

Les thérapies orales anticancéreuses chez le sujet âgé

Jeudi 8 décembre 2022

Journées annuelles d'oncocentre

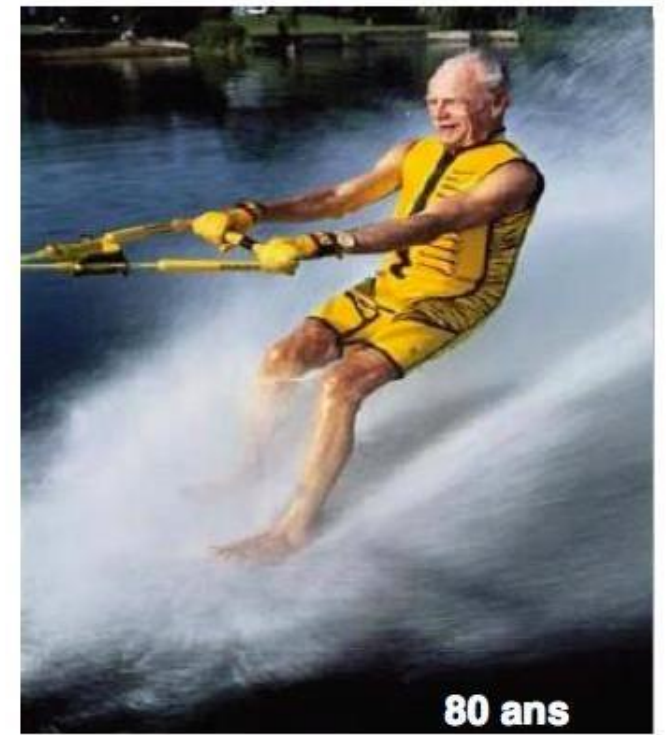
Bérengère Narciso, CHU Bretonneau, Tours



Conflits d'intérêt

- Participation à des boards scientifiques : Sanofi, BMS, Janssen, Ipsen, Novartis, Astra-Zeneca, Pfizer
- Le contenu et/ou les opinions exprimés lors de cette présentation, notamment celui ou celles(s) relatifs à la stratégie thérapeutique ont été réalisés en toute indépendance et sous ma responsabilité.
- La prescription des produits en France doit se faire dans le cadre de l'AMM et des RCP et être conforme à la stratégie thérapeutique émise par l'HAS (Avis de la commission de transparence)

Une
population
hétérogène



Traitements des cancers du sujet âgé

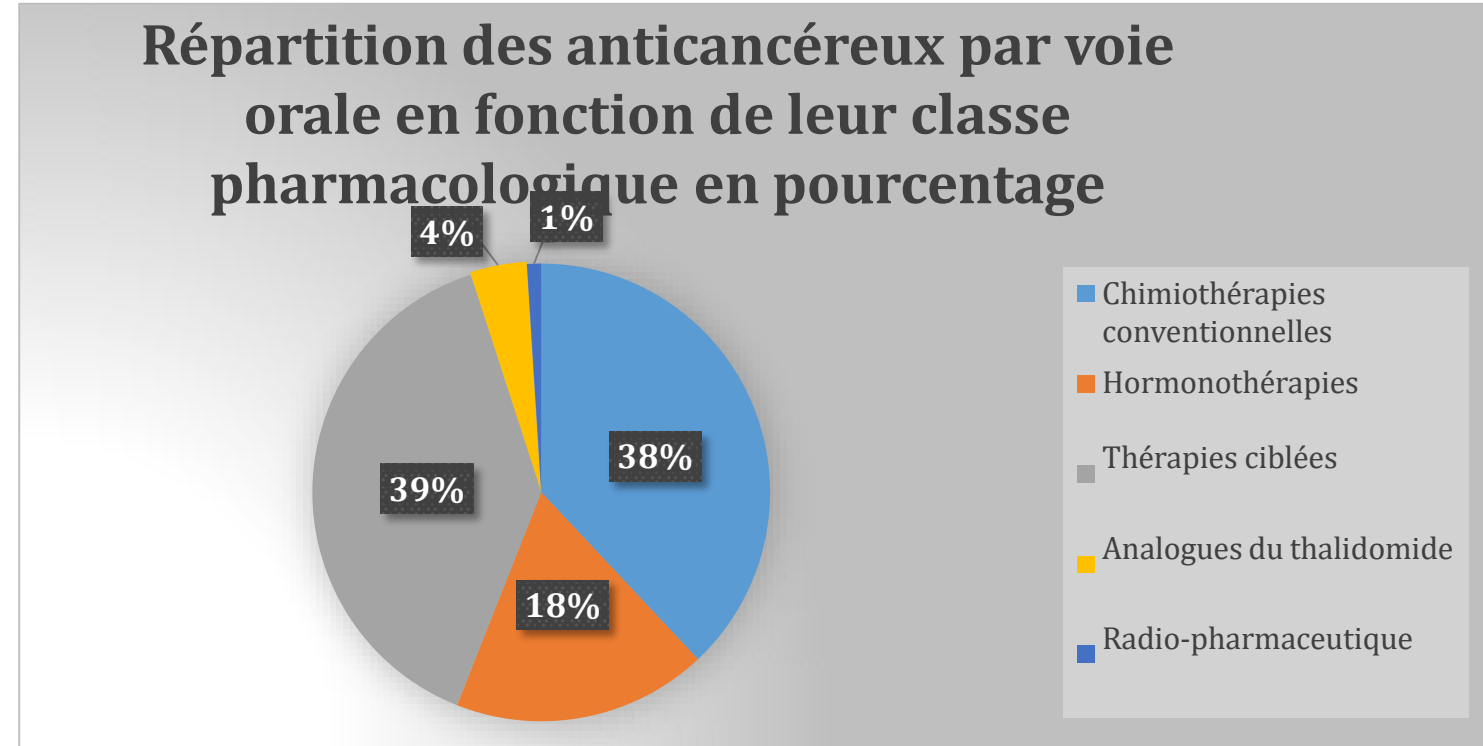
- Rappel épidémiologique
 - Incidence : 1 malade sur 3 >de 75 ans
 - Mortalité : première cause de mortalité après 75 ans
 - Diagnostic : souvent plus tardif, formes plus évoluées
 - Dépistage : arrêt du dépistage de masse après 74 ans

Les thérapies orales

- ◆ Thérapies orales du cancer anciennes (années 50)
- ◆ Une explosion actuelle des autorisations de mise sur le marché (50% des nouveaux anticancéreux) :
 - Chronicisation des prises en charge
 - Préférence des patients
 - Enjeu médico-économique : impact économique global plus faible que la forme IV (frais d'hospitalisation...)
- ◆ De multiples difficultés :
 - Transfert de responsabilité du soin de l'hôpital à l'ambulatoire (patient, aidant, médecin généraliste)
 - Population de plus en plus âgée et poly-pathologique

Thérapies orales

- Chimiothérapies orales
 - Palliative
 - Adjuvante
- Thérapies ciblées
- Hormonothérapies



Actuellement, **plus de 120 anticancéreux oraux disposent d'une AMM**

Evolution attendue :

Thérapies orales = 50 % des prescriptions d'anticancéreux en 2020 (source INCa 2016)

=> Maladie chronique

Thérapie orale : késako ?

- Hormonothérapie : bloquer l'action ou la production de certaines hormones
 - Sein : Létrozole, Exémestane, Anastrozole, Tamoxifène...
 - Prostate : Abiratérone, enzalutamide, apalutamide...
- Chimiothérapie orale : Capécitabine, Vinorelbine, Cyclophosphamide...
- Thérapies ciblées : traitements qui ciblent certaines protéines, ce qui entraîne un blocage des mécanismes qui sont indispensables à la prolifération des cellules cancéreuses et/ou, plus globalement, au développement de la tumeur.
 - « Petites molécules » : sunitinib, pazopanib, axitinib, niraparib erlotinib, imatinib, palbociclib, ...
 - « grosses molécules » : anticorps monoclonaux IV/SC

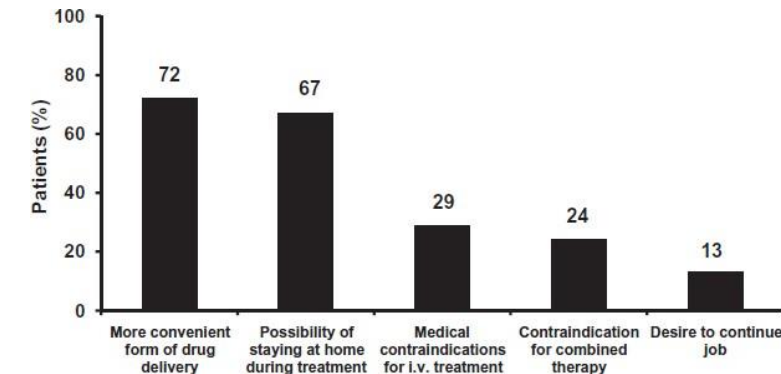
Souhait du patient

Liu, J Clin Oncol 1997

103 patients devant bénéficier d'une chimiothérapie palliative

- Préférence pour voie orale : 89%, pas de différence sur l'âge
- Motivations : facilité, appréhension de la voie IV, environnement plus sécurisant
MAIS pas à n'importe quel prix
- Indépendamment de la préférence initiale,
 - 70% des patients n'étaient pas disposés à accepter un taux de réponse plus faible
 - 74% n'étaient pas disposés à accepter une durée de réponse plus courte
- Qui doit décider au final ?
 - le médecin 39%
 - Eux même 38%
 - décision partagé 22%

Résultats superposable dans d'autres études en particulier dans le sein
100% des femmes



Généralités : les spécificités des thérapeutiques orales du cancer

Quelles spécificités ?

- ◆ Importance de l'observance
- ◆ Spécificités pharmacologiques
- ◆ Gestion ambulatoire des traitements
- ◆ Information et éducation thérapeutiques

Observance

« *Drugs don't work in patients who don't take them.* » (C Everett Koop)

= les traitements ne fonctionnent pas lorsqu'ils ne sont pas pris...

◆ L'observance

- **N'est pas** un acte d'obéissance aveugle du patient **mais** la conséquence de l'adhésion du patient au projet thérapeutique
- **Est** une démarche **active** (en anglais *adherence* ≈ **adhérence**) et non **passive** (*compliance* ≈ **compliance**) du malade, **prolongée dans le temps** (= **persistance**)
- **Est** rarement prise en compte dans les pratiques
- **Est** souvent surévaluée dans les essais thérapeutiques
- Dépend de **multiples covariables .../...**

Observance en gériatrie



◆ En gériatrie :

- Patients âgés considérés généralement comme non observants
 - Tts cardiotropes, anti-diabétiques

- Rôle de la galénique (solide > liquide), du goût,

Leger, J Pharmacie Clin 2002

- Adhésion / Compréhension / place des troubles cognitifs

Guillaumeau, Presse Med 2004

- Nombre de médicaments prescrits

- Fonction symbolique du médicament, rapport au système de santé

Collin, Gérontologie et société 2002

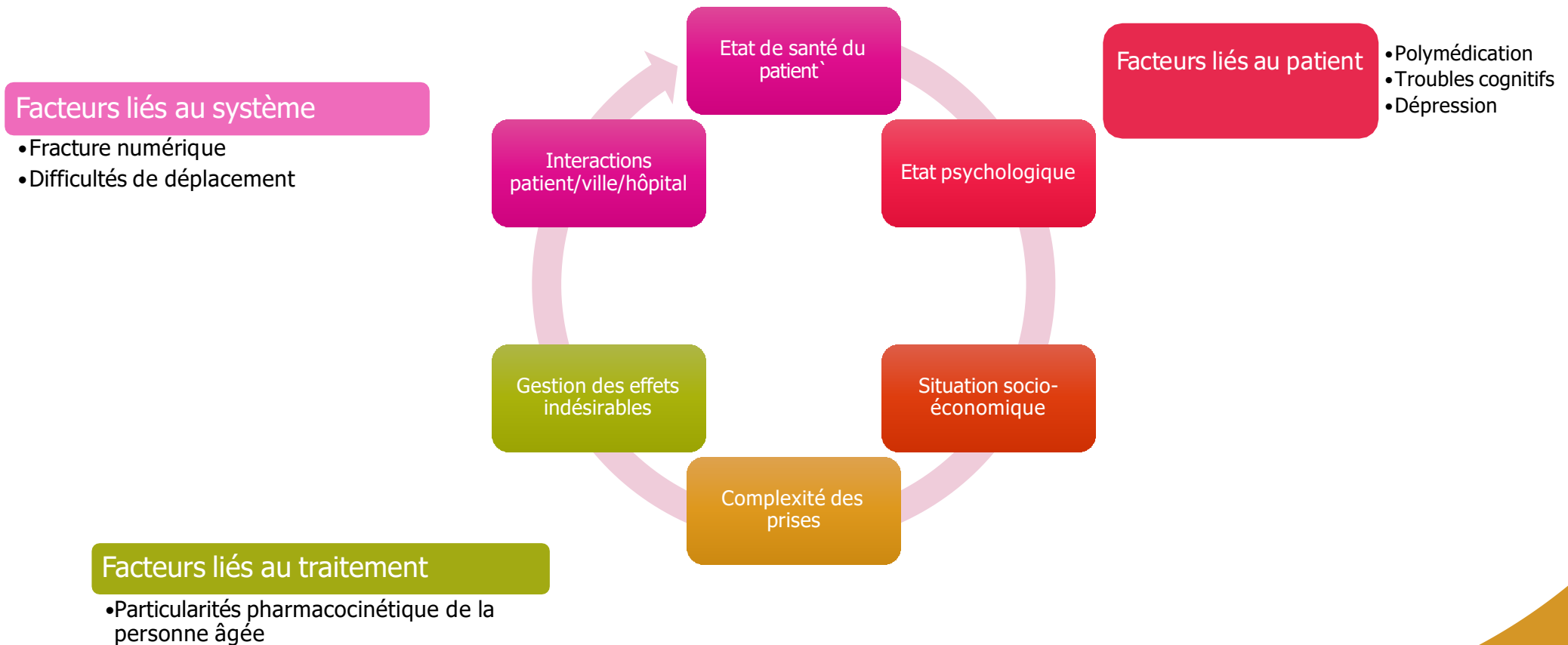
- => Plutôt « auto-régulation de la médication » que « inobservance involontaire »

Myers & Midence 1998

Risques de mauvaise adhésion



Risques de mauvaise adhésion chez le patient âgé



Conséquences du manque d'observance

- ◆ perte d'efficacité thérapeutique
- ◆ coûts de santé plus importants
 - examens diagnostiques inutiles voire parfois invasifs
 - hospitalisations non programmées ou prolongées
 - augmentation du taux de consultations médicales,
- ◆ modifications de doses ou de régime thérapeutique
- ◆ une diminution de la survie

Bonadonna G et al. N Engl J Med. 1981 Jan 1;304(1):10–5.
J Natl Cancer Inst. 1996 Nov 6;88(21):1543–9.
Srokowski TP et al. Cancer. 2008 Jul 1;113(1):22–9.
Ibrahim AR et al. Blood. 2011 Apr 7;117(14):3733–6.
Allemani C et al. Eur J Cancer Oxf Engl 1990. 2010 Jun;46(9):1528–36.

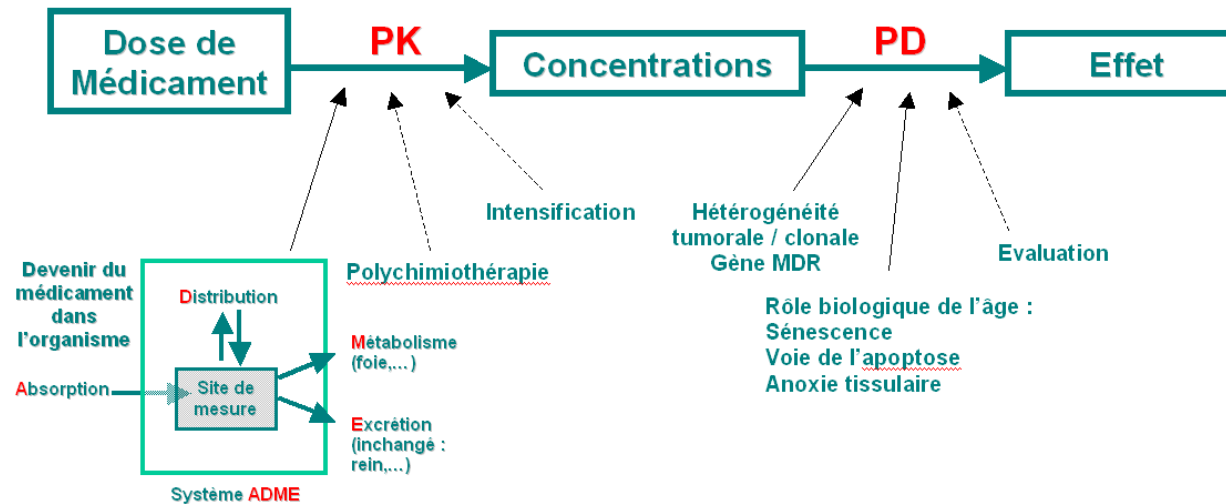
Darkow T et al. Pharmacoeconomics. 2007;25(6):481–96.
Col N et al. Arch Intern Med. 1990 Apr;150(4):841–5.
Ganesan P et al. Am J Hematol. 2011 Jun;86(6):471–4.
Mazzeo F et al. Anticancer Res. 2011 Apr;31(4):1407–9.
Hershman DL et al. Breast Cancer Res Treat. 2011 Apr;126(2):529–37.
McCowan C et al. Br J Cancer. 2008 Dec 2;99(11):1763–8.

Effets secondaires des thérapies ciblées chez la personne âgée

- Souvent exclus des essais
- Possible perte du bénéfice observé chez le patient âgé par rapport au patient jeune
- Un effet secondaire de grade I/II : tolérable chez un patient jeune et pas chez un patient âgé
- Nécessite souvent une adaptation de dose

Les spécificités pharmacologiques

- ◆ Pharmacologie dépendante du système A-D-M-E (Absorption – Diffusion – Métabolisme – Excrétion)



Absorption : ↘ due à ↘ flux sanguins

↘ sécrétion des enzymes digestifs
altération des membranes

Distribution : ↘ poids ou ↗ masse grasse (15% à 30% du poids), ↘ fluide intracellulaire, ↘ alb

Métabolisme: ↘ flux sanguin hépatique , ↘ CYP P450 (20-30% F<H), ↘ fct hépatocytaire

Excrétion : ↘ GFR avec âge

Interactions : ↗ nb des polymédications associées avec ↗ nb de comorbidités

Spécificités pharmacocinétiques de la personne âgée



ABSORPTION

- ↘ la vidange gastrique
- ↗ pH gastrique
- ↘ motilité gastro-intestinale
- ↘ flux sanguin splanchnique
- Atrophie de la muqueuse intestinale

DISTRIBUTION

- ↗ matière grasse augmente
- 15% à 30% du poids corporel
- ↘ compartiment hydrique 42% à 33%
- ↘ masse maigre musculaire
- Albumine

METABOLISME

- ↘ Métabolisme hépatique
- ↘ Masse hépatique
- ↘ débit sanguin hépatique

EXCRETION

- ↘ Flux sanguin rénal
- ↘ Filtration glomérulaire
- ↘ Sécrétion tubulaire
- ↘ Réabsorption tubulaire

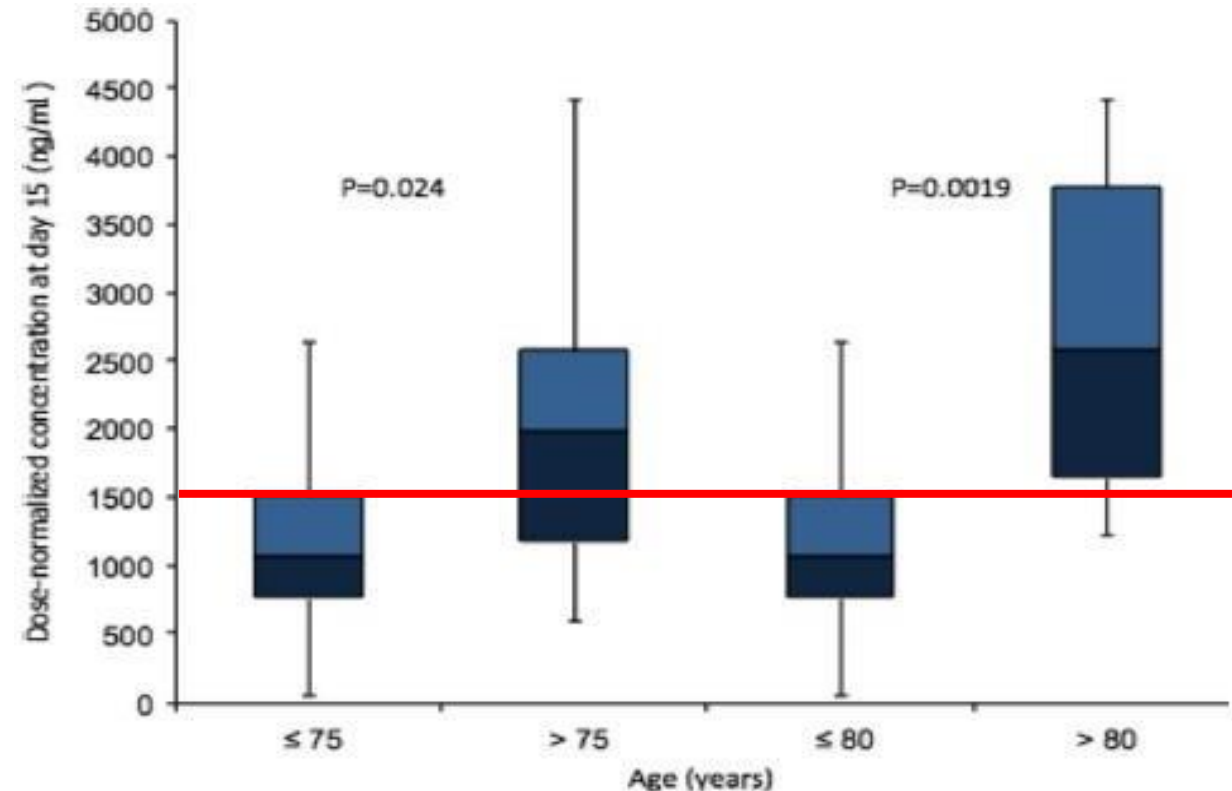
ERLOTINIB pharmacokinetics : a critical parameter influencing acute toxicity in elderly patients over 75 years old

Cancer du poumon stade IIIb et IV
 53 patients exploités 150 mg/j sauf 4 patients
 ES à 15 jours et dosage médicamenteux

Table 1 Adverse events at day 15

Adverse event	All grade adverse events - day 15		
	Age ≤ 75	Age > 75	p
All adverse event	23 (61 %)	15 (100 %)	0.003
Rash	14 (37 %)	7 (47 %)	0.35
Diarhea	9 (24 %)	8 (53 %)	0.18
Asthenia	8 (21 %)	6 (40 %)	0.18
Other	6 (16 %)	6 (40 %)	0.07

Fig. 2 Boxplot of dose-normalized erlotinib concentration in elderly and younger patients groups



Pas de différence significative tabac actif, comédication et IPP
 Différence pour la masse maigre

Absorption des thérapies orales



ABSORPTION

- ↘ la vidange gastrique
- ↗ pH gastrique
- ↘ motilité gastro-intestinale
- ↘ flux sanguin splanchnique
- Atrophie de la muqueuse intestinale

➤ Alimentation

le bol alimentaire impacte la vidange gastrique et la sécrétion biliaire surtout si le bol alimentaire est riche en calories et en graisse

⇒ Ralentir l'absorption intestinale

➤ pH

IPP et antiacides dans la population gériatrique environ 15%

La solubilité des -inib est pH dépendante et est freinée si $\text{pH} > 5$

⇒ diminution de la biodisponibilité

Recommandations par rapport au repas

Pendant les repas

- Capecitabine
- vinorelbine
- vemurafenib
- imatinib

En dehors du repas

- erlotinib
- nilotinib
- sorafenib
- lapatinib
- Temozolomide
- cyclophosphamide
- Pazopamib
- Chlorambucil
- Idaburicine
- Tegafur/uracil

Indifférents

- Sunitinib
- danatinib
- gefitinib
- évérolimus
- procarbazine
- vandetanib
- crizotinib
- axitinib
- ruxolitinib



La personne âgée ne fait souvent qu'un seul vrai repas et plutôt le midi

Les IPP et pansement gastrique

Drug (dose)	Acid-reducing agent	Mean change		Subjects
		AUC	C _{max}	
Dasatinib (50 mg)	Famotidine (40 mg) 10 hours prior to dasatinib Famotidine (40 mg) 2 hours after dasatinib	↓ 61%	↓ 63%	Healthy subjects
		↔	↔	
Dasatinib (50 mg)	Maalox 30 ml 2 hours prior to dasatinib Maalox 30 ml coadministered with dasatinib	↔	↑ 26%	Healthy subjects
		↓ 55%	↓ 58%	
Dasatinib (100 mg)	Omeprazole (40 mg) daily for 5 days and on day 5 with dasatinib	↓ 43%	↓ 42%	Healthy subjects
Erlotinib (150 mg)	Omeprazole (40 mg) daily for 7 days	↓ 46%	↓ 61%	Healthy subjects
		↓ 58% ^a	↓ 69% ^a	
Erlotinib (150 mg)	Ranitidine 300 mg daily for 5 days and erlotinib 150 mg single dose 2 hours after ranitidine dose on third day	↓ 33%	↓ 54%	Healthy subjects
Erlotinib (150 mg)	Ranitidine 150 mg b.i.d. for 5 days and erlotinib 150 mg single dose 2 hours before and 10 hours after ranitidine on third day	↓ 15%	↓ 17%	Healthy subjects
Gefitinib (250 mg)	Two oral doses of 450 mg ranitidine (13 hours and 1 hour before 250 mg of gefitinib) followed by sodium bicarbonate to maintain gastric pH above 5 for 8 hours	↓ 44%	↓ 70%	Healthy subjects
Imatinib (400 mg)	Omeprazole (40 mg) daily for 5 days and on day 5 with imatinib	↔	↔	Healthy subjects
Imatinib (400 mg)	Maalox Max (20 ml) 15 minutes before imatinib	↔	↔	Healthy subjects
Lapatinib (1,250 mg)	Esomeprazole (40 mg) daily for 7 days at bedtime	↓ 26%	NA	Cancer patients
Nilotinib (400 mg)	Esomeprazole (40 mg) daily for 6 days and on day 6 with nilotinib	↓ 34%	↓ 27%	Healthy subjects
Axitinib (5 mg)	Rabeprazole (20 mg) q.d.	↓ 15%	↓ 40%	Cancer patients

AUC, area under the curve; C_{max}, peak plasma concentration; NA, not applicable.

PAZOPANIB

Absorption est pH dépendante

La concentration < 20,5 µg/ml dans le cancer du rein et sarcome diminuent la PFS

338 patients

Dont 35,3% traité par antiacides

17% pendant au moins 80% du tps de tt

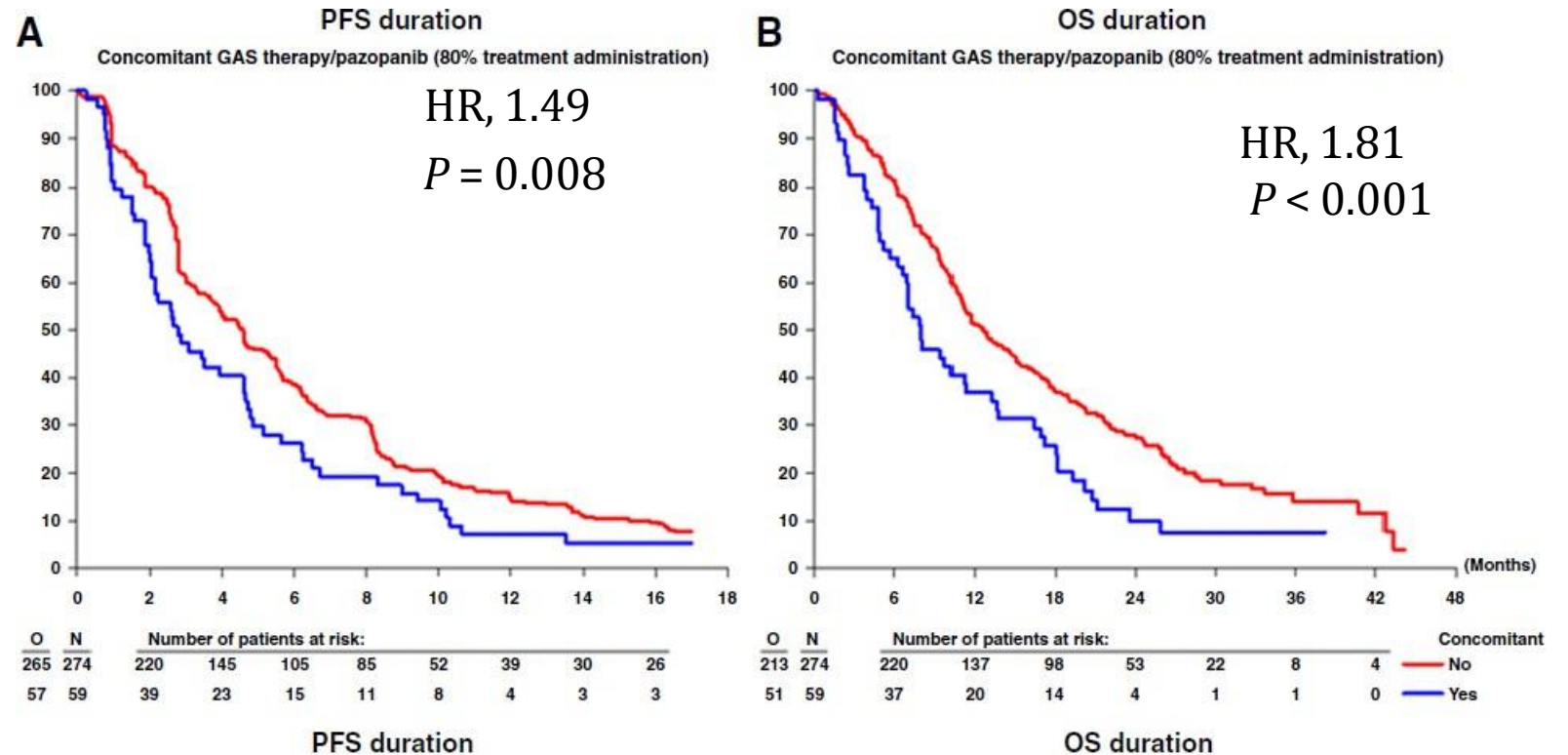
Baisse de la toxicité

HTA

Toxicité cutanée

Dysfonction thyroïde

=> Pas assez d'événements



Le volume de distribution Vd

DISTRIBUTION

- ↗ matière grasse augmente
15% à 30% du poids corporel
- ↘ compartiment hydrique 42% à 33%
- ↘ masse maigre musculaire
- ↘ Albumine

↗ du Vd pour les médicaments liposoluble
Risque d'accumulation

↘ Vd pour les médicaments hydrosoluble

Temozolomide
Methotrexate
Fluorouracil

Cyclophosphamide

La masse musculaire

✓ Age :

> 50 ans ↘ 1 à 2%/an

La masse grasse augmente de 30 à 50%

✓ **Cancer :**

↘ **chez 80% des patients**

Mesure par la coupe scanner en L3

Relation entre sarcopénie et toxicité des chimiothérapies et thérapies ciblées

Risque multiplié entre 2 et 16 fois

Etude	Cancer	Traitement	N	Age Median	Mesure de toxicité	Evaluation CC	Association sarcopénie et toxicité	Association masse grasse avec toxicité
Prado et al 2009	Sein métastatique	Capecitabine	55	54,8+/- 10,4	Grade 2 ou +	TDM	OUI HR 4,1 p 0,04	ND
Antoun et al 2010	Rein métastatique	Sorafebub	55	59 38-76	Grade 2 ou +	TDM	OUI 37% vs 5% P= 0,005	ND
Mir et al 2012	CHC	Sorafenib	40	62,5 32-79	Grade 3-4	TDM	OUI 81% vs 31% P= 0,005	ND
Massicotte et al 2013	Médullaire de la Thyroïde	Vandetanib	33	51 27-69	Toute toxicité	TDM	OUI DLT	OUI Faible masse grasse viscérale et sous cutané
Huillard et al 2013	Rein métastatique	Sunitinib	61	60 21-83	Toute toxicité	TDM	OUI DLT	NB
Cushen et al 2014	Rein métastatique	Sunitinib	55	66 58-80	Toute toxicité	TDM	OUI DLT	NON

Métabolisme

METABOLISME

- ↳ Métabolisme hépatique
- ↳ Masse hépatique
- ↳ débit sanguin hépatique

Le Foie : principal voie métabolique des médicaments

- les enzymes du Cytochrome P450 interviennent dans le métabolisme de nombreux médicaments pour permettre la transformation en métabolite actif
- Selon ANSM : 50% des médicaments sont métabolisés par **CYP3A4**
- Mais aussi : CYP 1A2, CYP 2C9, CYP2D6

INDUCTEUR OU INHIBITEUR

RISQUE DE SOUS DOSAGE
ECHEC THERAPEUTIQUE

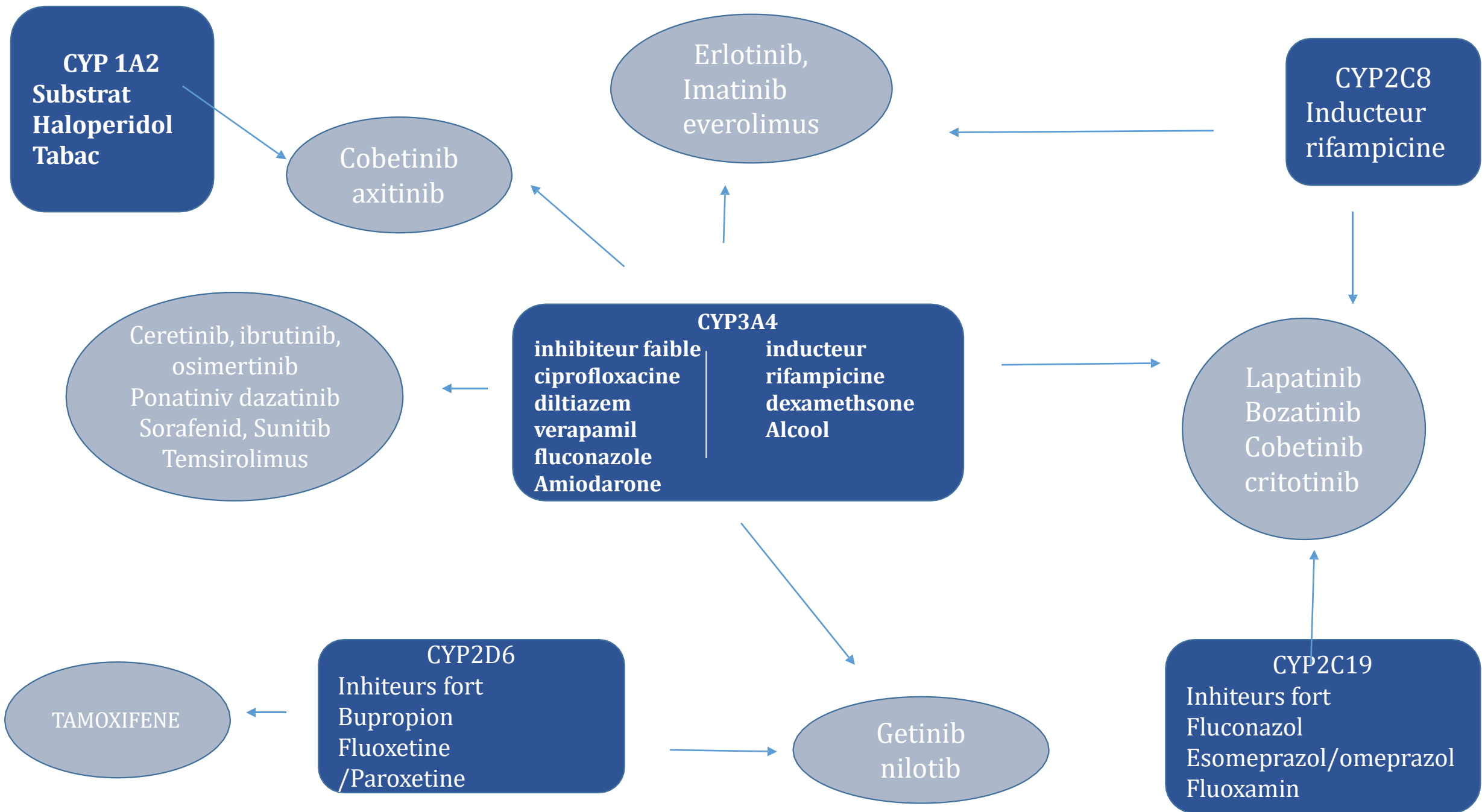
PROGRESSIVE 10/15 JOURS

RISQUE DE SURDOSAGE
TOXICITE

IMMEDIAT

*Tableau 7: Quelques molécules substrats, inhibiteurs ou inducteurs des cytochromes.
A partir de (38), (39)*

CYP	Substrats	Inhibiteurs	Inducteurs
3A4	<p>Amlodipine, Félodipine, Nicardipine</p> <p>Atorvastatine, Simvastatine</p> <p>Colchicine</p> <p>Dérivés ergotés</p> <p>Contraceptifs oraux (estradiol)</p> <p>Apixaban, Dabigatran, Rivaroxaban</p> <p>Clopidogrel, Prasugrel, Ticagrelor</p> <p>Codéine, Tramadol, Fentanyl, Méthadone</p> <p>Prednisolone</p> <p>Sirolimus, Tacrolimus</p> <p>Inhibiteurs de tyrosine kinase</p>	<p>Amiodarone</p> <p>Anti-fongiques azolés (Fluconazole, Itraconazole, Kétoconazole, Myconazole)</p> <p>Ciclosporine</p> <p>Diltiazem, Vérapamil</p> <p>Inhibiteurs de la protéase VIH (ritonavir, saquinavir,...)</p> <p>Macrolides (Clarithromycine, Erythromycine)</p> <p>Cimétidine</p> <p>Jus de pamplemousse</p>	<p>Anti-épileptiques (Carbamazépine, Phénitoïne, Phénobarbital, Topiramate)</p> <p>Rifampicine</p> <p>Névirapine, Efavirenz</p> <p>Millepertuis</p> <p>Alcool</p>
2D6	<p>Aripiprazole, Métoprolol, Propranolol, Nébivolol, Venlafaxine, Tamoxifène</p>	<p>Amiodarone, Chloroquine, Cimétidine, Clomipramine, Flécainide, Fluoxétine, Halopéridol, Métoclopramide, Paroxétine, Quinidine, Risperidone, Terbinafine</p>	
2C9/2C19	<p>AINS, AVK, Benzodiazépine</p>	<p>Acide valproïque, Antifongiques azolés, Erlotinib, Oméprazole, Lansoprazole (2C9), Pantoprazole (2C19), Métronidazole</p>	<p>Carbamazépine, Phénobarbital, Phénytoïne, Rifampicine, Ritonavir</p>
1A2	<p>Lidocaine, Ondansétron, Théophylline, Zolmitriptan</p>	<p>Fluoroquinolones</p>	<p>Tabac (goudrons)</p>
2B6	<p>Bupropion, Prasugrel, Clopidogrel, Sertraline, Tramadol</p>	<p>Clopidogrel, Nelfinavir, réglisse, Voriconazole</p>	<p>Efavirenz, Rifampicine</p>



Médecines complémentaires ou phytothérapie

exceptionnellement Titré à +,
avonol, excellent pour Augr
, Renforcer l'organisme, le
concentration et la mémoire.



- 30 à 70% des patients que ce soit pour le cancer ou effets secondaires du traitement ou autres pathologies
- 57% des patients ne l'ont pas dit à leur médecin
car personne ne leur a posé la question !!
- Interaction au niveau des CYP 3A4
- Inhibition Ginkgo biloba (CYP2C19) et gingembre
- Induction Echinacea , Kava kava
toxicité hépatique
- Millepertuis inductions de nombreux cyp => CONTRE INDICATION



Interaction between phytotherapy and oral anticancer agents: prospective study and literature review

Table 2 Herb–drug interactions in patients with oral anticancer agents and pharmaceutical counseling sessions

	Oral antineoplastic agent	Plant	
Contraindications: increase in antineoplastic agent concentrations	Capecitabine	Cannabis, German chamomile, grape seed, ginkgo, milk thistle, red yeast rice	
	Erlotinib	Hibiscus, red yeast rice, thyme	
	Everolimus	Red yeast rice, valerian	
	Gefitinib	Aloe vera, dandelion, ginkgo, hibiscus, peppermint	
	Palbociclib	Curcumin, mistletoe, peppermint, rosemary, thyme, verbena	
	Pazopanib	Aloe vera, German chamomile, mistletoe	
	Sorafenib	Grape seed	
	Sunitinib	Aloe vera, hawthorn, thyme, verbena	
	Contraindications: decrease in antineoplastic agent concentrations	Everolimus	Hawthorn
		Gefitinib	Caraway seed
Precaution for use: same pharmacokinetic (OAA and plants inhibit or induce the same CYP or transporter)		Abiraterone	Verbena
	Afatinib	Pineapple	
	Capecitabine	Curcumin, Echinacea	
	Enzalutamide	Curcumin, dandelion, pineapple	
	Erlotinib	Salpan	
	Palbociclib	Corosol	
	Precaution for use: decrease of antineoplastic agent concentrations	Erlotinib	Fermented wheat germ extract, Psyllium
		Everolimus	Fermented wheat germ extract
Gefitinib		Sweet cumin	
Sorafenib		Fermented wheat germ extract	
Precaution for use: same side effects	Erlotinib	Psyllium, red yeast rice	

CYP Cytochrome P450, *OAA* oral anticancer agent

Spécificité pharmacocinétique de la personne âgée



EXCRETION

- ↘ Flux sanguin rénal
- ↘ Filtration glomérulaire
- ↘ Sécrétion tubulaire
- ↘ Réabsorption tubulaire

Adaptation des doses de médicaments en fonction
De la clairance de la créatinémie

METHOTREXATE
CAPECITABINE
FLUDARABINE

LE BON USAGE CLINIQUE DU MÉDICAMENT

INSCRIPTION GRATUITE

29 mai 2019



The screenshot displays the DIANE (Drug Interaction Analysis Network) module interface. It features a central human figure with internal organs highlighted, and two side panels showing detailed analysis results for specific drug interactions, including drug names, doses, and clinical significance.

LE MODULE DIANE EST EN LIGNE

Nouveau module d'analyse d'interactions médicamenteuses sur GPR !

Découvrez notre nouveau module DIANE en cliquant sur « Lire la suite »



[Lire la suite >](#)



REIN



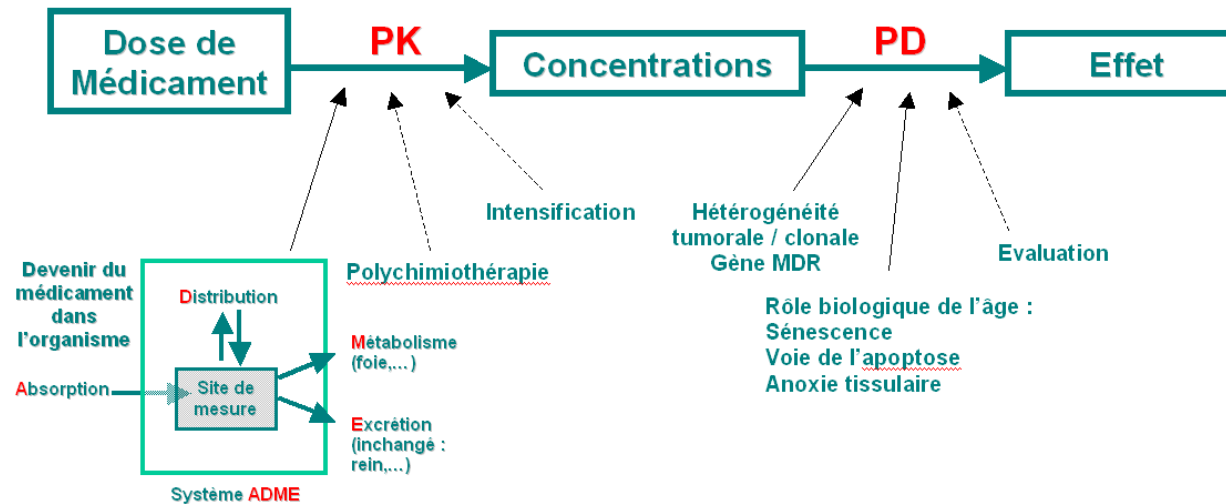
INTERACTIONS



GROSSESSE

Les spécificités pharmacologiques

- ◆ Pharmacologie dépendante du système A-D-M-E (Absorption – Diffusion – Métabolisme – Excrétion)



Absorption : ↘ due à ↘ flux sanguins

↘ sécrétion des enzymes digestifs
altération des membranes

Distribution : ↘ poids ou ↗ masse grasse (15% à 30% du poids), ↘ fluide intracellulaire, ↘ alb

Métabolisme: ↘ flux sanguin hépatique , ↘ CYP P450 (20-30% F<H), ↘ fct hépatocytaire

Excrétion : ↘ GFR avec âge

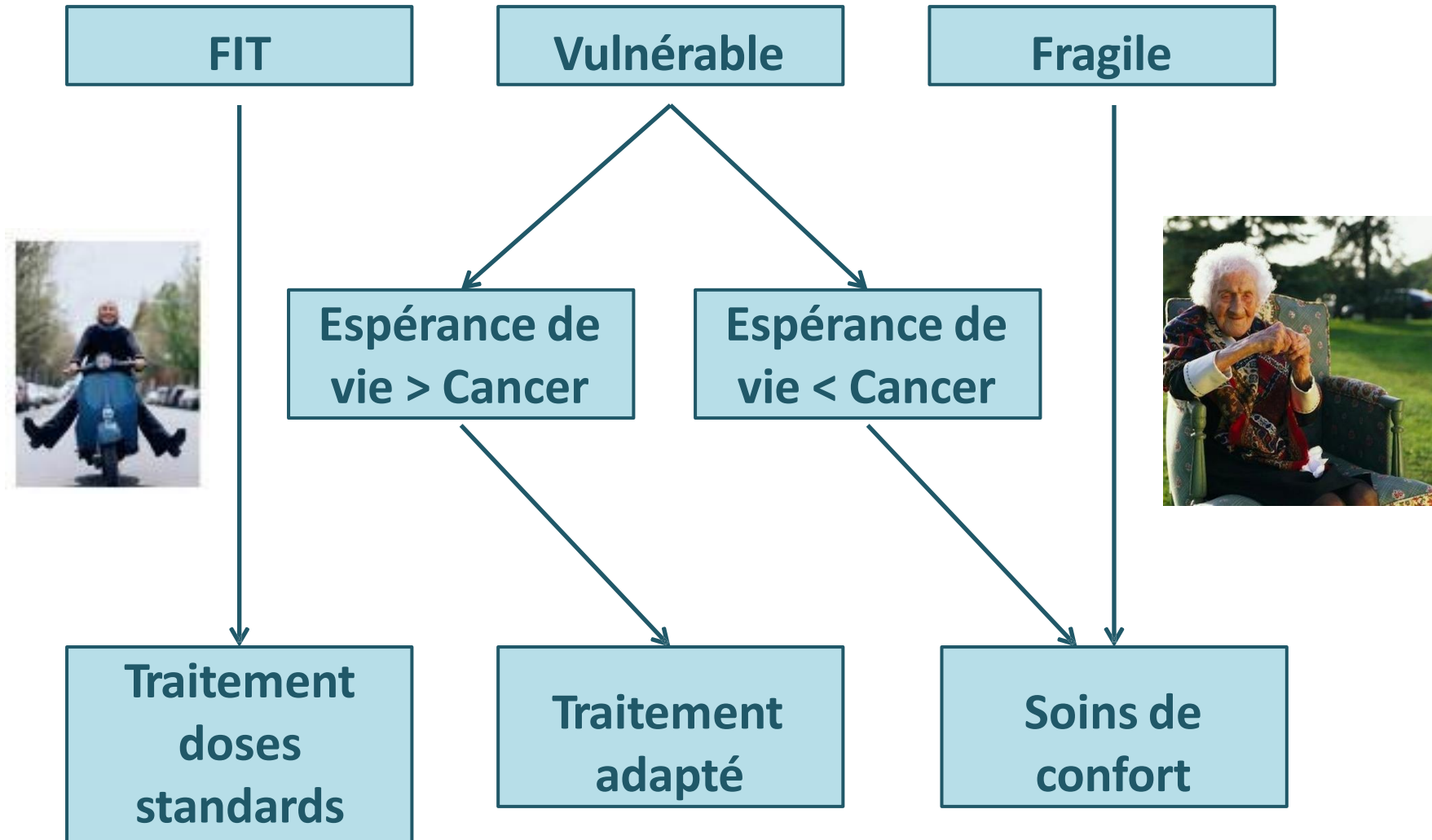
Interactions : ↗ nb des polymédications associées avec ↗ nb de comorbidités

La Classification de Balducci



	Type 1	Type 2	Type 3
Âge	> 75	> 75	>85
ADL	6/6	normal	Anormal
IADL	8/8	□ de 1 pt	□ Au moins 2 pts
Comorbidités	0	Un légère	≥ 2 sévères
Syndrome G	0	0	≥ 1
Mortalité	8-12%	16-25%	> 40%

Arbre décisionnel



Respiratoire

SENSORIEL

Presby acousie
Presbytie

METABOLISME

Insulino-resistance



Vieillesse usuel

CŒUR

- réduction remplissage ventriculaire par défaut de relaxation
- Déconditionnement cardiaque à l'effort

OS

- masse osseuse basse
- altération microarchitecture tissu osseux
- fragilité osseuse

Médullaire

Baisse des réserves hématopoïetique

CEREBRAL

- Augmentation des temps de réaction
- Réduction modérée des performances mnésiques en particulier les informations nouvelles.

Respiratoire

BPCO 16,9%

Cancer

20,2%

METABOLISME

DNID +/- compliqué
15,1%
Dysthyroïdie

CŒUR

HTA 46,4%(75%)
Insuffisance cardiaque
7,7% (diastolique)
Cardiopathie ischémique
ou angine de poitrine
28,4%
FA 12%

SENSORIEL

DMLA
Cataracte

Population générale
80% des patients => >ou = 1



Vieillesse vulnérable

OS et articulaire 2,3%

Ostéoporose
Fracture sur os
ostéoporotique

Médullaire

Myélodysplasie

CEREBRAL

Démence 4,2%
(6,9-29%)
AVC 7,9%
Troubles
psychiatrique 4%

Baisse des capacités fonctionnelles

ADL/IADL

Baisse des capacités d'adaptation au stress



Vieillesse pathologique

OS et muscle

Hormonothérapie

CEREBRAL

Hormonothérapie

METABOLISME

Everolimus

CŒUR

➤ Traitement Bradycardisant

Inhibiteurs ALK :
alectinib brigatinib
ceztinib crizotinib
BCR ABL

➤ Allongement du QT

➤ ALK : ceztinib
crizotinib
➤ BCR abl : bosutinib
➤ EGFR ; lapatinib
vandetinib

CŒUR

➤ Troubles cardiovasculaire

Ponatinib
Lapatinib
Cyclophosphamide
Capecitabine
Hormonothérapies +
TAM (+ TE)
Lenalidomide et
pomalidomide (TE)

OS et muscle

Chute
Fracture
Troubles de la marche

CEREBRAL

Confusion
Dépendance ADL et IADL
Diminution observance
Mises en place d'aides

METABOLISME

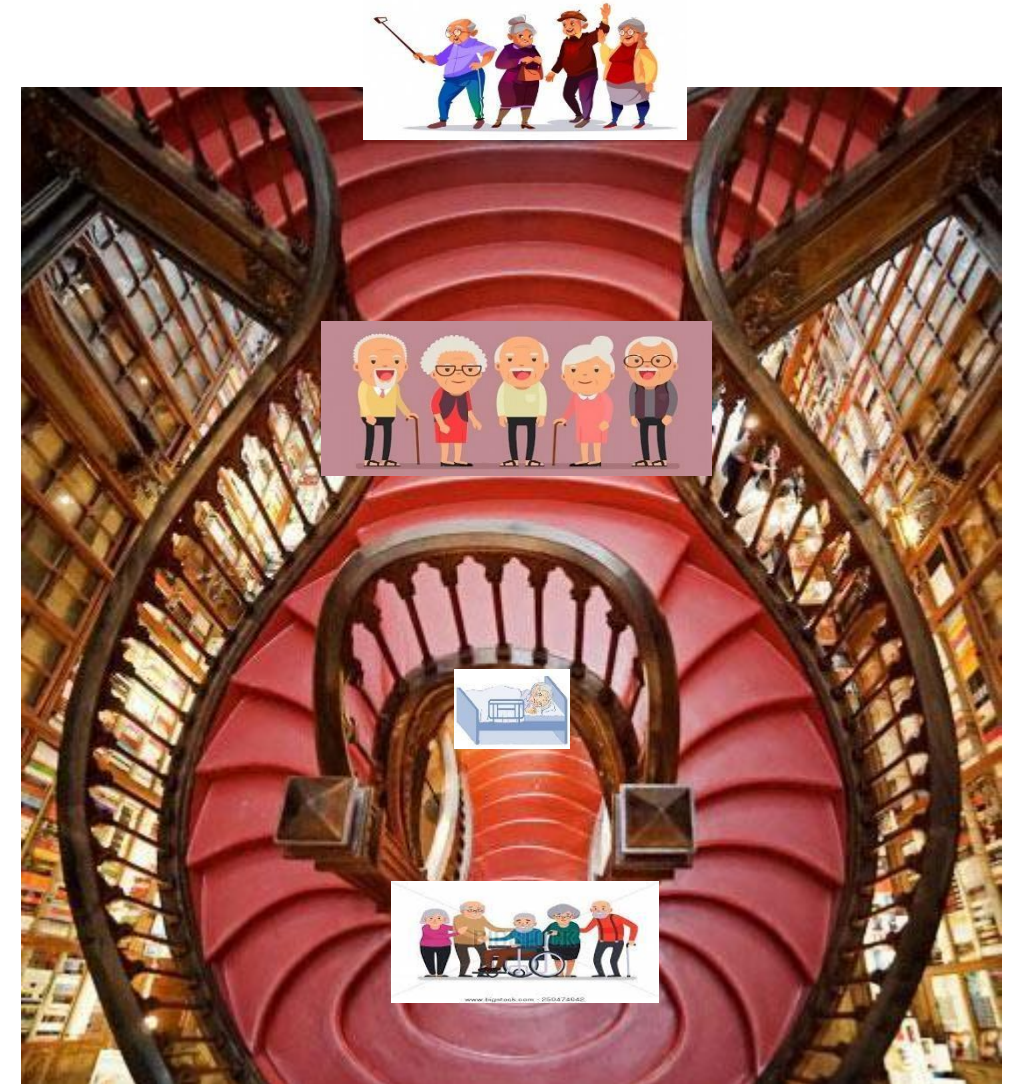
Hospitalisation
Insulinothérapie

CŒUR 50%

Décompensation
Hospitalisation



**ARRET DU TRAITEMENT
DEPENDANCE
INSTITUTIONALISATION
DECES**



Chez la personne âgée



Avantages

Moins de contraintes

- Moins de visites médicales
- Flexibilités dans le temps et dans l'espace

Améliore l'autonomie du patient

- Améliore le sentiment d'être un acteur de la maladie
- Moins de temps à l'hôpital

Exposition prolongé au traitement

Non invasif

- Evite les complications à long terme de l'accès IV et la chambre implantable

Réduction des soins de santé autour du traitement



Inconvénients

Majoration du risque de polypharmacie et interactions

Problème de biodisponibilité

- Efficacité peut être compromise par modification de l'absorption gastrique

Modalité de prise compliqué surtout en cas d'altération cognitive ou environnement inadéquate

Difficultés d'observance

- Non adhérences : diminution efficacité , échec et arrêt précoce du traitement
- Sur adhérence augmente risque de toxicité et intolérance au traitement

Moins de soutien

- Sentiment d'isolement

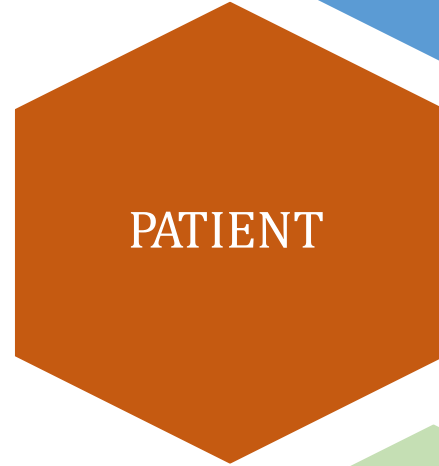
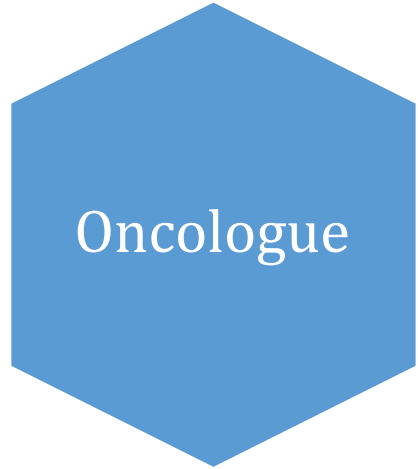
Moins de surveillance médicale

- Augmentation du risque d'erreur
- Moins bonne surveillance des toxicités

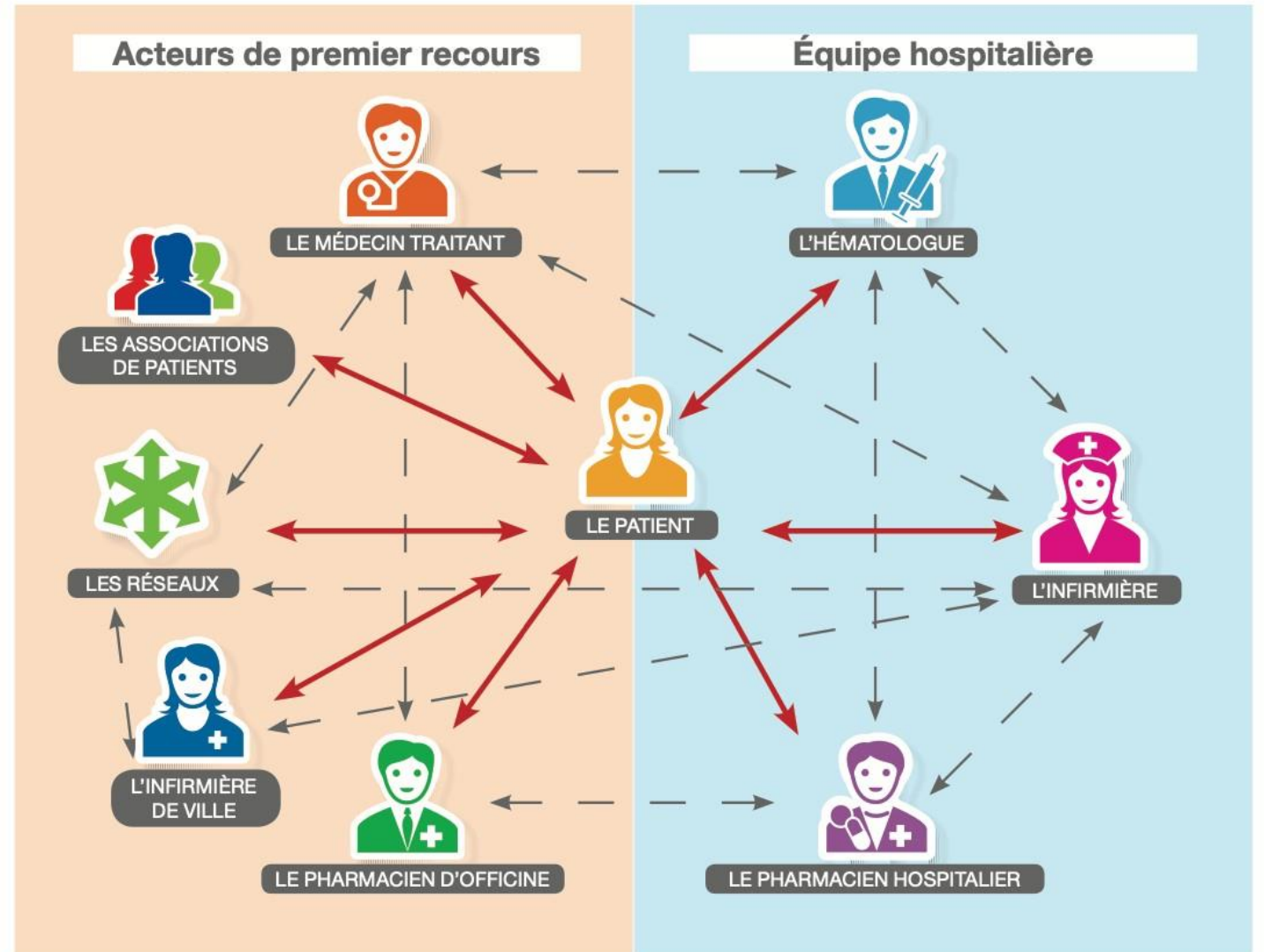
conclusion

- Les thérapies orales sont vécues comme un progrès en raison de leurs efficacités et de leur profil de tolérance, mais nécessitent un encadrement strict
- **MAIS** il faut se souvenir
- Parcours complexe et pluridisciplinaire, d'autant plus chez la personne âgée
- Effets indésirables touchent quand même 7 à 10% des patients
- Interactions touchent 25 à 75% des patients
- Observance
 - 1 patient sur 6 prend correctement son traitement et
 - 1/3 oubli occasionnellement
- Coordination ville-hôpital primordiale

Il faut le BON...



Conclusion



MERCI DE
VOTRE
ATTENTION

