthésie générale systématique. La rétraction prothétique qui est souvent constatée avec le polypropylène pose peu de problème chez les femmes âgées dont la sexualité est généralement limitée. La cure d'incontinence urinaire associée au prolapsus demeure encore à l'heure actuelle un sujet de controverse. Selon Maher *et al.* [35], environ 10 % des patientes opérées développent des symptômes urinaires de novo, chiffre approximativement identique au taux de rétention urinaire prolongée après mise en place d'une bandelette sous-urétrale de principe pour des prolapsus de haut degré. Toutefois dans cette tranche d'âge, la dysurie est parfois plus délicate à gérer que l'incontinence elle-même. Si bien que la gestion en deux temps, d'abord du prolapsus, ensuite le cas échéant de l'incontinence urinaire d'effort (IUE) résiduelle semble préférable. De plus, les techniques de cure d'incontinence par bandelette sous-urétrale (BSU) sont de réalisation rapide (15 à 20 min) et peu morbide, même chez les patientes âgées fragiles ; elles peuvent aussi être pratiquées sous anesthésie locale. Par ailleurs, l'utilisation de prothèses antérieures avec des bras transobturateurs, sans adjonction de BSU, donne de bons résultats sur la continence urinaire sans générer de dysurie. Dans une étude observationnelle récente, nous avons nous-mêmes analysé la continence postopératoire chez 74 patientes opérées d'une cystocèle associée à une IUE par voie vaginale avec pose d'une prothèse antérieure transobturatrice sans geste urinaire spécifique. Avec un recul moyen de 36 mois, 53 (72 %) et 11 (15 %) patientes ont été respectivement guéries et améliorées en postopératoire ; seulement 7 (9 %) patientes ont eu un TVT complémentaire [37].

6.2. L'incontinence urinaire

Chez la femme âgée, la valeur de la pression de clôture du sphincter urétral diminue (PCUM = 110 - âge \pm 20 %) et les contractions involontaires de vessie augmentent. Par conséquent, l'incontinence urinaire mixte (IUE + hyperactivité vésicale/urgenterie) devient le type prédominant d'incontinence chez la femme âgée. Certains facteurs peuvent favoriser l'incontinence urinaire de la femme âgée : polymédication, excès de diurèse, réduction de la mobilité, constipation terminale ou syndrome confusionnel. Avant d'envisager un traitement spécifique de l'incontinence, il est donc nécessaire quand c'est possible, de corriger ces facteurs. Lorsqu'aucune fragilité n'est repérée, les possibilités thérapeutiques pour l'incontinence urinaire sont identiques à celles de la femme jeune. La rééducation périnéale est un traitement à envisager en première intention, mais l'absence de participation active liée à l'âge ou à la présence de facteurs de comorbidité rend son efficacité bien souvent illusoire. L'efficacité de l'œstrogénothérapie, même locale, est très controversée tant dans le traitement de l'IUE que dans celui de l'hyperactivité vésicale [38]. Par conséquent un traitement œstrogénique oral chez une femme âgée, même associé à un progestatif, n'est pas conseillé dans cette indication. Quant à la voie locale, elle a pour elle le bénéfice de son innocuité. Les BSU sont devenues la technique chirurgicale de référence pour la chirurgie de l'IUE. Elles sont tout aussi efficaces chez la femme âgée et n'entraînent pas une fréquence accrue d'hyperactivité vésicale de novo [39]. L'incontinence urinaire mixte conduit à une diminution significative des résultats objectifs et subjectifs. Plus que l'insuffisance sphinctérienne, le degré d'hypermobilité urétrale paraît être un paramètre pronostique très important. La négativité des manœuvres de Bonney et d'Ulmsten conduit à une réduction significative des taux de succès. L'injection dans la paroi urétrale de substances ayant une consistance de gel (collagène, silicone, acide hyaluronique) présente l'avantage de la simplicité avec réalisation possible en externe ou en ambulatoire sous anesthésie locale. L'inconvénient est un taux de succès nettement inférieur aux BSU, avec dégradation de l'efficacité dans le temps conduisant à des réinjections ultérieures.

Quand une fragilité est repérée, il est préférable de faire appel au gériatre avant d'envisager une prise en charge. Pour les patientes dépendantes, un traitement comportemental guidé par l'observation du catalogue mictionnel, modifiant les habitudes de miction et d'ingestion des liquides, voire des soins de nursing sont recommandés [40].

Chez la femme âgée fragile, les anticholinergiques (oxybutinine) sont moins efficaces sur l'incontinence par hyperactivité vésicale ou sur l'incontinence mixte à urgence prédominante. Les anticholinergiques peuvent induire chez les patients âgés préalablement indemnes des altérations cognitives. L'association d'anticholinergiques avec des anticholinestérasiques, traitement de la maladie d'Alzheimer, est contre-indiquée.

CONCLUSION

La prise en charge du patient âgé repose sur une démarche globale qui prend en compte les particularités sémiologiques et les risques de décompensation fonctionnelle. Elle assure une prévention des complications médicales et psychologiques ainsi que de la perte de l'autonomie. Il s'agit d'une démarche positive qui exclut tout fatalisme souvent invoqué du seul fait du grand âge, mais qui manque actuellement de données prospectives, les personnes âgées étant généralement exclues des protocoles de recherche clinique. Le besoin est d'autant plus pressenti en gynécologie que la femme âgée représente assurément l'avenir de la spécialité.

Bibliographie

- [1] Brutel C. Projections de population à l'horizon 2050. Un vieillissement inéluctable. *Insee Première* 2001;762.
- [2] Susini T, Scambia G, Margariti PA, Giannice R, Signorile P, Benedetti Panici P et al. Gynecologic oncologic surgery in the elderly: a retrospective analysis of 213 patients. *Gynecol Oncol* 1999;75:437-43.
- [3] Nygaard I, Bradley C, Brandt D. Women's Health Initiative. Pelvic organ prolapse in older women: prevalence and risk factors. *Obstet Gynecol* 2004;104:489-97.
- [4] Walter LC, Brand RJ, Counsell SR, Palmer RM, Landefeld CS, Fortinsky RH et al. Development and validation of a prognostic index for 1-year mortality in older adults after hospitalization. *JAMA* 2001;285:2987-94.
- [5] Engelhardt JB, Toseland RW, O'Donnell JC, Richie JT, Jue D, Banks S. The effectiveness and efficiency of outpatient geriatric evaluation and management. *J Am Geriatr Soc* 1996;44:847-56.
- [6] Sung VW, Weitzen S, Sokol ER, Rardin CR, Myers DL. Effect of patient age on increasing morbidity and mortality following urogynecologic surgery. *Am J Obstet Gynecol* 2006;194:1411-7.
- [7] Stepp KJ, Barber MD, Yoo EH, Whiteside JL, Paraiso MF, Walters MD. Incidence of perioperative complications of urogynecologic surgery in elderly women. *Am J Obstet Gynecol* 2005;192:1630-6.
- [8] Dean MM, Finan MA, Kline RC. Predictors of complications and hospital stay in gynaecologic cancer surgery. *Obstet Gynecol* 2001;97:721-4.
- [9] Ceulemans R, Al-Ahdab N, Leroy J, Garcia A, Dutton E, Rubino F et al. Safe laparoscopic surgery in the elderly. *Am J Surg* 2004;187:323-7.
- [10] Juvin P, Plantefève G. Anesthésie du grand vieillard. In: Sfar. Ed. Conférences d'actualisation. 41^e Congrès national d'anesthésie et de réanimation. Paris Elsevier 1999:9-24.
- [11] Williams-Russo P, Sharrock NE, Mattis S, Szatrowski TP, Charlson ME. Cognitive effects after epidural versus general anesthesia in older adults. *JAMA* 1995;274:44-50.
- [12] Jolly S, Vargas C, Kumar T, Weiner S, Brabbins D, Chen P et al. Vaginal brachytherapy alone: an alternative to adjuvant whole pelvis radiation for early stage endometrial cancer. *Gynecol Oncol* 2005;97:887-92.
- [13] Kodama J, Seki N, Ojima Y, Nakamura K, Hongo A, Hiramatsu Y. Risk factors for early and late postoperative complications of patients with endometrial cancer. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2006;124:222-6.
- [14] Susini T, Massi G, Amunni G, Carriero C, Marchionni M, Taddei G et al. Vaginal hysterectomy and abdominal hysterectomy for treatment of endometrial cancer in the elderly. *Gynecol Oncol* 2005;96:362-7.
- [15] Creutzberg CL, van Putten WL, Koper PC, Lybeert ML, Jobsen JJ, Wárlám-Rodenhuis CC et al. Surgery and postoperative radiotherapy versus surgery alone for patients with stage-I endometrial carcinoma: multicentre randomised trial. PORTEC Study Group. *Post Operative Radiation Therapy in Endometrial Carcinoma. Lancet* 2000;355:1404-11.
- [16] Ikushima H, Takegawa Y, Osaki K, Furutani S, Yamashita K, Kawanaka T et al. Radiation therapy for cervical cancer in the elderly. *Gynecol Oncol* 2007;107:339-43.
- [17] Landoni F, Maneo A, Colombo A, Placa F, Milani R, Perego P et al. Randomised study of radical surgery versus radiotherapy for stage Ib-IIa cervical cancer. *Lancet* 1997;350:535-40.
- [18] Nam JH, Kim JH, Kim DY, Kim MK, Yoo HJ, Kim YM et al. Comparative study of laparoscopic-vaginal radical hysterectomy and abdominal radical hysterectomy in patients with early cervical cancer. *Gynecol Oncol* 2004;92:277-83.
- [19] Coutant C, Morel O, Delpèch Y, Uzan S, Daraï E, Barranger E. Laparoscopic sentinel node biopsy in cervical cancer using a combined detection: 5-year experience. *Ann Surg Oncol* 2007;14:2392-9.
- [20] Ikushima H, Osaki K, Furutani S, Yamashita K, Kawanaka T, Kishida Y et al. Chemoradiation therapy for cervical cancer: toxicity of concurrent weekly cisplatin. *Radiat Med* 2006;24:115-21.

- [21] Edmonson JH, Su J, Krook JE. Treatment of ovarian cancer in elderly women. Mayo Clinic-North Central Cancer Treatment Group studies. *Cancer* 1993;71(2 Suppl): 615-7.
- [22] Childers JM, Lang J, Surwit EA, Hatch KD. Laparoscopic surgical staging of ovarian cancer. *Gynecol Oncol* 1995;59:25-33.
- [23] Tetsche MS, Dethlefsen C, Pedersen L, Sorensen HT, Norgaard M. The impact of comorbidity and stage on ovarian cancer mortality: a nationwide Danish cohort study. *BMC Cancer* 2008;8:31.
- [24] Van der Zee AG, Oonk MH, De Hullu JA, Ansink AC, Vergote I, Verheijen RH et al. Sentinel node dissection is safe in the treatment of early-stage vulvar cancer. *J Clin Oncol* 2008;26:884-9.
- [25] Diab SG, Elledge RM, Clark GM. Tumor characteristics and clinical outcome of elderly women with breast cancer. *J Natl Cancer Inst* 2000;92:550-6.
- [26] Salmon RJ, Remvikos Y, Campana F, Languille O, Magdalenat H, Asselain B et al; Breast Group of the Institut Curie. Neo adjuvant Tamoxifen in post menopausal patients with operable breast cancer. *Eur J Surg Oncol* 2003;29:831-4.
- [27] Martelli G, Miceli R, Costa A, Coradini D, Zurrida S, Piromalli D et al. Elderly breast cancer patients treated by conservative surgery alone plus adjuvant tamoxifen: fifteen-year results of a prospective study. *Cancer* 2008;112: 481-8.
- [28] Bender CM, Sereika SM, Brufsky AM, Ryan CM, Vogel VG, Rastogi P et al. Memory impairments with adjuvant anastrozole versus tamoxifen in women with early-stage breast cancer. *Menopause* 2007;14:995-8.
- [29] Pinder MC, Duan Z, Goodwin JS, Hortobagyi GN, Giordano SH. Congestive heart failure in older women treated with adjuvant anthracycline chemotherapy for breast cancer. *J Clin Oncol* 2007;25:3808-15.
- [30] Smith I, Procter M, Gelber RD, Guillaume S, Feyereislova A, Dowsett M et al. HERA study team. 2-year follow-up of trastuzumab after adjuvant chemotherapy in HER2-positive breast cancer: a randomised controlled trial. *Lancet* 2007;369:29-36.
- [31] Schweitzer KJ, Vierhout ME, Milani AL. Surgery for pelvic organ prolapse in women of 80 years of age and older. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2005;84:286-9.
- [32] DeLancey JO, Morley GW. Total colpocleisis for vaginal eversion. *Am J Obstet Gynecol* 1997;176:1228-32.
- [33] Barber MD, Amundsen CL, Paraiso MF, Weidner AC, Romero A, Walters MD. Quality of life after surgery for genital prolapse in elderly women: obliterative and reconstructive surgery. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2007;18: 799-806.
- [34] Olsen AL, Smith VJ, Bergstrom JO, Colling JC, Clark AL. Epidemiology of surgically managed pelvic organ prolapse and urinary incontinence. *Obstet Gynecol* 1997;89:501-6.
- [35] Maher C, Baessler K, Glazener CM, Adams EJ, Hagen S. Surgical management of pelvic organ prolapse in women. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;3:CD004014.
- [36] Sergent F, Sentilhes L, Resch B, Diguet A, Verspyck E, Marpeau L. Correction prothétique des prolapsus génito-urinaires selon la technique du hamac transobturateur infra-coccygien : résultats à moyen terme. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2007;36:459-67.
- [37] Sergent F, Gay-Crosier G, Bisson V, Resch B, Verspyck E, Marpeau L. Ineffectiveness of associating a suburethral tape to a transobturator mesh for cystocele correction on concomitant stress urinary incontinence. *Urology* 2009;74:765-70.
- [38] Shamliyan TA, Kane RL, Wyman J, Wilt TJ. Systematic review: randomized, controlled trials of nonsurgical treatments for urinary incontinence in women. *Ann Intern Med* 2008;148:459-73.
- [39] Grise P, Hermieu JF, Sergent F, Vidart A. Quelle place réserver aux interventions minimalistes dans l'incontinence urinaire d'effort ? *Pelv Perineol* 2007;2:S165-S166.
- [40] Michel-Laaengh N, Abadie M, Ranovona C, Moussa H, Knafo D, Maugourd MF. Incontinence en gériatrie : quelle prise en charge pour quel patient ? *Presse Med* 2001;30:308-12.