



HAL
open science

Les recommandations du CCAFU sont-elles appliquées chez les patients âgés de plus de 70 ans atteints d'un cancer de la prostate ? Analyse de 2013 à 2018 sur le territoire des Hautes Alpes

Julie Lopez

► To cite this version:

Julie Lopez. Les recommandations du CCAFU sont-elles appliquées chez les patients âgés de plus de 70 ans atteints d'un cancer de la prostate ? Analyse de 2013 à 2018 sur le territoire des Hautes Alpes. Sciences du Vivant [q-bio]. 2020. dumas-03014718

HAL Id: dumas-03014718

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03014718>

Submitted on 19 Nov 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Les recommandations du CCAFU sont-elles appliquées chez les patients âgés de plus de 70 ans atteints d'un cancer de la prostate ? Analyse de 2013 à 2018 sur le territoire des Hautes Alpes.

T H E S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

DE MARSEILLE

Le 15 Octobre 2020

Par Madame Julie LOPEZ

Née le 18 novembre 1992 à Toulouse (31)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de GERIATRIE NR

Membres du Jury de la Thèse :

Madame le Professeur BONIN-GUILLAUME Sylvie	Président
Monsieur le Professeur LECHEVALLIER Eric	Assesseur
Monsieur le Professeur COSTELLO Régis	Assesseur
Monsieur le Docteur GUILLEM Olivier	Directeur

FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & PARAMÉDICALES

Doyen	:	Pr. Georges LEONETTI
Vice-Doyen aux affaires générales	:	Pr. Patrick DESSI
Vice-Doyen aux professions paramédicales	:	Pr. Philippe BERBIS
Conseiller	:	Pr. Patrick VILLANI

Asseseurs :

➤ aux études	:	Pr. Kathia CHAUMOITRE
➤ à la recherche	:	Pr. Jean-Louis MEGE
➤ à l'unité mixte de formation continue en santé	:	Pr. Justin MICHEL
➤ pour le secteur NORD	:	Pr. Stéphane BERDAH
➤ Groupements Hospitaliers de territoire	:	Pr. Jean-Noël ARGENSON
➤ aux masters	:	Pr. Pascal ADALIAN

Chargés de mission :

➤ sciences humaines et sociales	:	Pr. Pierre LE COZ
➤ relations internationales	:	Pr. Stéphane RANQUE
➤ DU/DIU	:	Pr. Véronique VITTON
➤ DPC, disciplines médicales & biologiques	:	Pr. Frédéric CASTINETTI
➤ DPC, disciplines chirurgicales	:	Dr. Thomas GRAILLON

ÉCOLE DE MEDECINE

Directeur	:	Pr. Jean-Michel VITON
------------------	---	------------------------------

Chargés de mission

▪ PACES – Post-PACES	:	Pr. Régis GUIEU
▪ DFGSM	:	Pr. Anne-Laure PELISSIER
▪ DFASM	:	Pr. Marie-Aleth RICHARD
▪ DFASM	:	Pr. Marc BARTHET
▪ Préparation aux ECN	:	Dr Aurélie DAUMAS
▪ DES spécialités	:	Pr. Pierre-Edouard FOURNIER
▪ DES stages hospitaliers	:	Pr. Benjamin BLONDEL
▪ DES MG	:	Pr. Christophe BARTOLI
▪ Démographie médicale	:	Dr. Noémie RESSEGUIER
▪ Etudiant	:	Elise DOMINJON

ÉCOLE DE DE MAIEUTIQUE

Directrice : **Madame Carole ZAKARIAN**

Chargés de mission

- 1^{er} cycle : Madame Estelle BOISSIER
- 2^{ème} cycle : Madame Cécile NINA

ÉCOLE DES SCIENCES DE LA RÉADAPTATION

Directeur : **Monsieur Philippe SAUVAGEON**

Chargés de mission

- Masso- kinésithérapie 1^{er} cycle : Madame Béatrice CAORS
- Masso-kinésithérapie 2^{ème} cycle : Madame Joannie HENRY
- Mutualisation des enseignements : Madame Géraldine DEPRES

ÉCOLE DES SCIENCES INFIRMIERES

Directeur : **Monsieur Sébastien COLSON**

Chargés de mission

- Chargée de mission : Madame Sandrine MAYEN RODRIGUES
- Chargé de mission : Monsieur Christophe ROMAN

PROFESSEURS HONORAIRES

MM AGOSTINI Serge
ALDIGHIERI René
ALESSANDRINI Pierre
ALLIEZ Bernard
AQUARON Robert
ARGEME Maxime
ASSADOURIAN Robert
AUFFRAY Jean-Pierre
AUTILLO-TOUATI Amapola
AZORIN Jean-Michel
BAILLE Yves
BARDOT Jacques
BARDOT André
BERARD Pierre
BERGOIN Maurice
BERLAND Yvon
BERNARD Dominique
BERNARD Jean-Louis
BERNARD Pierre-Marie
BERTRAND Edmond
BISSET Jean-Pierre
BLANC Bernard
BLANC Jean-Louis
BOLLINI Gérard
BONGRAND Pierre
BONNEAU Henri
BONNOIT Jean
BORY Michel
BOTTA Alain
BOURGEADE Augustin
BOUVENOT Gilles
BOUYALA Jean-Marie
BREMONT Georges
BRICOT René
BRUNET Christian
BUREAU Henri
CAMBOULIVES Jean
CANNONI Maurice
CARTOUZOU Guy
CAU Pierre
CHABOT Jean-Michel
CHAMLIAN Albert
CHARPIN Denis
CHARREL Michel
CHAUVEL Patrick
CHOUX Maurice
CIANFARANI François
CLAVERIE Jean-Michel
CLEMENT Robert
COMBALBERT André
CONTE-DEVOLX Bernard
CORRIOL Jacques
COULANGE Christian
DALMAS Henri
DE MICO Philippe
DESSEIN Alain
DELARQUE Alain
DEVIN Robert
DEVRED Philippe
DJIANE Pierre
DONNET Vincent
DUCASSOU Jacques

MM DUFOUR Michel
DUMON Henri
ENJALBERT Alain
FAVRE Roger
FIECHI Marius
FARNARIER Georges
FIGARELLA Jacques
FONTES Michel
FRANCES Yves
FRANCOIS Georges
FUENTES Pierre
GABRIEL Bernard
GALINIER Louis
GALLAIS Hervé
GAMERRE Marc
GARCIN Michel
GARNIER Jean-Marc
GAUTHIER André
GERARD Raymond
GEROLAMI-SANTANDREA André
GIUDICELLI Roger
GIUDICELLI Sébastien
GOUDARD Alain
GOUIN François
GRILLO Jean-Marie
GRISOLI François
GROULIER Pierre
HADIDA/SAYAG Jacqueline
HASSOUN Jacques
HEIM Marc
HOUEL Jean
HUGUET Jean-François
JAQUET Philippe
JAMMES Yves
JOUVE Paulette
JUHAN Claude
JUN Pierre
KAPHAN Gérard
KASBARIAN Michel
KLEISBAUER Jean-Pierre
LACHARD Jean
LAFFARGUE Pierre
LAUGIER René
LE TREUT Yves
LEVY Samuel
LOUCHET Edmond
LOUIS René
LUCIANI Jean-Marie
MAGALON Guy
MAGNAN Jacques
MALLAN- MANCINI Josette
MALMEJAC Claude
MARANINCHI Dominique
MARTIN Claude
MATTEI Jean François
MERCIER Claude
METGE Paul
MICHOTÉY Georges
MIRANDA François
MONFORT Gérard
MONGES André
MONGIN Maurice

PROFESSEURS HONORAIRES

MM MONTIES Jean-Raoul
NAZARIAN Serge
NICOLI René
NOIRCLERC Michel
OLMER Michel
OREHEK Jean
PAPY Jean-Jacques
PAULIN Raymond
PELOUX Yves
PENAUD Antony
PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RICHAUD Christian
RIDINGS Bernard
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SARLES Jacques
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SERMENT Gérard
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

EMERITAT

2008

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
------------------	----------------	------------

2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

2012

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

EMERITAT

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETES Bernard	31/08/2019

2017

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

2018

M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2019
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2019

2019

M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2020
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2020
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2020
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2020
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2020
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2020
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2020

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHOSSEGROS Cyrille	GUEDJ Eric
ALBANESE Jacques	COLLART Frédéric	GUIEU Régis
ALIMI Yves	COSTELLO Régis	GUIS Sandrine
AMABILE Philippe	COURBIERE Blandine	GUYE Maxime
AMBROSI Pierre	COWEN Didier	GUYOT Laurent
ANDRE Nicolas	CRAVELLO Ludovic	<i>GUYS Jean-Michel Surnombre</i>
ARGENSON Jean-Noël	CUISSET Thomas	HABIB Gilbert
ASTOUL Philippe	<i>CURVALE Georges Surnombre</i>	HARDWIGSEN Jean
ATTARIAN Shahram	DA FONSECA David	HARLE Jean-Robert
AUDOUIN Bertrand	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	<i>HOFFART Louis Disponibilité</i>
AUQUIER Pascal	DANIEL Laurent	HOUVENAEGHEL Gilles
AVIERINOS Jean-François	DARMON Patrice	JACQUIER Alexis
AZULAY Jean-Philippe	D'ERCOLE Claude	JOURDE-CHICHE Noémie
BAILLY Daniel	D'JOURNO Xavier	JOUVE Jean-Luc
BARLESI Fabrice	DEHARO Jean-Claude	KAPLANSKI Gilles
BARLIER-SETTI Anne	DELAPORTE Emmanuel	KARSENTY Gilles
BARTHET Marc	<i>DELPERO Jean-Robert Surnombre</i>	<i>KERBAUL François détachement</i>
BARTOLI Christophe	DENIS Danièle	KRAHN Martin
BARTOLI Jean-Michel	DISDIER Patrick	LAFFORGUE Pierre
BARTOLI Michel	DODDOLI Christophe	LAGIER Jean-Christophe
BARTOLOMEI Fabrice	DRANCOURT Michel	LAMBAUDIE Eric
BASTIDE Cyrille	DUBUS Jean-Christophe	LANCON Christophe
BENSOUSSAN Laurent	DUFFAUD Florence	LA SCOLA Bernard
BERBIS Philippe	DUFOUR Henry	LAUNAY Franck
BERBIS Julie	DURAND Jean-Marc	LAVIEILLE Jean-Pierre
BERDAH Stéphane	DUSSOL Bertrand	LE CORROLLER Thomas
<i>BERNARD Jean-Paul Retraite au 25/11/2019</i>	EBBO Mikaël	LECHEVALLIER Eric
BEROUD Christophe	EUSEBIO Alexandre	LEGRE Régis
BERTUCCI François	FAKHRY Nicolas	LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
BLAISE Didier	<i>FAUGERE Gérard Surnombre</i>	LEONE Marc
BLIN Olivier	FELICIAN Olivier	LEONETTI Georges
BLONDEL Benjamin	FENOLLAR Florence	LEPIDI Hubert
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FIGARELLA/BRANGER Dominique	LEVY Nicolas
BONELLO Laurent	FLECHER Xavier	MACE Loïc
BONNET Jean-Louis	FOURNIER Pierre-Edouard	MAGNAN Pierre-Edouard
<i>BOTTA/FRIDLUND Danielle Surnombre</i>	FRANCESCHI Frédéric	MANCINI Julien
<i>BOUBLI Léon Surnombre</i>	FUENTES Stéphane	<i>MATONTI Frédéric Disponibilité</i>
BOUFI Mourad	GABERT Jean	MEGE Jean-Louis
BOYER Laurent	GABORIT Bénédicte	MERROT Thierry
BREGEON Fabienne	GAINNIER Marc	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BRETELLE Florence	GARCIA Stéphane	MEYER/DUTOUR Anne
BROUQUI Philippe	GARIBOLDI Vlad	MICCALEF/ROLL Joëlle
BRUDER Nicolas	GAUDART Jean	MICHEL Fabrice
BRUE Thierry	GAUDY-MARQUESTE Caroline	MICHEL Gérard
BRUNET Philippe	GENTILE Stéphanie	MICHEL Justin
BURTEY Stéphane	GERBEAUX Patrick	MICHELET Pierre
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GEROLAMI/SANTANDREA René	MILH Mathieu
CASANOVA Dominique	GILBERT/ALESSI Marie-Christine	MILLION Matthieu
CASTINETTI Frédéric	GIORGI Roch	MOAL Valérie
CECCALDI Mathieu	GIOVANNI Antoine	MORANGE Pierre-Emmanuel
CHAGNAUD Christophe	GIRARD Nadine	MOULIN Guy
CHAMBOST Hervé	GIRAUD/CHABROL Brigitte	MOUTARDIER Vincent
CHAMPSAUR Pierre	GONCALVES Anthony	<i>MUNDLER Olivier Surnombre</i>
CHANEZ Pascal	GRANEL/REY Brigitte	NAUDIN Jean
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GRANVAL Philippe	NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
CHARREL Rémi	GREILLIER Laurent	NICOLLAS Richard
CHAUMOITRE Kathia	GRIMAUD Jean-Charles	OLIVE Daniel
CHIARONI Jacques	GROB Jean-Jacques	OUAFIK L'Houcine
CHINOT Olivier		OVAERT-REGGIO Caroline

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PAGANELLI Franck	ROCH Antoine	TRIGLIA Jean-Michel
PANUEL Michel	ROCHWERGER Richard	TROPIANO Patrick
PAPAZIAN Laurent	ROLL Patrice	TSIMARATOS Michel
PAROLA Philippe	ROSSI Dominique	TURRINI Olivier
<i>PARRATTE Sébastien Disponibilité</i>	ROSSI Pascal	VALERO René
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure	ROUDIER Jean	VAROQUAUX Arthur Damien
PELLETIER Jean	SALAS Sébastien	VELLY Lionel
PERRIN Jeanne	<i>SAMBUC Roland Surnombre</i>	VEY Norbert
PETIT Philippe	SARLES/PHILIP Nicole	VIDAL Vincent
PHAM Thao	SARLON-BARTOLI Gabrielle	VIENS Patrice
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique	SCAVARDA Didier	VILLANI Patrick
PIQUET Philippe	SCHLEINITZ Nicolas	VITON Jean-Michel
PIRRO Nicolas	SEBAG Frédéric	VITTON Véronique
POINSO François	SEITZ Jean-François	VIEHWEGER Heide Elke
RACCAH Denis	SIELEZNEFF Igor	VIVIER Eric
RANQUE Stéphane	SIMON Nicolas	XERRI Luc
RAOULT Didier	STEIN Andréas	
REGIS Jean	TAIEB David	
REYNAUD/GAUBERT Martine	THIRION Xavier	
REYNAUD Rachel	THOMAS Pascal	
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth	THUNY Franck	
ROCHE Pierre-Hugues	TREBUCHON-DA FONSECA Agnès	

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
AGHABABIAN Valérie
BELIN Pascal
CHABANNON Christian
CHABRIERE Eric
FERON François
LE COZ Pierre
LEVASSEUR Anthony
RANJEVA Jean-Philippe
SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal

PRAG

TANTI-HARDOUIN Nicolas

PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE A MI-TEMPS

ADNOT Sébastien
GUIDA Pierre

PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES (disciplines médicales)

LOUIS-BORRIONE Claude

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AHERFI Sarah	ELDIN Carole	NINOVE Laetitia
ANGELAKIS Emmanouil (<i>disponibilité</i>)	FABRE Alexandre	NOUGAIREDE Antoine
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	FAURE Alice	OLLIVIER Matthieu
BARTHELEMY Pierre	FOLETTI Jean- Marc	PAULMYER/LACROIX Odile
BEGE Thierry	FOUILLOUX Virginie	PESENTI Sébastien
BELIARD Sophie	FRANKEL Diane	RADULESCO Thomas
BENYAMINE Audrey	FROMNOT Julien	RESSEGUIER Noémie
BERGE-LEFRANC Jean-Louis	GASTALDI Marguerite	ROBERT Philippe
BERTRAND Baptiste	GELSI/BOYER Véronique	ROMANET Pauline
BEYER-BERJOT Laura	GIUSIANO Bernard	SABATIER Renaud
BIRNBAUM David	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	SARI-MINODIER Irène
BONINI Francesca	GONZALEZ Jean-Michel	SAVEANU Alexandru
BOUCRAUT Joseph	GOURIET Frédérique	SECQ Véronique (<i>disponibilité</i>)
BOULAMERY Audrey	GRAILLON Thomas	STELLMANN Jan-Patrick
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUERIN Carole	SUCHON Pierre
BOUSSEN Salah Michel	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	TABOURET Emeline
BUFFAT Christophe	GUIDON Catherine	TOGA Caroline
CAMILLERI Serge	GUIVARCH Jokthan	TOGA Isabelle
CARRON Romain	HAUTIER/KRAHN Aurélie	TOMASINI Pascale
CASSAGNE Carole	HRAIECH Sami	TOSELLO Barthélémy
CERMOLACCE Michel	KASPI-PEZZOLI Elise	TROUSSE Delphine
CHAUDET Hervé	L'OLLIVIER Coralie	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
CHRETIEN Anne-Sophie	LABIT-BOUVIER Corinne	VELY Frédéric
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VION-DURY Jean
CUNY Thomas	LAGIER Aude (<i>disponibilité</i>)	ZATTARA/CANNONI Hélène
DADOUN Frédéric (<i>disponibilité</i>)	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	
DALES Jean-Philippe	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DAUMAS Aurélie	LOOSVELD Marie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle	MAAROUF Adil	
DELLIAUX Stéphane	MACAGNO Nicolas	
DESPLAT/JEGO Sophie	MAUES DE PAULA André	
DEVILLIER Raynier	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
DUBOURG Grégory	NGUYEN PHONG Karine	
DUCONSEIL Pauline		
DUFOUR Jean-Charles		

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad	DEGIOANNI/SALLE Anna	POUGET Benoît
BARBACARU/PERLES T. A.	DESNUES Benoît	RUEL Jérôme
BERLAND/BENHAIM Caroline	MARANINCHI Marie	THOLLON Lionel
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	THIRION Sylvie
BOYER Sylvie	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	VERNA Emeline
COLSON Sébastien	POGGI Marjorie	

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques
BONNET Pierre-André
CALVET-MONTREDON Céline
JANCZEWSKI Aurélie
NUSSLI Nicolas
ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle
THERY Didier (nomination au 1/10/2019)

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

BOURRIQUEN Maryline

EVANS-VIALLAT Catherine

LUCAS Guillaume

MATHEU Marion

MAYENS-RODRIGUES Sandrine

MELLINAS Marie

REVIS Joana

ROMAN Christophe

TRINQUET Laure

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS
PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES mono-appartenants**

ANATOMIE 4201

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)
LAGIER Aude (MCU-PH) *disponibilité*

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH)
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MACAGNO Nicolas (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)
SECQ Véronique (MCU-PH) *disponibilité*

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;
MEDECINE URGENCE 4801**

ALBANESE Jacques (PU-PH)
BRUDER Nicolas (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MICHEL Fabrice (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)

BOUSSEN Salah Michel (MCU-PH)
GUIDON Catherine (MCU-PH)

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
POUGET Benoît (MCF)
VERNA Emeline (MCF)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
LA SCOLA Bernard (PU-PH)
RAOULT Didier (PU-PH)

AHERFI Sarah (MCU-PH)
ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) *disponibilité*
DUBOURG Grégory (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)

LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
FROMNOT Julien (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
ROMANET Pauline (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

ANGLAIS 11

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)

BIOLOGIE CELLULAIRE 4403

ROLL Patrice (PU-PH)

FRANKEL Diane (MCU-PH)
GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)
PERRIN Jeanne (PU-PH)
DRH Campus Timone

MAJ 01.09.2019

GUEDJ Eric (PU-PH)
 GUYE Maxime (PU-PH)
 MUNDLER Olivier (PU-PH) *Surnombre*
 TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)
 RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
 VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

**BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE
 ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION 4604**

GAUDART Jean (PU-PH)
 GIORGI Roch (PU-PH)
 MANCINI Julien (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
 DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)
 GIUSIANO Bernard (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
 BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
 BLONDEL Benjamin (PU-PH)
 CURVALE Georges (PU-PH) *Surnombre*
 FLECHER Xavier (PU PH)
 PARRATTE Sébastien (PU-PH) *Disponibilité*
 ROCHWERGER Richard (PU-PH)
 TROPIANO Patrick (PU-PH)

OLLIVIER Matthieu (MCU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702

BERTUCCI François (PU-PH)
 CHINOT Olivier (PU-PH)
 COWEN Didier (PU-PH)
 DUFFAUD Florence (PU-PH)
 GONCALVES Anthony PU-PH)
 HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)
 LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
 SALAS Sébastien (PU-PH)
 VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)
 TABOURET Emeline (MCU-PH)

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)
 BONELLO Laurent (PU PH)
 BONNET Jean-Louis (PU-PH)
 CUISSET Thomas (PU-PH)
 DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
 FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)
 HABIB Gilbert (PU-PH)
 PAGANELLI Franck (PU-PH)
 THUNY Franck (PU-PH)

CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)
 DELPERO Jean-Robert (PU-PH) *Surnombre*
 HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
 MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
 SEBAG Frédéric (PU-PH)
 SIELEZNEFF Igor (PU-PH)
 TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
 BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)
 BIRNBAUM David (MCU-PH)
 DUCONSEIL Pauline (MCU-PH)
 GUERIN Carole (MCU PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402

GUYE Jean-Michel (PU-PH) *Surnombre*
 JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
 LAUNAY Franck (PU-PH)
 MERROT Thierry (PU-PH)
 VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH)
 FAURE Alice (MCU PH)
 PESENTI Sébastien (MCU-PH)

LOUIS-BORRIONE Claude (PR associé des Universités)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
 GUYOT Laurent (PU-PH)
 FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

COLLART Frédéric (PU-PH)
 D'JOURNO Xavier (PU-PH)
 DODDOLI Christophe (PU-PH)
 GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
 MACE Loïc (PU-PH)
 THOMAS Pascal (PU-PH)

FOUILLOUX Virginie (MCU-PH)
 TROUSSE Delphine (MCU-PH)

CHIRURGIE PLASTIQUE,**RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOGIE 5004**

CASANOVA Dominique (PU-PH)
 LEGRE Régis (PU-PH)

BERTRAND Baptiste (MCU-PH)
 HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

ALIMI Yves (PU-PH)
 AMABILE Philippe (PU-PH)
 BARTOLI Michel (PU-PH)
 BOUFI Mourad (PU-PH)
 MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
 PIQUET Philippe (PU-PH)
 SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
BERNARD Jean-Paul (PU-PH) retraite au 25/11/2019
BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH) Surnombre
 DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
 GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
 GRANDVAL Philippe (PU-PH)
 GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH)
 SEITZ Jean-François (PU-PH)
 VITTON Véronique (PU-PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

LEPIDI Hubert (PU-PH)
 LEPIDI Hubert (PU-PH)

PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003

BERBIS Philippe (PU-PH)
 DELAPORTE Emmanuel (PU-PH)
 GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
 GROB Jean-Jacques (PU-PH)
 RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

GENETIQUE 4704

BEROUD Christophe (PU-PH)
 KRAHN Martin (PU-PH)
 LEVY Nicolas (PU-PH)
 SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

NGYUEN Karine (MCU-PH)
 TOGA Caroline (MCU-PH)
 ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

BOURRIQUEN Maryline (MAST)
 EVANS-VIALLAT Catherine (MAST)
 LUCAS Guillaume (MAST)
 MAYEN-RODRIGUES Sandrine (MAST)
 MELLINAS Marie (MAST)
 ROMAN Christophe (MAST)
 TRINQUET Laure (MAST)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
BOUBLI Léon (PU-PH) Surnombre
 BRETELLE Florence (PU-PH)
 CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
 COURBIERE Blandine (PU-PH)
 CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
 D'ERCOLE Claude (PU-PH)

**ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ;
GYNECOLOGIE MEDICALE 5404**

BRUE Thierry (PU-PH)
 CASTINETTI Frédéric (PU-PH)
 CUNY Thomas (MCU PH)

AUQUIER Pascal (PU-PH)
 BERBIS Julie (PU-PH)
 BOYER Laurent (PU-PH)
 GENTILE Stéphanie (PU-PH)
 SAMBUC Roland (PU-PH) Surnombre
 THIRION Xavier (PU-PH)

BLAISE Didier (PU-PH)
 COSTELLO Régis (PU-PH)
 CHIARONI Jacques (PU-PH)
 GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
 MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
 VEY Norbert (PU-PH)

LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)
 RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)

DEVILLIER Raynier (MCU PH)
 GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
 LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
 LOOSVELD Marie (MCU-PH)
 SUCHON Pierre (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)
 TANTI-HARDOUIN Nicolas (PRAG)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

IMMUNOLOGIE 4703

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
 MEGE Jean-Louis (PU-PH)
 OLIVE Daniel (PU-PH)
 VIVIER Eric (PU-PH)

BARTOLI Christophe (PU-PH)
 LEONETTI Georges (PU-PH)
 PELISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
 PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
 CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH)
 DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
 DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
 ROBERT Philippe (MCU-PH)
 VELY Frédéric (MCU-PH)

BERLAND/BENHAIM Caroline (MCF) (1ère section)

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
 VITON Jean-Michel (PU-PH)

BROUQUI Philippe (PU-PH)
 LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
 MILLION Matthieu (PU-PH)
 PAROLA Philippe (PU-PH)
 STEIN Andréas (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

ELDIN Carole (MCU-PH)

MEDECINE D'URGENCE 4805

BERGE-LEFRANC Jean-Louis (MCU-PH)
 SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

KERBAUL François (PU-PH) détachement

MICHELET Pierre (PU-PH)

MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT ; ADDICTOLOGIE 5301

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
 DISDIER Patrick (PU-PH)
 DURAND Jean-Marc (PU-PH)
 GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
 HARLE Jean-Robert (PU-PH)
 ROSSI Pascal (PU-PH)
 SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

BENYAMINE Audrey (MCU-PH)

EBBO Mikael (MCU-PH)

DRH Campus Timone

MAJ 01.09.2019

GENTILE Gaëtan (PR Méd. Gén. Temps plein)

CASANOVA Ludovic (MCF Méd. Gén. Temps plein)

ADNOT Sébastien (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

GUIDA Pierre (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

BONNET Pierre-André (MCF associé Méd. Gén à mi-temps)

CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)

JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

NUSSLI Nicolas (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

THERY Didier (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps) (nomination au 1/10/2019)

NUTRITION 4404

DARMON Patrice (PU-PH)

RACCAH Denis (PU-PH)

VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité

BELIARD Sophie (MCU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)

SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

OPHTALMOLOGIE 5502

DENIS Danièle (PU-PH)

HOFFART Louis (PU-PH) Disponibilité

MATONTI Frédéric (PU-PH) Disponibilité

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501

DESSI Patrick (PU-PH)

FAKHRY Nicolas (PU-PH)

GIOVANNI Antoine (PU-PH)

LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)

MICHEL Justin (PU-PH)

NICOLLAS Richard (PU-PH)

TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)

RADULESCO Thomas (MCU-PH)

REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section)

BRUNET Philippe (PU-PH)

BURTEY Stéphanne (PU-PH)

DUSSOL Bertrand (PU-PH)

JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)

MOAL Valérie (PU-PH)

NEUROCHIRURGIE 4902

DUFOUR Henry (PU-PH)

FUENTES Stéphane (PU-PH)

REGIS Jean (PU-PH)

ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)

SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)

GRAILLON Thomas (MCU PH)

NEUROLOGIE 4901

ATTARIAN Sharham (PU PH)

AUDOIN Bertrand (PU-PH)

AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)

CECCALDI Mathieu (PU-PH)

EUSEBIO Alexandre (PU-PH)

FELICIAN Olivier (PU-PH)

PELLETIER Jean (PU-PH)

MAAROUF Adil (MCU-PH)

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904

DA FONSECA David (PU-PH)

POINSO François (PU-PH)

GUIVARCH Jokthan (MCU-PH)

PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE - PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803

BLIN Olivier (PU-PH)

FAUGERE Gérard (PU-PH) Surnombre

MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)

SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

RANQUE Stéphane (PU-PH)

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

CASSAGNE Carole (MCU-PH)

MATHIEU Marion (MAST)

L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)

TOGA Isabelle (MCU-PH)

PHYSIOLOGIE 4402**PEDIATRIE 5401**

ANDRE Nicolas (PU-PH)

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)

CHAMBOST Hervé (PU-PH)

BREGEON Fabienne (PU-PH)

DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)

GABORIT Bénédicte (PU-PH)

GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)

MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)

MICHEL Gérard (PU-PH)

TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

MILH Mathieu (PU-PH)

BARTHELEMY Pierre (MCU-PH)

OVAERT-REGGIO Caroline (PU-PH)

BONINI Francesca (MCU-PH)

REYNAUD Rachel (PU-PH)

BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)

TSIMARATOS Michel (PU-PH)

DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)

DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)

FABRE Alexandre (MCU-PH)

THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

TOSELLO Barthélémy (MCU-PH)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903**PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101**

BAILLY Daniel (PU-PH)

ASTOUL Philippe (PU-PH)

LANCON Christophe (PU-PH)

BARLESI Fabrice (PU-PH)

NAUDIN Jean (PU-PH)

CHANEZ Pascal (PU-PH)

CERMOLACCE Michel (MCU-PH)

GREILLIER Laurent (PU PH)

PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16

REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

AGHABABIAN Valérie (PR)

TOMASINI Pascale (MCU-PH)

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302**RHUMATOLOGIE 5001**

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)

GUIS Sandrine (PU-PH)

CHAGNAUD Christophe (PU-PH)

LAFFORGUE Pierre (PU-PH)

CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)

PHAM Thao (PU-PH)

GIRARD Nadine (PU-PH)

ROUDIER Jean (PU-PH)

JACQUIER Alexis (PU-PH)

MOULIN Guy (PU-PH)

PANUEL Michel (PU-PH)

PETIT Philippe (PU-PH)

VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)

VIDAL Vincent (PU-PH)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804

AMBROSI Pierre (PU-PH)

VILLANI Patrick (PU-PH)

STELLMANN Jan-Patrick (MCU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802**UROLOGIE 5204**

GAINNIER Marc (PU-PH)

BASTIDE Cyrille (PU-PH)

GERBEAUX Patrick (PU-PH)

KARSENTY Gilles (PU-PH)

PAPAZIAN Laurent (PU-PH)

LECHEVALLIER Eric (PU-PH)

ROCH Antoine (PU-PH)

ROSSI Dominique (PU-PH)

HRAIECH Samir (MCU-PH)

MAJ 01.09.2019

REMERCIEMENTS :

AUX MEMBRES DU JURY

A mon Président de Jury,

Madame le Professeur BONIN-GUILLAUME, qui me fait l'honneur de présider ce jury

Veillez trouver ici l'expression de ma profonde et respectueuse reconnaissance,

Merci de m'avoir fait confiance tout au long de mon internat, et de m'avoir accompagné dans mes choix et mes orientations au sein de cette spécialité. Votre aide durant mon DES de gériatrie, a été précieuse, notamment pour orientation au sein de la filière gériatrique sur le CH de Gap.

A mon Juge

Monsieur le Professeur COSTELLO, qui me fait l'honneur de juger mon travail de thèse.

Veillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements,

Merci de votre apprentissage au sein de votre service lors de ce semestre, qui fera partie intégrante de ma pratique future en onco-gériatrie.

A mon Juge

Monsieur le Professeur LECHEVALLIER Eric, qui me fait l'honneur de juger mon travail de thèse. Veuillez accepter le témoignage de mon profond respect,

Merci d'apporter votre expertise médicale dans le jugement de mon travail.

A mon Directeur de thèse,

Monsieur le Docteur GUILLEM Olivier,

Merci d'avoir accepté de diriger mon travail de thèse, et de m'avoir confié la rédaction de ce travail.

Merci de m'avoir accompagné durant ce semestre à Gap, merci de ta disponibilité, de m'avoir intégré au sein de l'équipe, de ton partage de connaissance, de tes conseils, et de m'avoir fait découvrir l'univers de l'onco-gériatrie (et d'avoir confirmé ce choix).

Je suis très honorée de pouvoir faire partie de cette équipe, et de continuer ma formation auprès de toi.

A ma mère, qui m'a toujours fait confiance dans mes choix de vie. Merci de ton soutien infaillible durant mes études, de ta patience et de ton amour. Merci de ces trajets aller-retours entre la maison et la fac de médecine en première et deuxième année et de ma procrastination à passer mon permis durant ces années. Merci des valeurs que tu m'as inculqué, qui m'ont construit et font de moi le médecin (et la personne) que je suis et serai à l'avenir. Je t'aime ma ptite maman !

A mon père, merci pour ton soutien, et ton amour. Merci pour la relecture de ces statistiques (nous ne rappellerons pas mes dons en mathématiques), et d'avoir cru en mes rêves. En clin d'œil à une chanson que tu m'as dédié, laisse-moi te citer quelques paroles « It's not time to make a change, just sit down and take it slowly, i'm still young, that's my fault, there's so much i have to go through, find a boy, settle down, if I want, I can marry, look at you, you're not old, but you're happy, as father and daughter”

A mon Thomas, mon urgentiste préféré, mon mari
Merci d'être mon complice depuis 7 ans maintenant. Cette année fut riche en émotions, avec cette très belle conclusion du 5 septembre 2020 où tu as choisi que je devienne ta femme. Merci de ton soutien et de la force que tu as su m'apporter durant nos études. Merci d'avoir su te montrer présent dans les moments difficiles, et d'avoir toujours su raviver ma confiance dans mes plus grands moments de doute, au travers de notre passion commune pour la médecine. Et je n'ai pas honte de le dire, sans toi je n'aurai pu aller aussi loin. Je te promets de continuer à gravir de nombreux sommets à tes côtés, dans nos Alpes que nous aimons tant. Merci d'avoir fait mûrir ce projet de revenir sur Gap ensemble. Je t'aime mon Thomas.

A mes frères, Thomas et Matthias,
Merci pour cette complicité qui nous anime au quotidien. Merci pour tous ces moments inoubliables passés avec vous durant toutes ces années à faire les 400 coups. Merci pour cette collocation Lyonnaise. Je suis si fière de vous, de vous voir si engagés dans vos passions, vos études, et vos vies. Votre commandant en chef vous embrasse !

A mes grands-parents, pour leur amour et leur présence dans toutes les étapes de ma vie.
A mon grand-père, à ta force de caractère, à ton amour de la montagne que tu as su me faire découvrir. C'est en partie grâce à toi que je suis ici aujourd'hui, et j'ai tellement d'admiration pour toi. Merci d'avoir cru en mes capacités, je sais que tu m'accompagnes chaque jour.

A Lucie,

Merci pour toutes ces années à tes côtés, notre lycée, notre externat, et même si notre internat s'est fait à distance (et qu'on a été enfin décollée), rien n'a changé à notre amitié. Merci à mon acolyte pour ta sincérité, ta douceur, ta générosité, ton soutien sans faille, qui font de toi un témoin en or. Ces années médecine ont été magiques à tes côtés, nos voyages encore plus (entre le Durian au Vietnam, notre session surf à Hossegor, ou encore le wake à Gap, notre randonnée de 30km dans le Fjord du Saguenay, notre rhum cubain à Carthagène et j'en passe) Certaines amitiés sont intemporelles. Et surtout merci à cette semaine ski P2, qui m'a permis de te renommer Dandrêlat à tout jamais. Merci pour tout ma Lulu.

A Charlotte,

Merci à mon incroyable amie et témoin, à notre voyage au Québec, à nos discussions durant des heures sur le bord de ma fenêtre entre Oullins et Lyon, à nos fous rires, à nos soirées médecine et nos danses endiablées à Hossegor, et à ton optimisme et ta joie de vivre. Je suis si admirative de ton parcours ma Cha, à très vite sur Paris !

A Camille,

On n'aura maintenant plus d'excuse pour se retrouver dans nos montagnes ! Merci pour tous ces moments de délire partagés, pour avoir traversé l'Asie avec toi, pour nos stages d'externes, nos longues heures passés au téléphone, et surtout pour ce discours le 5 septembre (entre les chutes du Niagara et les rires). Merci pour cette amitié si précieuse, à notre amour commun pour la gériatrie (et les chats), tu es un exemple pour moi ma Lentoche !

A Lulu, Charlotte, Camille, Cassandre, Alexia, Niels, Martin, Hugo, Mermet, Monod, Arthur, Méla, Dim, Fanny, Fefou, aux mélanges de plusieurs promos, à Lyon Sud. Merci d'avoir su rendre nos études plutôt funky, nos stages mémorables (à la rhumato Lenti !) mes soirées incroyables (ne mentionnons pas nos déguisements de folie), au bal et à Michael Jones, aux vieux du BDE. Bref vive L'AMEUSO !

Merci à ma team de lyonnais, Lulu, Maxime, Adrien, Aurélien, Matthieu, Victor, Marianne, Margaux, Indiana, Noëlie, d'être à mes côtés depuis plusieurs années maintenant, A toi Max, à nos cours d'histoire-géo, à nos poursuites endiablées en ski, à nos vacances à l'océan, à Labenne-camping et aux éponges, à toi, amazing friend !

A toi Adri, à toi Villard, pour ton amour inconditionnel de l'OL, pour ta conduite au break à bras, pour ton amour des parapluies et du PAQUITO.

Pour notre amour des fêtes de Bayonne. Merci mes témoins.

A Poney, à Emilie, à Ben, à Adeline, à Ugo, à Nour

Merci pour votre accueil dans la famille du PUB et à nos soirées de jeux de société. Vars s'en souvient encore !

A Poney et Emilie, merci pour votre soutien durant mon internat, pour vos repas de folie, et nos films au rétro projecteur, à nos randos dans les calanques, aux sessions d'escalade. Merci d'avoir toujours répondu présents.

A la team Marseillaise, (Fefou, Romain, Audrey, Juju, Nico, Clémence et maintenant Marin)

A toi Nico, pour ta délicatesse, ton tact, ton amour d'Elvis, et merci Clémence d'avoir su te canaliser. A toi Clémence, pour ta gentillesse et ta douceur, et ta machine à coudre. A toi Mouki, pour nos soirées raclette en plein été et nos sessions escalade, et surtout pour toujours échanger tes gardes avec le bon George. A Toi Juju, t'as pas le phototype du marseillais mais je t'accepte dans ma team pétanque, on continuera nos soirées électro marseillaises promis. A toi Fefou, pour ton amour de la musique, ta fraîcheur et ta spontanéité, Té ! A toi Romain, pour rendre notre Fefou si pétillante, promis je me mets au VTT à Gap et on ira faire quelques sessions.

A la team Gapençaise, Lili, Vinou, Amaelle, Jiji alias Jérémy, Emma et Rémy

A vous que nous avons hâte de retrouver, pour des sessions ski/rando/escalade/raclette/fondue/bière/van/barbeucaulac. Je vous aime, il me tarde !

A Emilie, incroyable rencontre marseillaise. Merci de m'avoir soutenue tout au long de ce périple pas toujours évident. A notre amour de la gériatrie, à notre premier stage ensemble, à nos folies, à nos rires et nos pleurs.

A toi Dédé, ma strasbourgeoise, pour ton amour de la choucroute et des cochons, « Dédé, il est où Dédé ? ».

A la team Montolivet, à Milou, Romain, Alix, Emilie, merci pour ces 6 mois de franche rigolade.

A toi Romain, à ta patience et ton calme maintenant légendaire, ton soutien et ton humour, merci pour tout. A toi Manam, ton compagnonnage, ta douceur, et ta gentillesse. A toi Ramzy, pour tes connaissances et pour avoir été si bon public à mes blagues. J'ai tellement appris auprès de vous !

A la team UMAP, à jamais. Mon meilleur semestre. A toi Nono commande urgentiste, à ta folie, à nos rires, à nos soirées au Parpaing. A toi Ben, aux gâteaux de ta mamie, à nos pauses balcon, à ton amour du service et du travail. Et à toi mon Binôme, mon coup de cœur amical, à toi Toto l'irremplaçable, à tes repas 3 étoiles, ton amour du vin, et des bonnes choses de la vie, à ton rire. Et à toi Anais, merci pour ces parties de fléchette endiablées, à ces parties de pétanque, à ton amour du Dark Poupon. Ne changez rien, vous êtes parfaits !

A la team hématologie (Cassandra, Elisabeth, Clémence, Antoine, Julien, Geoffroy, Laure, Vadim, Cédric et à l'équipe de l'HDJ), merci pour ce semestre, je craignais cette spécialité (par sa difficulté et les connaissances qu'elle demande, je vous admire pour cela !), couplé à mon mariage et à la rédaction de ma thèse. Je peux vous assurer que vous avez rendu les choses plus faciles « grâce à dieu » !

A la team du court séjour Gériatrique de Gap (Olivier, Corinne, Benja, Annie, Eric, Magali, et les autres), encore merci pour ce semestre partagé à vos côtés, j'ai su évoluer et me former chaque jour dans ma spécialité grâce à vous. Hâte de faire partie de votre équipe !

Et pour finir, à tous les autres que je n'ai pas cités, à mes amis, à mes co-internes de médecine pour leur soutien, leur humour, et les moments passés avec vous.

INTRODUCTION

Epidémiologie

Le cancer de la prostate (CaP) est le cancer le plus fréquent chez l'homme dans les pays développés et à haut niveau de revenus.

L'âge médian au diagnostic en France est de 70 ans (1) et la majorité des décès par le cancer de la prostate sont aussi observés au-delà de cette limite d'âge.

Il se situe par ailleurs au 3^{ème} rang de décès par cancer chez l'homme (1)

Recommandations CCAFU / Histoire naturelle

Le Comité de Cancérologie Clinique de l'Association française d'urologie (CCAFU) a pour mission de proposer une mise à jour des recommandations dans la prise en charge du cancer de la prostate. (2)(3)

La surveillance active constitue une option thérapeutique de référence pour les tumeurs de faible risque évolutif.

La chirurgie est une solution thérapeutique majeure du CaP localisé, parfois envisagée dans les traitements multimodaux pour les formes à haut risque.

La radiothérapie doit utiliser une technique conformationnelle tridimensionnelle.

L'hormonothérapie courte peut être associée à la radiothérapie pour les tumeurs de risque intermédiaire « fort ».

Pour les formes à haut risque, l'association à une hormonothérapie longue reste la référence.

Par ailleurs le maintien de la suppression androgénique constitue la pierre angulaire du traitement des formes métastatiques.

Depuis la découverte de son caractère hormonosensible et de l'efficacité de la suppression androgénique, l'histoire naturelle du CaP a donc été « modélisée » en différentes étapes(4).

Effectivement, à chaque étape de son évolution, des facteurs pronostiques déterminent à la fois l'évolutivité et la prise en charge médicale. (5)

Jusqu'en 2015, le traitement de 1^{ère} ligne de ces formes métastatiques reposait sur une suppression androgénique.

Actuellement plusieurs stratégies thérapeutiques sont proposées aux patients atteints d'un cancer de la prostate métastatique avec 3 situations cliniques (6): le CPHNm (cancer de la prostate hormonaïf), le CPHSm (cancer de la prostate hormonosensible), et le CPRCm (cancer de la prostate résistant à la castration).

Qui plus est des progrès ont été réalisés dans le domaine de l'hormonothérapie avec le développement de 3 hormonothérapies de 2^{nde} génération (HT2G) soit

- l'acétate d'abiratéronne, inhibiteur de la synthèse des androgènes, ciblant le cytochrome P450 (7)
- l'enzalutamide, inhibiteur du récepteur des androgènes (8)
- l'apalutamide, inhibiteur du domaine de liaison aux ligands du récepteur aux androgènes (9)

Par exemple chez les patients présentant un cancer de la prostate résistant à la castration, l'apport des nouvelles thérapies citées ci-dessus ont permis de mieux contrôler la progression tumorale et d'améliorer la survie depuis 2016. (3)

Oncogériatrie

Le CaP est donc un cancer de l'homme âgé, et par conséquent sa prise en charge est rendue complexe par l'histoire naturelle du cancer, de l'état général des patients et des différents traitements proposés.

Il existe donc chez le sujet âgé, une double problématique de décision thérapeutique du fait de l'hétérogénéité du cancer de la prostate et du fait de l'état de santé du patient.

De façon arbitraire, l'exercice de l'oncogériatrie est défini à partir de l'âge de 70 ans(10), même si l'un de ses grands principes se base sur l'état de santé présenté par le patient et non sur son âge chronologique.

Elle représente une médecine globale dans laquelle « le cas par cas » a une place primordiale, afin de prendre une décision à la fois oncologique, médicale et médico-sociale.

La prise en charge du patient repose alors sur l'état de santé du patient, sur son espérance de vie, du stade évolutif du cancer, de la balance entre le risque de décès par le cancer lui-même ou d'autre cause, ainsi que la iatrogénie des traitements proposés.

Des recommandations communes à la Société internationale d'onco-gériatrie et à l'European Association of Urology sur le CaP du sujet âgé ont été publiées et sont régulièrement mises à jour, tout comme celle du Comité de Cancérologie de l'AFU dont la dernière actualisation date de 2020.

Elles spécifient que le dépistage d'une altération de l'état de santé doit être réalisé par le score G8 (Annexe 1).

Une suspicion clinique ou un score G8 < 14 doit conduire à une évaluation spécialisée de l'état de santé du patient par un gériatre (constituant l'évaluation gériatrique).

Il a été spécifiquement développé pour les patients âgés présentant un cancer(11). Constitué de 8 items recouvrant différents domaines gériatriques, son utilisation est simple et rapide et ses performances diagnostiques sont acceptables avec une sensibilité de 85 % et une spécificité de 65% pour dépister au moins une altération gériatrique. Il constitue actuellement l'outil de dépistage le plus robuste. (12)

Le score du G8 n'a pas été validé pour diagnostiquer les patients gériatriques complexes et fragiles.

Pour rappel à l'issue de l'évaluation gériatrique approfondie (CGA), les patients peuvent être distribués en 4 catégories (10), (13)

- Les patients « FIT », en bon état de santé, relevant d'un traitement standard
- Les patients « vulnérables », dont les altérations de l'état de santé peuvent être considérés comme réversibles, un traitement standard peut alors être proposé
- Les patients « fragiles », justifiant donc d'un traitement adapté
- Les patients grabataires et en phase terminale (du fait du cancer ou des autres altérations concomitantes de l'état de santé), qui justifient exclusivement de soins palliatifs.

Il faut retenir que l'intérêt majeur de cette classification est d'introduire de façon précoce une intervention gériatrique en vue d'optimiser le parcours de santé du patient.

Contexte et justificatif de l'étude

Le cancer de la prostate n'est pas une maladie homogène, et touche avant tout le patient âgé de 70 ans et plus. L'état de santé de ces patients ne peut être estimé seulement au travers de l'âge

civil, en raison des modifications physiologiques et des difficultés à l'adaptation au stress qui en résultent, des comorbidités, de l'état fonctionnel et psychosocial (variant entre chaque individu). (14)

Ainsi la mesure 38 du plan cancer 2003-2007 (15) avait pour but de « mieux adapter les modes de prise en charge et les traitements aux spécificités des personnes âgées ».

L'oncogériatrie est donc une action coordonnée entre oncologues médicaux, gériatres, médecins généralistes, et de façon plus générale, l'ensemble des acteurs de soin visant à améliorer l'état de santé du patient âgé atteint de cancer aux différentes étapes de sa maladie.

Le lien entre le Centre Hospitalier Intercommunal des Alpes du Sud de Gap avec l'Unité de Coordination en Oncogériatrie (UCOG) PACA OUEST existe depuis 2008 à travers des échanges réguliers d'oncogériatrie.

Cette participation régulière depuis 2008 permet au CHICAS d'être identifié comme un acteur de la prise en charge des patients âgés atteints de cancer (patients adressés par les structures expertes IPC, CHU Marseille...) et a donc adopté la charte Onco gériatrique de l'UCOG PACA OUEST en décembre 2013, avec intégration de cette structure au sein d'une filière gériatrique complète (CSG, HDJ d'oncogériatrie, SSR, UCC, USLD, EHPAD) et la création d'une unité d'oncogériatrie.

Objectif

Au travers de cette caractéristique du Territoire des Hautes Alpes, l'objectif de cette étude était d'observer si le référentiel national du Comité de cancérologie de l'AFU était appliqué chez le patient de plus de 70 ans atteint du cancer de prostate de 2013 à 2018.

En découlent alors des objectifs secondaires, tels que :

- La réalisation du G8
- L'initiation d'une évaluation oncogériatrique
- L'étude des stades évolutifs du CaP et les traitements proposés

MATERIEL ET METHODES

1. Design de l'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle descriptive transversale, bicentrique, réalisée au sein du CHICAS de Gap et de la polyclinique Alpes du Sud.

L'étude a été réalisée de manière rétrospective sur la période du 1^{er} janvier 2013 au 31 décembre 2018.

Une autorisation auprès du Règlement Général européen sur la Protection des données (RGPD) a été recueillie au sein du CHICAS.

2. Population d'étude

La population étudiée était composée de l'ensemble des patients nouvellement discuté en RCP de 2013 à 2018 sur le CHICAS provenant à la fois du CHICAS et de la polyclinique Alpes du Sud sur Gap.

a. Critères d'inclusion :

Les critères d'inclusion concernaient :

- Les hommes de plus de 70 ans
- Tous stades confondus du cancer de prostate
- Patients hospitalisés au CH Gap ou à la Polyclinique Alpes du Sud
- Et ayant bénéficié d'une première RCP sur le site du CHICAS

b. Critères d'exclusion :

Les critères d'exclusion étaient :

- Les hommes de moins de 70 ans
- Les patients n'ayant pas bénéficié de RCP sur le territoire des Hautes Alpes

3. Recueil des données

Les données cliniques étaient recueillies à partir de la première fiche de RCP et du dossier patient.

Il s'agissait :

- Date début de la maladie,
- Diagnostic initial ou rechute,
- Type histologique,
- Taux de PSA, Gleason,
- Classification AMICO,
- Classification TNM,
- Stade du cancer
- Type de traitement proposé,
- Application du référentiel et donc conclusion de la RCP,
- Score G8,
- Score ECOG PS,
- Évaluation gériatrique.

Certaines données ont été récupérées à partir du dossier médical du patient sur le logiciel Crossway (dossier patient informatisé) utilisé au CHICAS, et ont permis la création d'une base de données anonymisée. Concernant l'évaluation gériatrique chaque dossier a été relu sur le logiciel Crossway puis dans les dossiers papiers afin de vérifier la présence ou l'absence de la consultation gériatrique.

4. Critère de jugement

a. Critère de jugement principal :

Le critère de jugement principal correspondait à l'application des recommandations nationales du CCAFU

b. Critères de jugement secondaire

Les critères de jugement secondaires étaient la réalisation du G8, l'initiation d'une évaluation oncogériatrique, l'étude des stades évolutifs du CaP et les traitements proposés.

Ainsi l'évaluation onco-gériatrique réalisée était constituée de l'évaluation gériatrique standardisée et de scores d'estimation de la survie.

Pour rappel cette évaluation permet d'apprécier le degré d'indépendance d'un patient dans les gestes et activités de la vie quotidienne, son état fonctionnel, son état psychique (humeur,

anxiété), cognitif et son état de nutrition. Elle apprécie également l'équilibre du patient, par des tests simples et recherche la notion de chutes.

Les antécédents du patient et ses pathologies en cours sont également répertoriés, de même que les traitements pris par le patient, afin de rechercher d'éventuelles interactions, précautions d'emploi, ou contre-indications au traitement du cancer. L'environnement social du patient est également défini par les personnes de son entourage susceptibles de l'aider dans la vie quotidienne et pendant la période de traitement de la pathologie tumorale. Par ailleurs des scores d'estimation de la survie sont également réalisés tel que le score de Lee (16), et le score de Walter (17).

Nous avons pris le parti de ne pas détailler cette évaluation dans notre étude.

5. Analyse statistique

Le recueil de données a été fait par un investigateur à partir de la 1^{ère} fiche de RCP de janvier 2013 à décembre 2018. Puis l'ensemble des données a été répertorié dans le logiciel Excel.

Ce même logiciel a été utilisé pour réaliser l'analyse descriptive. Le critère de jugement principal et les critères de jugement secondaire ont été décrit à l'aide de pourcentage.

RESULTATS :

Caractéristiques de la population :

475 patients présentant un cancer de prostate et âgés de plus de 70 ans ont été discutés en RCP initiales et pré-thérapeutiques, de 2013 à 2018 dans le Territoire des Hautes Alpes.

Les caractéristiques sont donc présentées dans le Tableau 1.

La tranche d'âge la plus représentée dans cette étude est celle des 70 à 74 ans, soit 37,9% de l'effectif. Nous notons que 236 patients ont entre 75 ans et 84 ans. 59 patients avaient plus de 85 ans. La moyenne d'âge est de 77 ans avec une médiane de 76 ans. Le patient le plus âgé avait 95 ans.

Le stade localisé était le plus fréquemment retrouvé. Le cancer de la prostate métastatique représentant 24,84% de la population étudiée.

Il est intéressant de noter que le taux de prise en charge en dehors des Hautes Alpes chez les plus de 75 ans est inférieur à 4% (source DMSI CPAM).

A noter par ailleurs, que les perdus de vue au nombre de 2, concernent des patients dont la RCP concluait à un complément d'investigation par biopsie, pour lesquelles ils ne se sont pas présentés.

Les traitements non définis en conclusion de RCP concernaient :

- 1) Un patient hospitalisé au moment de la prise en charge pour IRA, finalement décédé de complications rénales avant toute prise en charge urologique.
- 2) Un patient refusant la biopsie prostatique

Tableau des caractéristiques de la population

	Nombre de patient	
	n = 475	%
Age		
de 70 à 74 ans	180	37,9%
de 75 à 79 ans	137	28,8%
de 80 à 84 ans	99	20,8%
de 85 à 89 ans	44	9,3%
90 ans et plus	15	3,2%
Stade		
Localisé	199	41,9%
Localement avancé	125	26,3%
M+ Hormono Naif	43	9,1%
M+ Hormono sensible	9	1,9%
M+ résistant à la castration	66	13,9%
nM hormono sensible	33	6,9%
Abstention thérapeutique		
Oui	38	8,00%
Non	433	91,16%
Surveillance active		
Oui	17	3,58%
Non	454	95,58%
Chirurgie		
Oui	135	28,42%
Non	336	70,74%
Radiothérapie		
Oui	118	24,84%
Non	353	74,32%
Hormonothérapie		
HT seule	86	18,11%
HT et RT	76	16,00%
HT et 2nde génération	40	8,42%
HT et CT	36	7,58%
HT et RT et Chirurgie	3	0,63%
Score G8		
G8 réalisé	24	5,05%
G8>14	5	1,1%

G8<14	19	4,0%
Non renseigné	449	99,56%
Evaluation oncogériatrique		
Oui	83	17,47%
Non	390	82,11%
Score Amico		
Faible	75	15,79%
Intermédiaire	161	33,89%
Haut	226	47,58%
Inconnu	13	2,74%
Score TNM		
T1 et T2	281	59,16%
T3 et T4	61	12,84%
N+/M+	126	26,53%
Inconnu	7	1,47%
Histologie		
Adénocarcinome	442	93,05%
Autre histologie	6	1,26%
Non précisée	27	5,68%
Diagnostic		
Initial	360	76,00%
Rechute	115	24,00%
Centre de soin		
CHICAS	163	34,32%
PAS	312	65,68%
Données manquantes		
Traitement non défini	2	0,42%
Perdu de vue	2	0,42%

Tableau n°1 : Caractéristiques de la population étudiée

HT : hormonothérapie ; HT2G : hormonothérapie de 2nde génération ; RT : radiothérapie ; CT : Chimiothérapie

Déroulement de la RCP

475 fiches de RCP pré thérapeutiques ont donc été enregistrées de 2013 à 2018 sur cette population. Dans le Tableau 2, sont exposés les critères de la RCP.

Récapitulatif des données RCP exploitées			
	Données RCP		
	Oui	Non	%
Noms des médecins	475	0	100,00%
Lieu de la RCP	475	0	100,00%
Date de la RCP	475	0	100,00%
Informations cliniques			
Age	475	0	100,00%
ECOG PS	458	17	96,42%
PSA	454	21	95,58%
Gleason	451	24	94,95%
TNM	468	7	98,53%
Histologie	448	27	94,32%
G8	24	451	5,05%
	Nombre de RCP réalisé par année		
		n =	%
RCP 2013		55	11,58%
RCP 2014		79	16,63%
RCP 2015		83	17,47%
RCP 2016		86	18,11%
RCP 2017		76	16,00%
RCP 2018		96	20,21%

Tableau n°2 : Critères de RCP

Résultat du critère de jugement principal : Application du référentiel CCAFU

Le critère de jugement principal est l'application des recommandations nationales du CCAFU chez le patient âgé de plus de 70 ans présentant un cancer de la prostate. L'adéquation de la proposition thérapeutique au référentiel national est élevée (97,89 %) (Tableau 3).

La non-conformité au référentiel, après analyse des dossiers, est due à l'absence d'évaluation onco-gériatrique après réalisation d'un score G8<14 soit 5 patients sur 19 grilles oncodage < 14 (26,32%). (Tableau 5)

Par ailleurs l'analyse en fonction des tranches d'âges, retrouve :

- entre 70 et 74 ans, le respect du référentiel dans 65,56% des cas
- entre 75 et 79 ans, le respect du référentiel dans 98,54% des cas
- entre 80 et 84 ans, le respect du référentiel dans 97,73% des cas
- entre 90 ans et plus, le respect du référentiel dans 93,3% des cas

Il convient de préciser, que pour chaque tranche d'âge, le nombre de patient reste hétérogène (Tableau 4) (Annexe 2)

Respect du référentiel du CCAFU en fonction de la fiche RCP n= 475 (%)		
Oui	465	97,89%
Non	5	1,05%
Perdu de vue	2	0,42%
Non défini	2	0,42%
Recours RCP régionale	1	0,21%

Tableau n°3: Analyse du respect du référentiel CCAFU en fonction des résultats de la fiche RCP

Référentiel CCAFU en fonction de l'âge						
	de 70 à 74 ans	de 75 à 79 ans	de 80 à 84 ans	de 85 à 89 ans	90 ans et plus	Total général
Non respecté	0	1	4	0	0	5
Respecté	178	135	95	43	14	465
Non renseigné	0	0	0	1	1	2
Perdu de vue	2	0	0	0	0	2
Recours RCP Régionale RENATEN	0	1	0	0	0	1
Total général	180	137	99	44	15	475

Tableau n°4: Application du référentiel CCAFU en fonction de l'âge

La réalisation du G8 et l'évaluation de l'onco-gériatre

Au vu du tableau 1, le G8 est insuffisamment réalisé (5,05%).

Le nombre de patients évalués par un onco-gériatre est de 83 patients (soit 17,47%).

Pour rappel après analyse des dossiers, le non-respect du référentiel est basé sur le fait que les patients bénéficiant d'un G8 <14 n'ont par la suite pas eu d'évaluation onco-gériatrique (Tableau 5)

Initiation évaluation oncogériatrique selon le Score de G8				
Score G8 :	Evaluation oncogériatrique			Total général
	Non réalisée	Réalisée	Perdu de vue	
Non réalisé	383	66	0	449
G8 réalisé <14	5	14	0	19
G8 réalisé >14	2	3	0	5
Perdu de vue	0	0	2	2
Total général	390	83	2	475

Tableau n°5 : Score G8 et initiation d'une évaluation oncogériatrique

Concernant le G8 < 14, représentant 19 patients au total tout année confondue, nous constatons que la population la plus représentée au sein de ce groupe est celle des patients présentant un cancer de la prostate résistant à la castration soit 52,3%. (Tableau 6)

G8 réalisé et stade du cancer					
Stades cancer	Score G8				Total général
	Non réalisés	G8 <14	G8 >14	Perdu de vue	
Localisé	195	1	1	2	199
Localement avancé	121	3	1	0	125
mHNPC	39	3	1	0	43
mHSPC	9	0	0	0	9
mCRPC	55	10	1	0	66
nmHSPC	30	2	1	0	33
Total	449	19	5	2	475

Tableau n°6 : G8 réalisé et stade du cancer

mCRPC: cancer de la prostate métastatique résistant à la castration ; mHNPC : cancer de la prostate métastatique hormono naif ; mHSPC : cancer de la prostate métastatique hormono sensible ; nmHSPC : cancer de la prostate non métastatique hormono sensible

Les cancers de prostates résistants à la castration sont également la population la plus représentée lors de l'évaluation onco gériatrique soit 58 patients évalués par un onco-gériatre (69,88%). L'évaluation oncogériatrique est demandée surtout dans les situations métastatiques. Il est aussi intéressant de voir que les stades métastatiques hormono naifs sont aussi adressés pour une prise en charge oncogériatrique probablement du fait des nouvelles recommandations (chimiothérapie/hormonothérapie nouvelle génération) (Tableau 7).

Evaluation onco gériatrique et stades du cancer				
Stades cancer	Evaluation oncogériatrique			
	Non réalisée	Réalisée	Perdu de vue	Total général
Localisé	197	0	2	199
Localement avancé	121	4	0	125
mHNPC	24	19	0	43
mHSPC	7	2	0	9
mCRPC	8	58	0	66
nmHSPC	33	0	0	33
Total	390	83	2	475

Tableau n°7 : Evaluation onco gériatrique et stades du cancer

Les stades du CaP et les traitements proposés (Tableau 8)

Concernant la cohorte de cancer de prostate localisé, nous retrouvons en conclusion des RCP:

- 8,54 % de surveillance active,
- 63,32 % de traitement par chirurgie,
- 9,55 % de radiothérapie seule,

A noter que 2 RCP évoquaient un traitement multimodal par chirurgie et radiothérapie. L'abstention thérapeutique représentaient 16,58 % des dossiers.

Concernant la cohorte de cancer de prostate localement avancé qui représentait 26,3% de la population étudiée, la radio-hormonothérapie était retenue dans 60 % des cas.

32 % des RCP proposaient une hormonothérapie seule, 4,8 % de la chirurgie, 2,4 % un traitement multi modal (chirurgie/radiothérapie/et hormonothérapie).

Un seul patient fut traité par abstention, mais devant un G8 <14, il aurait dû bénéficier d'une évaluation gériatrique.

Dans le cadre de l'utilisation de l'hormonothérapie seule soit 40 patients, les RCP demandaient des bilans d'extension complémentaires d'où l'absence de proposition de radiothérapie concomitante. 3 dossiers contre indiquaient à la radiothérapie devant des troubles cognitifs.

Concernant la cohorte de cancer de prostate non métastatique hormono sensible (n=33) :

La plupart des RCP concluaient à une radiothérapie de rattrapage (60,61%). L'hormonothérapie de rattrapage était quant à elle, retenue dans 24,24% des dossiers. Un seul traitement par radio-hormonothérapie a été proposé par ailleurs.

3 RCP retenaient l'indication d'une surveillance thérapeutique.

Concernant la cohorte de cancer de prostate métastatique hormono-naïf (n=43 patients):

La majorité des patients étaient éligibles à un traitement par hormonothérapie seule (incluant blocage androgénique et pulpectomie) soit 67,44%. Une hormonothérapie couplée à une chimiothérapie était proposée dans 18,6% des cas. L'utilisation d'une hormonothérapie de 1^{ère} génération associée à une hormonothérapie de 2nd génération représentait 9,30% des dossiers RCP. Nous rappelons la période d'analyse de cette base de 2013 à 2018, et l'analyse ultérieure mettra en évidence des résultats différents.

A noter qu'un patient a bénéficié d'une radiothérapie à visée symptomatique sur rétention urinaire aigue récidivante (il présentait par ailleurs un CaP neuroendocrine)

Concernant la cohorte de cancer de prostate métastatique hormonosensible :

9 RCP concluaient à un blocage androgénique, soit 100% d'hormonothérapie proposée pour la cohorte.

Concernant la cohorte de cancer de prostate métastatique résistant à la castration :

Dans la grande majorité des cas une hormonothérapie de 2nde génération couplée à une hormonothérapie était proposée (soit 54,55% des traitements proposés dans ce contexte, grâce à l'ATU avant son autorisation). La chimiothérapie couplée à l'hormonothérapie est évidemment discutée, et représente 42% des conclusions des RCP.

Une proposition de radium 223 a été faite lors d'une RCP datant de 2015.

Traitement en fonction des stades de cancer de la prostate		
	n =	%
Traitement des formes localisées		
Surveillance active	17	8,54%
Chirurgie	126	63,32%
RT seule	19	9,55%
Abstention thérapeutique	33	16,58%
Traitement multimodal (chirurgie et radiothérapie)	2	1,01%
PV	2	1,01%
Traitement des formes localement avancées		
Abstention thérapeutique	1	0,80%
Surveillance active	0	0,00%
RT seule	0	0,00%
HT seule	40	32,00%
RT +HT	75	60,00%
Chirurgie	6	4,80%
Chir + HT + RT	3	2,40%
Traitement des formes hormono sensibles non métastatiques		
abstention / surveillance	3	9,09%
Blocage androgénique seul	8	24,24%
RadioHormonothérapie	1	3,03%
Radiothérapie de rattrapage	20	60,61%
Non défini	1	3,03%
Traitement des formes hormono naives métastatiques		
HT seule	29	67,44%
Radiothérapie seule	1	2,33%
HT + CT	8	18,60%
HT + HT 2nde génération	4	9,30%
Non défini	1	2,33%

Traitement des formes homono sensibles métastatiques	
Radiohormonothérapie	0 0,00%
Hormonothérapie	9 100,00%
Traitement des formes métastatiques résistantes à la castration	
Abstention (PEC palliative)	1 1,52%
HT + HT2nde génération	36 54,50%
CT+HT	28 42,42%
Radium 223	1 1,52%

Tableau n°8 : Traitements proposés en fonction des stades du cancer de la prostate

HT : hormonothérapie ; HT2G : hormonothérapie de 2^{nde} génération ; RT : radiothérapie ; CT : Chimiothérapie

Par ailleurs, en 2016, 13 dossiers de RCP sur 15 concluaient à l'utilisation d'une hormonothérapie de 2^{nde} génération pour 2 propositions de chimiothérapie la même année. (Tableau 9)

Nous constatons également que l'association de la chimiothérapie ou l'hormonothérapie de 2^{nde} génération à la suppression androgénique dans le cadre du cancer de la prostate métastatique est retrouvée dans notre étude pour les patients âgés, toute tranche d'âge confondue (Tableau 10). L'hormonothérapie de 2^{nde} génération est par ailleurs proposée aux patients de plus de 90 ans dans 9 cas.

Traitements mHNPC, mCRPC et MHSPC en fonction des années							
Type de traitement du mHNPC :	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Total
HT seule	3	4	8	5	5	4	29
Radiothérapie seule	1	0	0	0	0	0	1
HT + CT	0	1	0	1	5	1	8
HT + HT 2nde génération	0	1	0	0	1	2	4
Non défini	0	0	0	0	0	1	1
Total	4	6	8	6	11	8	43
Type de traitement du mCRPC :							
Abstention (PEC palliative)	0	0	0	0	1	0	1
HT + HT2nde génération	6	6	5	13	4	2	36
CT + HT	10	8	6	2	2	0	28
Radium 223	0	0	1	0	0	0	1
Total	16	14	12	15	7	2	66
Type de traitement du MHSPC							
Radiohormonothérapie	0	0	0	0	0	0	0
Hormonothérapie	0	1	0	3	3	2	9

Tableau n°9 : Traitements proposés pour le cancer de la prostate métastatique en fonction des années

Analyse des traitements dans le cas du cancer de la prostate métastatique tous stades confondus en fonction des tranches d'âge						
	70 à 74 ans	de 75 à 79 ans	de 80 à 84 ans	de 85 à 89 ans	90 ans et plus	Total
HT + Hormonothérapie de 2nde génération proposée	6	9	6	10	9	40
HT + Chimiothérapie proposée	13	7	15	1	0	36

Tableau n°10: Traitements proposés pour le cancer de la prostate métastatique en fonction de l'âge

DISCUSSION

1) Principaux résultats

Cette étude descriptive réalisée sur Gap, basée sur 475 RCP, nous permet d'observer plusieurs caractéristiques au sein de la population âgée de plus de 70 ans.

Chaque RCP était par ailleurs conduite de façon collégiale avec présence d'un chirurgien urologue, d'un oncologue médical, d'un gériatre, d'un radiothérapeute.

A noter que les comorbidités n'étaient pas toujours précisées, et seul le score ECOG PS mesurait l'activité du patient (score utilisé dans différentes études notamment sur le cancer de la prostate métastatique). (13)

Cependant dans notre étude, la répartition de la population en fonction des tranches d'âges reste hétérogène, et nous retrouvons 59 patients âgés de plus de 85 ans.

Actuellement la plupart des essais de phase 3 dans le cadre du CaP métastatique hormonosensible et résistant à la castration retrouvent une moyenne d'âge autour de 69 ans. (18)

Le questionnement principal était donc de vérifier si les propositions thérapeutiques des RCP chez des patients de plus de 70 ans était en adéquation avec le référentiel national pour chaque année correspondante (2)(3)

Dans notre étude, la proportion de cas où la proposition thérapeutique est conforme au référentiel national de prise en charge en urologie est élevée (97,89%).

5 fiches RCP ne sont pas en adéquation avec le référentiel du fait de 5 scores de G8 < 14, et qui n'ont pas conduit dans les suites à une évaluation gériatrique.

Mais, le G8, outil de screening pourtant recommandé par le CCAFU (depuis 2016) et la SIOG (depuis 2014), n'est que très faiblement renseigné lors des RCP soit 5,05% dans cette étude.

L'initiation de l'EGA dans cette étude a été réalisée (2013-2018) majoritairement pour les patients métastatiques. 83 patients sur 475 ont bénéficié par la suite d'une évaluation gériatrique sur la période 2013-2018 avant même les recommandations du CCAFU.

A chaque RCP assiste un oncologue médical spécialisé en gériatrie membre de la SIOG, identifiant ainsi les patients fragiles qui devraient donc bénéficier d'une évaluation gériatrique avant tout projet thérapeutique.

Les patients dont la RCP concluait à une chimiothérapie ont bénéficié d'une évaluation gériatrique pour 94,44% des cas (soit 34 patients sur 36). Qui plus est ce résultat est assez similaire à celui concernant l'hormonothérapie de 2nde génération puisque 35 patients ont bénéficié d'une évaluation gériatrique, sur 40 patients identifiés comme candidat à une HT2G. Par extension, 79 (soit 66,95%) patients présentant un cancer métastatique ont bénéficié d'une évaluation gériatrique (sur 118 au total).

Ces résultats sont peu étonnants du fait du travail conjoint de l'oncologue médical (également gériatre) et du gériatre sur le CH de Gap. Effectivement la connaissance du patient âgé dans sa globalité, et la maîtrise des thérapeutiques oncologiques sans oublier leurs effets secondaires, constitue le socle indispensable à une prise en charge adaptée. (19)

Pour cette catégorie de cancer métastatique, cette prise en charge gériatrique est mise en place.

Concernant le traitement des formes localisées,

Les recommandations nationales préconisent pour les cancers à faible risque évolutif, la surveillance active ou la mise en place d'un traitement curatif (prostatectomie, radiothérapie externe).

Sans aucune surprise, la prostatectomie représente donc 63,32% des traitements proposés dans le cadre du cancer localisé (20), contre 60% de radio-hormonothérapie dans le cadre du cancer localement avancé.

A savoir que l'hormonothérapie seule n'a pas de place dans le traitement du CaP localisé ou localement avancé, plusieurs études ont montré que l'association hormono-radiothérapie est supérieure à l'hormonothérapie seule (21) (22)

Concernant le traitement proposé dans les formes de CaP non métastatiques hormonosensible, représentant 6,9% des cas, une radiothérapie de rattrapage était proposée dans 60,61% des cas. Il n'existe pas d'études randomisées à l'heure actuelle ayant démontré un bénéfice en survie de la radiothérapie de rattrapage, mais il s'agit du seul traitement ayant une intention curative. (3) Après prostatectomie les options thérapeutiques en cas de récurrences locales sont la radiothérapie associée ou non à une hormonothérapie, l'hormonothérapie continue ou intermittente, et la surveillance.

Dans cette étude la surveillance était indiquée à la suite de 3 RCP. Deux dossiers retrouvaient alors des facteurs pronostiques favorables tel qu'un score de Gleason < à 7, et le temps de récurrence > 3 ans.

L'hormonothérapie de rattrapage était quant à elle retenue dans 24,24% des dossiers de RCP.

Ce qu'il faut savoir concernant l'hormonothérapie de rattrapage, c'est qu'elle n'a pas d'objectif de curabilité mais cherche à retarder une évolution défavorable, de plus elle n'est pas indemne d'effets secondaires surtout dans cette population (23).

Le cancer de la prostate dans sa forme métastatique est une maladie très hétérogène et différents facteurs pronostiques ont été identifiés tel que le nombre et la localisation des métastases osseuses, le score de Gleason, et la présence de métastases viscérales.

Rappelons que les formes métastatiques, qu'elles soient diagnostiquées d'emblée ou survenant au cours de l'évolution d'une tumeur localisée ou localement avancée bénéficient du traitement de référence qu'est la suppression androgénique.

L'arsenal thérapeutique s'est vu profondément modifié ces dernières années avec différentes combinaisons de traitement.

Dans notre étude, le CaP hormono-naïf métastatique d'emblée est retrouvé dans 9,1% des dossiers étudiés. Dans la grande majorité des cas soit 67,44%, la proposition thérapeutique au terme de la RCP convenait d'une suppression androgénique seule (la chimiothérapie était contre indiquée dans 4 dossiers devant un état général altéré).

L'hormono-chimiothérapie était utilisée dans 18,6%, et réalisée dans le cadre de forte masse tumorale.

L'association d'une suppression androgénique et d'une hormonothérapie de 2^{nde} génération était évoqué dans 9,3% des dossier RCP.

Du fait de multiples mécanismes de résistance au traitement hormonal et de l'hétérogénéité du cancer de la prostate, un protocole associant la chimiothérapie (le docétaxel 75mg/M2 toutes les 3 semaines ; 6 cycles) et une suppression androgénique versus suppression androgénique seule a été évalué en traitement de 1^{ère} ligne dans plusieurs essais notamment l'étude CHAARTED publiée en 2015 (24) ou encore l'étude GETUG 15 (25) . Les patients étaient classés en fonction de leur volume tumoral, les résultats de l'analyse en sous-groupe ont montré que l'association suppression androgénique et docétaxel apporte un bénéfice significatif en SG chez le patient présentant un volume tumoral élevé dans l'étude CHAARTED.

Et c'est seulement depuis 2017, que la combinaison d'une castration et de l'acétate d'abiratéronne comme nouveau standard dans le cancer de prostate d'emblée métastatique était validé par le CCAFU (étude LATITUDE)(26)(27)(28).

Le CaP hormonosensible métastatique est faiblement représenté dans cette étude.

Cette prévalence obtenue est difficilement comparable à la population habituellement étudiée dans les essais de phase 3 (par exemple ENZAMET n'a pas inclus de patient plus âgé que 74 ans)

Le seul traitement proposé lors des RCP était par ailleurs la suppression androgénique seule.

Dans le cadre du cancer de la prostate métastatique résistant à la castration, de nouvelles stratégies thérapeutiques ont vu le jour depuis le développement de l'hormonothérapie de 2^{nde} génération.

Notre étude retrouve que pour 54,55% des RCP dans ce cadre nosologique, une hormonothérapie de 2^{nde} génération couplée à une hormonothérapie de 1^{ère} ligne était proposée. Rappelons également que le premier traitement du cancer de prostate résistant à la castration, qui avait apporté un bénéfice en survie globale, était la chimiothérapie par taxanes (docétaxel et cabazitaxel en deuxième ligne)(29) (30). En revanche, une évaluation gériatrique est indispensable, suivie de mesures interventionnelles correctrices (nutritionnelles avant tout) et, en cas d'administration de docétaxel, d'un recours facile aux facteurs de croissance pour limiter la toxicité hématologique (10).

La chimiothérapie représentait 42% des conclusions de RCP au sein de notre étude.

Après analyse en fonction des années, nous constatons une évolution dans la pratique médicale puisqu'en 2016, 13 dossiers de RCP sur 15 concluaient à l'utilisation d'une hormonothérapie de 2^{nde} génération pour 2 propositions de chimiothérapie la même année, se révélant par la suite plus utilisée que la chimiothérapie au sein de cette population.

Concernant l'abiratérone, l'essai COU-AA302 retrouvait un bénéfice en survie globale superposable chez les patients jeunes et chez ces patients âgés, cependant ces derniers présentaient de façon plus fréquente une hypertension et des complications cardiaques.

Cependant, aucune recommandation n'est clairement établie entre l'intérêt d'une HT2G plutôt que d'une chimiothérapie dans le cadre du CaP métastatique résistant à la castration.

Aucun cancer non métastatique résistant à la castration n'était représenté dans cette étude.(31)

Ainsi, différents traitements ont maintenant montré leur efficacité au terme de différents essais, et ce sont donc les séquences thérapeutiques qui vont devenir essentielles.

Par ailleurs la disparité entre la prévalence des stades de cancers notamment le cancer hormonosensible métastatique et la littérature actuelle, pourrait s'expliquer par le fait qu'actuellement les essais cliniques représentent peu la population gériatrique (l'âge médian étant souvent aux alentours de 70 ans).

Au vu des résultats, et en fonction des stades, les recommandations nationales semblent appliquées lors des RCP de 2013 à 2018 sur le territoire des Hautes Alpes, tout en intégrant l'évaluation gériatrique qui joue un véritable rôle sur la décision finale notamment dans le contexte des cancers métastatiques.

2) Limites de l'étude

A l'heure actuelle, nous ne disposons que d'études rétrospectives et observationnelles sur le CaP du patient âgé, qui ont donc un faible niveau de preuve scientifique.

Concernant la validité interne, notre étude s'appuie sur une méthodologie ayant permis d'inclure un nombre important de patients au travers de 475 RCP, de 2013 à 2018, et réalisée sur deux centres le CHICAS de Gap et la Polyclinique Alpes du Sud située également sur Gap. En regard des tranches d'âge, la population âgée de plus de 85 ans représente 12,42% de l'effectif total.

Par ailleurs certains biais existent, il convient donc de les préciser afin de déterminer la qualité de notre travail.

1. Biais de recueil : certaines données n'ont pas été remplies lors des RCP (notamment le score de Gleason, l'ECOG PS, le TNM, le PSA). Il existe de principe un biais de recueil. De même pour la réalisation du G8, qui était absente dans la majorité des cas (de 2013 à 2018, et recommandations de 2016 du CCAFU). Concernant les comorbidités du patient, aucun score de mesure de morbidité compétitive n'était réalisé.
2. Biais de confusion : la présence systématique d'un oncologue médical spécialisé en gériatrie lors des RCP explique le nombre d'évaluation gériatrique réalisée.

L'évaluation onco gériatrique n'est par ailleurs pas détaillée puisque réalisée après la RCP.

Nous pouvons également rappeler que la morbidité des traitements chez une population gériatrique, pose souvent le problème de leur tolérance et de leur réel bénéfice, non exploré au travers de cette étude.

3) Perspectives

Cette étude descriptive fait l'état des lieux de la complexité de la prise en charge du cancer de la prostate.

Les principes de traitement du CaP chez le patient âgé ne diffèrent pas de ceux de la prise en charge des patients plus jeunes et le référentiel du CCAFU s'applique à cette population au sein du territoire des Hautes Alpes, avec un regard onco-gériatrique à ne pas négliger.

L'évaluation onco gériatrique doit permettre d'estimer la morbidité, le risque de mortalité du traitement et de s'adapter aux conditions physiologiques du patient (32).

Effectivement outre les caractéristiques « gériatriques » du patient, le cancer de la prostate de par sa grande hétérogénéité et de par les progrès thérapeutiques, présente une prise en charge complexe en continuelle évolution.

Les nouvelles stratégies dans le cadre du cancer hormono sensible métastatique et résistant à la castration révèlent également tout l'intérêt de la collaboration entre les urologues, le radiothérapeute, et le gériatre pour optimiser le parcours de santé du patient.

Rappelons qu'aucune recommandation n'était clairement établie entre l'intérêt d'une HT2G plutôt que d'une chimiothérapie dans le cadre du CaP métastatique résistant à la castration de 2016 à 2018.

Par ailleurs, il semblerait que la formation gériatrique aux différents intervenants gravitant autour de cette prise en charge, soit indispensable, notamment avec la réalisation plus systématique du G8 en amont par l'urologue pour adresser les patients en évaluation gériatrique si le G8 est < 14.

A l'avenir, il paraît également nécessaire d'avoir une réflexion sur les structures permettant cet exercice oncogériatrique, ne pouvant se limiter à l'évaluation initiale. En effet durant les traitements oncologiques, des unités de soins de suite et de réadaptation spécialisées ou thématiques paraissent indispensables (encore peu présentes sur le territoire), et qui permettent

d'éviter les décompensations de fragilités par la réalisation de plan de soins gériatrique personnalisé. Sur le département des Hautes Alpes, une unité d'oncologie gériatrique a été créée dans cet objectif, intégrée dans une filière gériatrique complète.

Ce type d'étude a bien sûr vocation à être reconduit, non seulement pour mesurer l'évolution des pratiques, mais également approfondir l'exploration gériatrique au fil du temps.

CONCLUSION

En conclusion,

Cette étude descriptive, analysant l'application du référentiel national sur une population âgée de 70 ans de 2013 à 2018 montrent que les traitements proposés au terme des RCP ne diffèrent pas des recommandations du CCAFU.

L'âge chronologique ne détermine (et ne doit pas déterminer) la prise en charge thérapeutique.

Dans le cadre de la prise en charge du cancer de la prostate métastatique hormono naïf comme résistant à la castration, l'association de la chimiothérapie ou l'hormonothérapie de 2nde génération à la suppression androgénique est retrouvée dans notre étude pour les patients âgés, toute tranche d'âge confondue.

Cependant il reste à définir à l'avenir la meilleure combinaison et séquence de traitement pour chaque patient âgé, en intégrant à la prise en charge la toxicité des différents traitements proposés, et les caractéristiques du patient.

L'évolution démographique dans les années futures va poser clairement la problématique de la prise en charge urologique des cancers de la prostate chez les patients âgés. A travers l'exemple du cancer de la prostate, il paraît nécessaire que chaque soignant soit formé pour permettre l'amélioration de la prise en charge de nos aînés atteints de cancer. Ce travail en montre tout l'intérêt.

Et par conséquent, l'équipe multi disciplinaire (urologue, radiothérapeute, oncologue, gériatre) nous apparaît comme indispensable tout au long de la prise en charge.

BIBLIOGRAPHIE :

1. Inca. Epidémiologie nationale du cancer de la prostate. <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Les-chiffres-du-cancer-en-France/Epidemiologie-des-cancers/Les-cancers-les-plus-frequents/Cancer-de-la-prostate>.
2. Salomon L, Bastide C, Beuzeboc P, Cormier L, Fromont G, Hennequin C, et al. Recommandations en onco-urologie 2013 du CCAFU : Cancer de la prostate. Prog En Urol. nov 2013;23:S69-101.
3. Rozet F, Hennequin C, Beauval J-B, Beuzeboc P, Cormier L, Fromont G, et al. Recommandations en onco-urologie 2016-2018 du CCAFU : Cancer de la prostate. Prog En Urol. nov 2016;27:S95-143.
4. Scher HI, Heller G. Clinical states in prostate cancer: toward a dynamic model of disease progression. Urology. mars 2000;55(3):323-7.
5. Davies A, Conteduca V, Zoubeidi A, Beltran H. Biological Evolution of Castration-resistant Prostate Cancer. Eur Urol Focus. mars 2019;5(2):147-54.
6. Finianos A, Gupta K, Clark B, Simmens SJ, Aragon-Ching JB. Characterization of Differences Between Prostate Cancer Patients Presenting With De Novo Versus Primary Progressive Metastatic Disease. Clin Genitourin Cancer. févr 2018;16(1):85-9.
7. Fizazi et al. - 2019 - Abiraterone acetate plus prednisone in patients wi.pdf.
8. Davis ID, Martin AJ, Stockler MR, Begbie S, Chi KN, Chowdhury S, et al. Enzalutamide with Standard First-Line Therapy in Metastatic Prostate Cancer. N Engl J Med. 11 juill 2019;381(2):121-31.
9. Chi KN, Agarwal N, Bjartell A, Chung BH, Pereira de Santana Gomes AJ, Given R, et al. Apalutamide for Metastatic, Castration-Sensitive Prostate Cancer. N Engl J Med. 4 juill 2019;381(1):13-24.

10. Boyle HJ, Alibhai S, Decoster L, Efstathiou E, Fizazi K, Mottet N, et al. Updated recommendations of the International Society of Geriatric Oncology on prostate cancer management in older patients. *Eur J Cancer*. juill 2019;116:116-36.
11. Bellera CA, Rainfray M, Mathoulin-Pélissier S, Mertens C, Delva F, Fonck M, et al. Screening older cancer patients: first evaluation of the G-8 geriatric screening tool. *Ann Oncol*. août 2012;23(8):2166-72.
12. Soubeyran P, Bellera C, Goyard J, Heitz D, Curé H, Rousselot H, et al. Screening for Vulnerability in Older Cancer Patients: The ONCODAGE Prospective Multicenter Cohort Study. Williams BO, éditeur. *PLoS ONE*. 11 déc 2014;9(12):e115060.
13. Droz J-P, Albrand G, Gillessen S, Hughes S, Mottet N, Oudard S, et al. Management of Prostate Cancer in Elderly Patients: Recommendations of a Task Force of the International Society of Geriatric Oncology. *Eur Urol*. oct 2017;72(4):521-31.
14. Droz J-P, Chaladaj A. Management of metastatic prostate cancer: the crucial role of geriatric assessment. *BJU Int*. mars 2008;101:23-9.
15. Plan Cancer 2003-2007 - Mission interministérielle pour la lutte contre le cancer - <https://www.e-cancer.fr/Plan-cancer/Les-Plans-cancer-de-2003-a-2013/Le-Plan-cancer-2003-2007>.
16. Lee SJ. Development and Validation of a Prognostic Index for 4-Year Mortality in Older Adults. *JAMA*. 15 févr 2006;295(7):801.
17. 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. :8.
18. Mongiat-Artus P, Paillaud E, Caillet P, Albrand G, Neuzillet Y. Spécificités gériatriques du cancer de la prostate. *Prog En Urol*. nov 2019;29(14):828-39.
19. Neuzillet Y, Méjean A, Leuret T. Évaluation oncogériatrique du sujet âgé ayant un cancer urologique métastatique. *Prog En Urol*. nov 2008;18:S415-25.

20. Bill-Axelsson A, Holmberg L, Garmo H, Rider JR, Taari K, Busch C, et al. Radical Prostatectomy or Watchful Waiting in Early Prostate Cancer. *N Engl J Med*. 6 mars 2014;370(10):932-42.
21. Warde P, Mason M, Ding K, Kirkbride P, Brundage M, Cowan R, et al. Combined androgen deprivation therapy and radiation therapy for locally advanced prostate cancer: a randomised, phase 3 trial. *The Lancet*. déc 2011;378(9809):2104-11.
22. Dell'Oglio P, Bandini M, Leyh-Bannurah S-R, Tian Z, Trudeau V, Larcher A, et al. External beam radiotherapy with or without androgen deprivation therapy in elderly patients with high metastatic risk prostate cancer. *Urol Oncol Semin Orig Investig*. mai 2018;36(5):239.e9-239.e15.
23. Mongiat-Artus P, Peyromaure M, Richaud P, Beuzebec P, Bastide C, Cornud F, et al. Le traitement hormonal du cancer de la prostate chez le patient âgé. *Prog En Urol*. nov 2009;19:S151-5.
24. Sweeney CJ, Chen YH, Carducci M, Liu G, Jarrard DF, Eisenberger M, Wong YN, et al. Chemohormonal therapy in metastatic hormone-sensitive prostate cancer. *N Engl J Med* 2015 Aug 20;373(8):737-46. Epub 2015 Aug 5. Doi 10.1056/NEJMoa1503747. mars 2017;35(3):123.
25. Gravis G, Salem N, Walz J. Prise en charge des cancers de la prostate métastatiques hormonosensibles (CPMHS). *Bull Cancer (Paris)*. janv 2015;102(1):57-64.
26. Fizazi K, Tran N, Fein L, Matsubara N, Rodriguez-Antolin A, Alekseev BY, et al. Abiraterone plus Prednisone in Metastatic, Castration-Sensitive Prostate Cancer. *N Engl J Med*. 27 juill 2017;377(4):352-60.
27. James ND, de Bono JS, Spears MR, Clarke NW, Mason MD, Dearnaley DP, et al. Abiraterone for Prostate Cancer Not Previously Treated with Hormone Therapy. *N Engl J Med*. 27 juill 2017;377(4):338-51.
28. Buelens S, Poelaert F, Dhondt B, Fonteyne V, De Visschere P, Ost P, et al. Metastatic burden in newly diagnosed hormone-naïve metastatic prostate cancer: Comparing

definitions of CHAARTED and LATITUDE trial. *Urol Oncol Semin Orig Investig.* avr 2018;36(4):158.e13-158.e20.

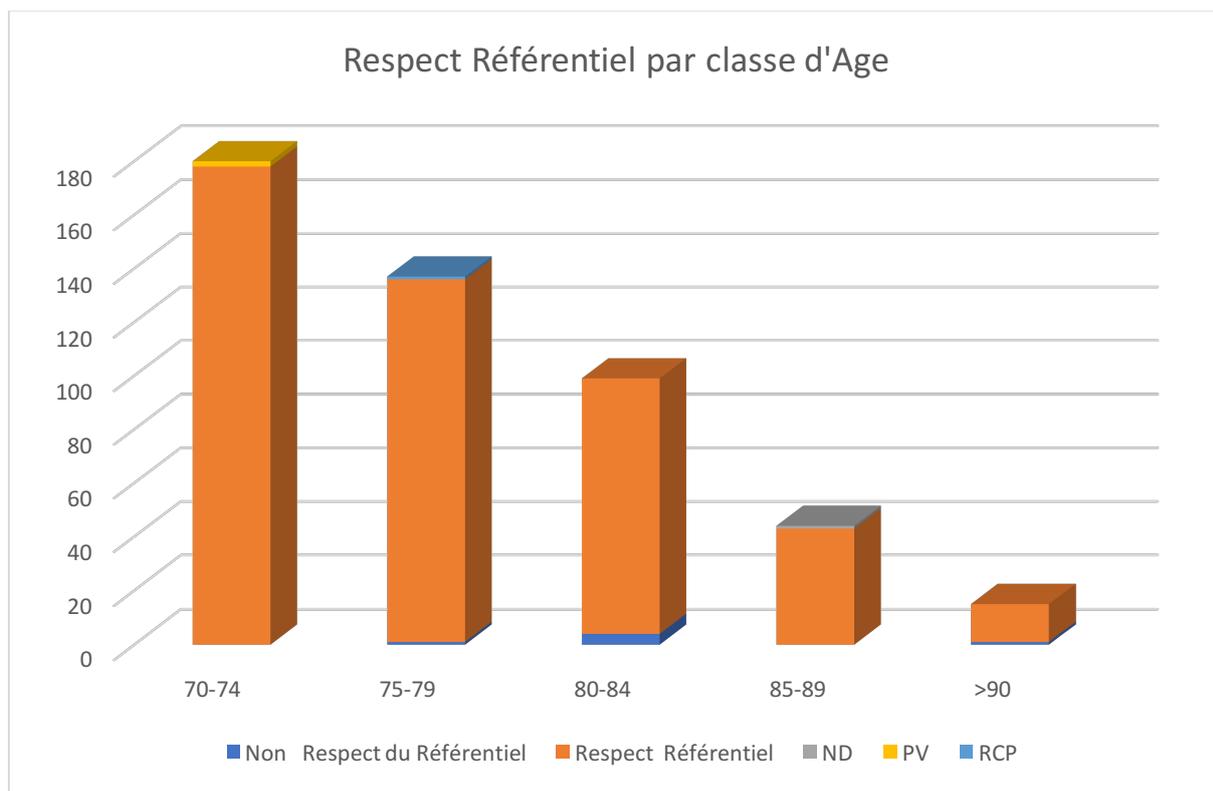
29. Petrylak DP, Lara PN, Burch PA, Kohli M, Raghavan D. Docetaxel and Estramustine Compared with Mitoxantrone and Prednisone for Advanced Refractory Prostate Cancer. *N Engl J Med.* 2004;8.
30. Italiano A, Ortholan C, Oudard S, Pouessel D, Gravis G, Beuzeboc P, et al. Docetaxel-Based Chemotherapy in Elderly Patients (Age 75 and Older) with Castration-Resistant Prostate Cancer. *Eur Urol.* juin 2009;55(6):1368-76.
31. Heidegger I, Brandt MP, Heck MM. Treatment of non-metastatic castration resistant prostate cancer in 2020: What is the best? *Urol Oncol Semin Orig Investig.* janv 2020;S1078143919304806.
32. Guérin O, Cudennec T. Oncogériatrie : point de vue du gériatre. *Cancer/Radiothérapie.* oct 2009;13(6-7):606-8.

ANNEXES

	Items	Score
A	Le patient présente-t-il une perte d'appétit ? A-t-il mangé moins ces 3 derniers mois par manque d'appétit, problèmes digestifs, difficultés de mastication ou de déglutition ?	0 : anorexie sévère 1 : anorexie modérée 2 : pas d'anorexie
B	Perte récente de poids (< 3 mois)	0 : perte de poids > 3 kilos 1 : ne sait pas 2 : perte de poids entre 1 et 3 kilos 3 : pas de perte de poids
C	Motricité	0 : Du lit au fauteuil 1 : Autonome à l'intérieur 2 : sort du domicile
E	Problèmes neuropsychologiques	0 : démence ou dépression sévère 1 : démence ou dépression modérée 2 : pas de problème psychologique
F	Indice de masse corporelle	0 : IMC < 18,5 1 : IMC = 18,5 à IMC < 21 2 : IMC = 21 à IMC < 23 3 : IMC = 23 et > 23
H	Prend plus de 3 médicaments	0 : oui 1 : non
P	Le patient se sent-il en meilleure ou moins bonne santé que la plupart des personnes de son âge	0 : moins bonne 0,5 : ne sait pas 1 : aussi bonne 2 : meilleure
	Âge	0 : > 85 1 : 80-85 2 : <80
	SCORE TOTAL	0 – 17

Un score \leq à 14 révèle une vulnérabilité ou une fragilité gériatriques devant conduire à une consultation adaptée.

Annexe 2



LEXIQUE

CaP : cancer de la prostate

CT : Chimiothérapie

HT : Hormonothérapie

HT2G : Hormonothérapie de 2^{nde} génération

IRA : Insuffisance rénale aigue

M+ : métastatique

mCRPC ou CaP MRC : cancer de la prostate métastatique résistant à la castration

mHNPC ou CaP MHN : cancer de la prostate métastatique hormono naif

mHSPC ou CaP MHS : cancer de la prostate métastatique hormono sensible

nmHSPC ou CaP nmHS : cancer de la prostate non métastatique hormono sensible

RT : Radiothérapie

RCP : réunion de concertation pluridisciplinaire

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) 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.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) 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 déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

