

Peut on traiter de la même manière le lymphome non hodgkinien chez tous les patients qu'ils aient plus ou moins 70 ans ?

Pierre Soubeyran, Institut Bergonié et Université Bordeaux Segalen, Bordeaux

Aucune réponse simple ne peut être donnée à cette question. Tout d'abord compte tenu de la variabilité des comportements des différents lymphomes identifiés mais aussi compte tenu de l'hétérogénéité de l'état de santé des sujets âgés. La question unique est pourtant de donner à nos patients le maximum de chances de contrôler leur maladie sans dégrader – ou en altérant au minimum – leurs conditions de vie et plus largement leur qualité de vie. Pour mieux résoudre cette situation complexe, il est indispensable d'évaluer au plus près la situation, tant le lymphome, son extension et son pronostic, que le patient et son état de santé.

Pour le lymphome, il n'y a pas de raison de changer les standards de pratique et le bilan est strictement identique quel que soit l'âge. Il n'en est bien sûr pas de même pour l'état de santé qui doit être analysé d'autant plus précisément que le patient est âgé et fragile avec d'une part les outils classiques permettant d'étudier les grandes fonctions et d'autre part les moyens identifiés par les gériatres pour évaluer l'état de santé : les outils de l'évaluation gériatrique standardisée. Ces tests et questionnaires ont maintenant démontré leur intérêt pour affiner la prédiction des événements indésirables liés au traitement, que ce soit les hospitalisations non programmées, les toxicités sévères, les pertes d'autonomie en cours de traitement voire les décès précoces. La difficulté est leur lourdeur d'utilisation liée au temps humain nécessaire pour les remplir. Ce problème tend actuellement à se résoudre par l'introduction d'outils de screening tels que le G8 et le VES13.

Finalement, ce n'est pas l'âge qui réellement détermine le choix du traitement. Le lymphome, selon son type histologique, impose une stratégie thérapeutique qui doit être appliquée quel que soit l'âge mais tant que l'état de santé du patient le permet. Des adaptations de dose et de schéma peuvent être proposées selon l'état de vulnérabilité du patient selon des règles qui restent encore mal définies ou du moins variables selon les équipes mais avec des progrès continus vers une rationalisation des décisions thérapeutiques au bénéfice des patients. Plusieurs expériences pilotes ont été menées, en France et ailleurs, qui apportent des débuts de solution. Les outils gériatriques y prennent une place grandissante.