

Le cancer du sein de la femme âgée (et très âgée)

Congrès GYNAZUR; Juin 2019



C'est qui ?????? => Cadre ?

Spécificité passionnante

Sur traitement ou sous traitement ?

Adaptation de la prise en charge: => discernement

Place des différents acteurs

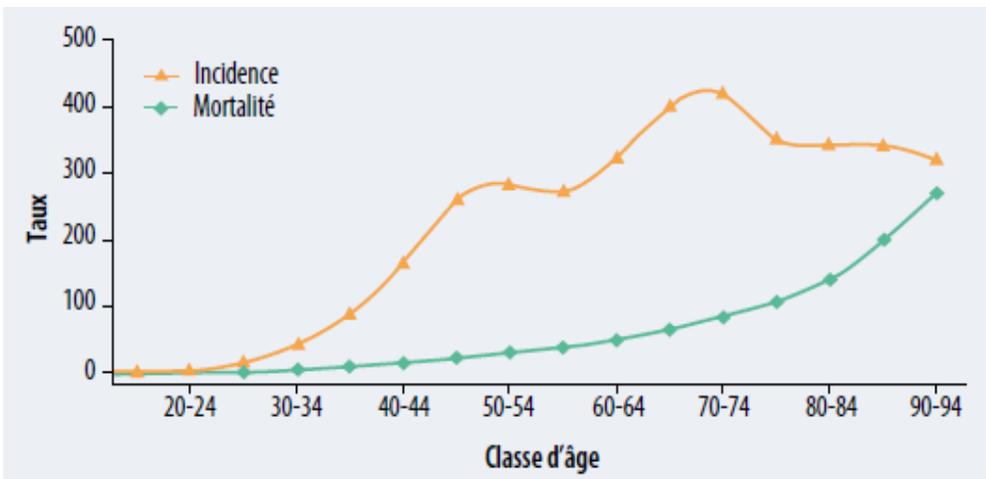


Figure 1. Incidence et mortalité par cancer du sein chez la femme en France en 2018 en fonction de l'âge (2).

Registre cancer CLCC Dijon 2018

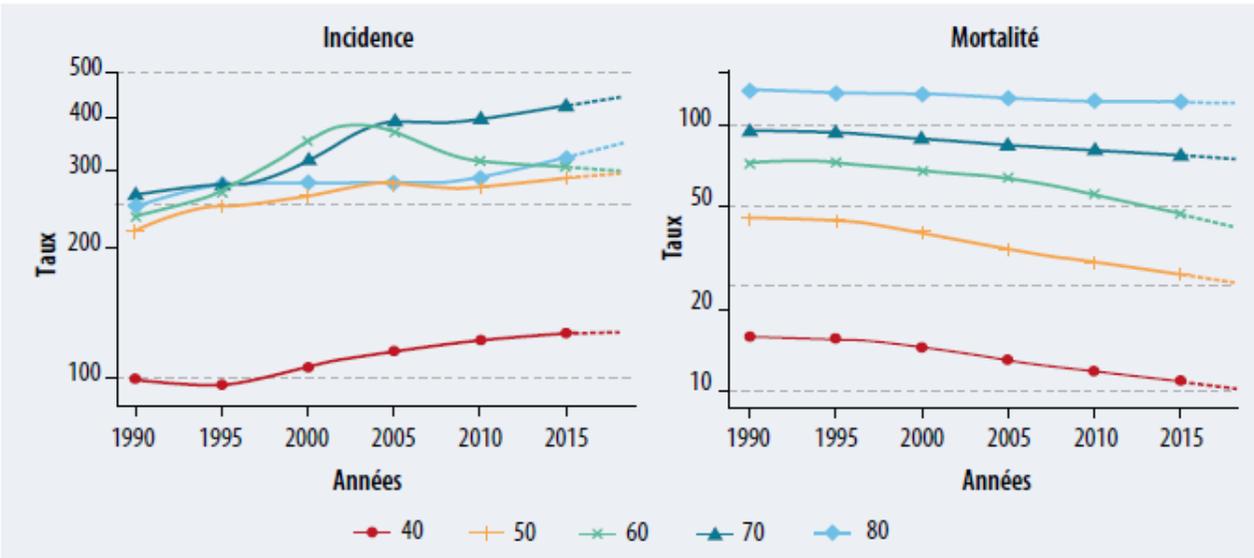


Figure 2. Évolution de l'incidence et de la mortalité par cancer du sein chez la femme en France entre 1990 et 2018 en fonction de l'âge (2).

C'est quoi, la vieillesse ?

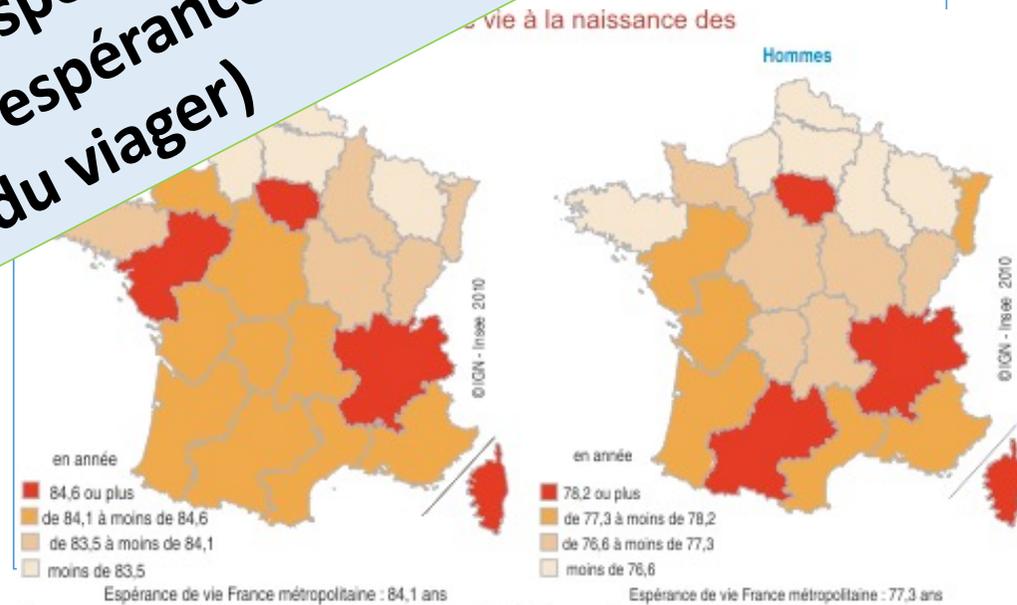
- Perception : très variable et personnelle.
- L'OMS retient le critère d'âge 65 ans et plus.
- définition sociale : stop professionnel = entrer en vieillesse à 55 - 62 ans !
- Pour taux d'équipements & services destinés aux personnes âgées, 75 ans est pertinent.
- Âge moyen dans les institutions pour personnes âgées est d'environ 85 ans.

La longévité maximale (en 1975:)
vie maximale chez la dame
ans chez la dame

longévité est

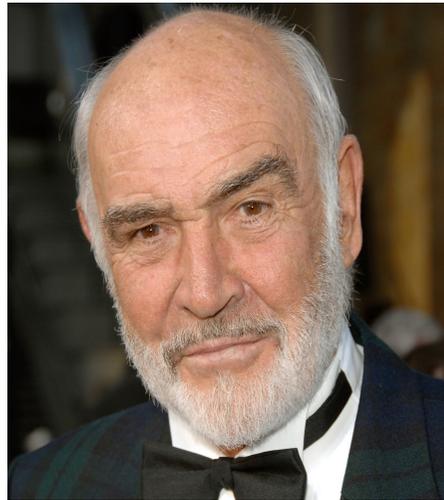
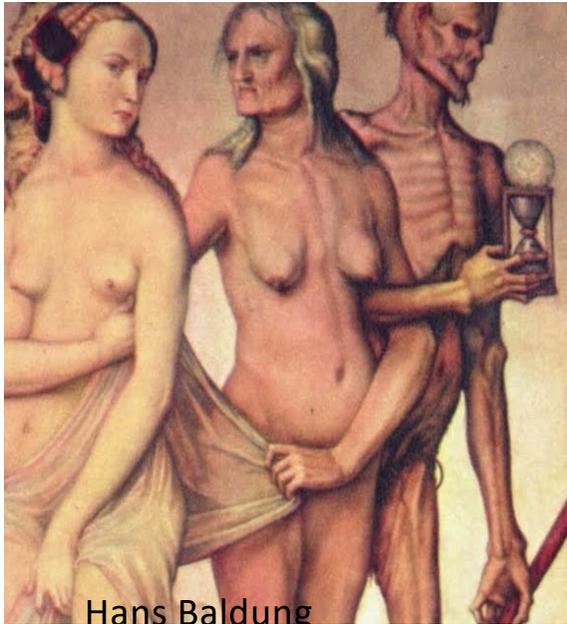
- Espérance de vie = nombre d'années qu'une personne peut espérer vivre en moyenne d'une classe d'âge donnée.
- L'espérance de vie à la naissance des hommes est de 77,3 ans et celle des femmes d'une

**(en 1975:)
fin 2013, une femme de 60 ans a une espérance de vie de 27,3 ans
fin 2015, une femme de 80 ans a une espérance de vie de 10 ans et 10 mois
(stat. du viager)**



Source : Insee, recensement de la population et statistiques de l'état civil, 2006

La population âgée est ainsi caractérisée par une grande hétérogénéité.



Qui est le(a) plus âgé(e) ?
Qui est le(a) plus épanoui(e) ?

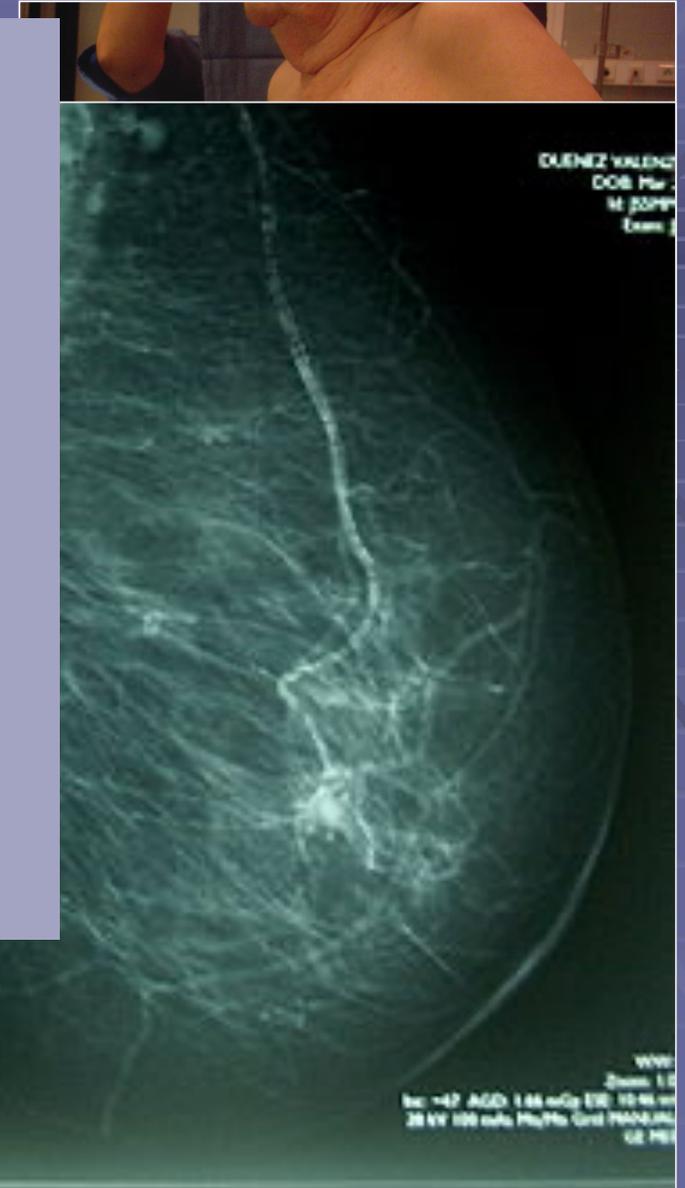
Halte



à la discrimination par l'âge !

Mais aussi :

- des tumeurs infra cliniques issues du **dépistage**
- des tumeurs cliniques de diagnostic **précoce**
 - - par la patiente
 - - par l'examen clinique



Les « bonnes » démarches = le Service Rendu

- Le dépistage : **oui, si.....= D.I. et quid du D.O.?**
- Le diagnostic précoce
- La biopsie = **toujours ++++**
- Le service rendu passe par : **B.O.G. +++**
- Le traitement
 - Loco régional
 - Systémique
- L'après traitement≠ (autonomie +++)
- La phase métastatique

Le thesaurus



- Appliquer le traitement adapté
 - Il s'impose
 - Ou se justifie
- Et pour la patiente âgée?
 - Pas de thesaurus !
 - Consensus d'expert
 - RCP St Paul 2009
 - NCCI 2018

Les armes thérapeutiques

- Les traitements loco-régionaux
 - La chirurgie
 - La radiothérapie
 - Les traitements systémiques
- L'après cancer
 - La réparation
 - La réinsertion
- La guérison existe-t-elle ?
 - Chez la jeune
 - Chez la patiente âgée

Le traitement loco régional de la patiente âgée

Sur estimé **Ou** sous estimé ?
À repenser ?

Faut-il traiter / opérer la patiente âgée?

1. Est-ce faisable ?
2. Est-ce un « service rendu » ?
 1. Bénéfices
 2. Limites
3. Est-ce adaptable ?

1) Faut-il opérer la patiente âgée?

• **Faisabilité ? OUI**

- Anesthésie AG ou ALR et AL potentialisée
 - Risque péri opératoire non augmenté en l'absence de co morbidité
 - 0 à 0.3% , plus lié aux co morbidités qu'à l'âge
 - > 70 ans : altération des fonctions cognitives < 15%
 - Anesthésie loco régionale
 - Anesthésie locale et Tumescence

*Wildiers H. Lancet 2007
Aubrun ; SFAR 2017*

Maurin, SOFOG 2015

- Chirurgie
 - Pas de complications spécifiques (en dehors des seromes)
 - Ambulatoire +++
 - Exception : troubles cognitifs pré existants +++

Tang & Co – JAMA 2018

- Au total :- souvent comme les jeunes !
- évaluation gériatrique + décision partagée

1) Faut-il opérer la patiente âgée ?

• **Bénéfice carcinologique ? OUI**

• Étude : chirurgie +/- HT versus HT seule

- SSR améliorée
- SG meilleure *
- En attente des études avec anti Aromatases

et. Cochrane 2006

Cortadellas EJSO 2015

• HT 1^{ère} versus Chir 1^{ère} (110 F > 80 ans - retrospectif)

- S.G. meilleure pour la Ch 1^{ère} à tout stade ***

Rao VS Breast J 2007

- Au total : - la chirurgie fait mieux que pas de chirurgie
- toute alternative est moins bonne

2) Mastectomie ou traitement conservateur



« *mieux vaut une mastectomie rapide* » : *propre, en berges saines, évite la R.Th. ...???* : **NON**

- Tordre le cou aux idées reçues

- mastec + tx *versus* tumor + tx (121 n) : S.G. identique *GORI 2000*
- mastec *versus* tumor + tx ; à 10 ans: *Fentiman EORTC 2003*
 - SG identique ; moins de méta (21% / 5%)

Au total:

- T.C. chaque fois que possible (idem la jeune f)
- Mêmes avantages de trt adjuvant et néoadjuvant sur contrôle local

3) L'Aisselle ?

- **Curage axillaire ??:**

- **CA / pas de CA**, suivi 6 ans (2015 f.a) idem .
- **T1-T2/No** : tum +Ht recul 15 ans (354 f.a. > 70)
 - R.L. 7.4 et **15%**; R.Ax idem; R.M 7 et **17%**
- **No/RE+**: tum + CA + tx / tum + tx recul 6 ans (473 f.a.)
 - SSR et SG identiques
- **T1No : CA / Rien** (219 n 65 à 80 ans, prospectif, 60 mois)
 - SSR et SG identiques

Aziz & A.S.O. 2007

Martelli & An Sur 2005

IBCSG 2006

Martelli & canc 2008

- **La technique du GS est fiable**

Si G.S. positif : reprise en (f) du contexte

acosog 2010

- **Aisselle cliniquement +** : (80 a) => Curage

Shashar J.Onc.P. 2016

- **aisselle envahie : curage**

• **Au total** :- T1No RE+ => geste axillaire non contributif

- **C.A. : indications sélectionnées; en net recul**

Parcours de Soins adapté ++

1. Ambulatoire 08h00 => 19h00
 - Préparer +++ à la Cs
 - Simplifié avec fluorescence
 - **Fini le parcours du combattant**
 - **Fini le repérage (harpon)**
 - **Fini le Gs en médecine nucléaire**
2. Bénéfices sur :
 - Risque T.E.
 - Risque infectieux
 - Risque cognitif
 - Et finances de la pauvre Sécu !
 - Retour satisfaction patiente +++

Evaluation onco gériatrique

« Docteur...est-ce que ça vaut la peine? »
« à mon âge ?.. à son âge ?.. à leur âge?... »

- Adaptée à la pathologie mammaire
- Nécessaire par la multidisciplinarité
- Environ 30% de réserves / RCP
- Diminue la iatrogénicité
- Inconvénients
 - Chronophage
 - Délai de prise en charge

Nos questions

- Quel **traitement** adjuvant ou exclusif est théoriquement indiqué ?
 - systémique
 - Extension loco régionale et générale
- Quel **bénéfice** vais-je en attendre pour ma patiente **âgée** ?
 - État général **Conclusion** Among postmenopausal women with hormone receptor–positive breast cancer, increasing age was associated with a higher disease-specific mortality.
 - Guérison //Survie
 - Qualité de vie *JAMA. 2012;307(6):590-597* www.jama.com
 - Bilan pré adjuvant
 - Onco gériatre ?
 - Bilan pré hormonothérapie :
 - Si Tx : echo pelvienne ; risque thrombo-embolique
 - Si AA: D.O. ; bilan lipidique

La Radiothérapie

1. Indications

1. Si chir partielle : ↗ le contrôle local; ↗ la SSR ; ↗ la SG
2. Mastectomie : Tumeurs volumineuses ; N+ mas

2. Techniques utilisées

1. R.Th. Conventionnelle
2. R.Th. Hypofractionnée
 1. T infiltrantes : non infériorité prouvée
 2. CIS en cours de validation
 3. Aisselle en cours d'évaluation
3. Irradiation partielle accélérée (pré; per; post)
 1. Non infériorité prouvée (sauf ELIOT et RAPID)
 2. Recommandations selectives de l'ASTRO & ESTRO
 3. Non encore recommandé faute de recul

DOSSIER
Le cancer du sein des femmes âgées

Cancer du sein chez la femme âgée : synthèse des recommandations oncogériatriques

Tableau. Considérations thérapeutiques dans le cancer du sein chez la femme âgée de 70 ans ou plus (15).

Modalités thérapeutiques	Recommandations thérapeutiques oncogériatriques (2012)
Chirurgie carcinologique	<p>La tumorectomie suivie d'une radiothérapie stéréotaxique ou la mastectomie avec ou sans radiothérapie postopératoire est la technique chirurgicale recommandée et ne diffère pas de la femme plus jeune.</p> <p>La mastectomie est indiquée pour les tumeurs de grande taille ou multifocales ne permettant pas une chirurgie conservatrice pour les femmes fragiles chez qui une radiothérapie ne peut être réalisée ou chez les femmes préférant la mastectomie tumorectomie.</p> <p>Le curage ganglionnaire est indiqué en cas d'envahissement ganglionnaire cliniquement palpable ou fortement suspecté.</p> <p>La technique du ganglion sentinelle en cas d'absence d'envahissement ganglionnaire cliniquement palpable suivie d'un curage ganglionnaire en cas de positivité reste le standard.</p> <p>La radiothérapie du creux axillaire est une alternative raisonnable au curage ganglionnaire.</p>
Radiothérapie adjuvante	<p>En cas de tumorectomie, la radiothérapie stéréotaxique postopératoire du lit tumoral doit être envisagée dans tous les cas, puisqu'elle diminue le risque de récurrence locale.</p> <p>En cas de mastectomie, la radiothérapie postopératoire est recommandée lorsqu'au moins 4 ganglions sont envahis et pour les tumeurs classées pT3/T4.</p> <p>L'hypofractionnement apporte les mêmes résultats qu'une radiothérapie stéréotaxique standard pour le contrôle local.</p> <p>L'irradiation mammaire partielle n'est pas recommandée, faute de données suffisantes.</p>
Hormonothérapie première	<p>À considérer pour les femmes âgées de 70 ans et plus ayant une hormonodépendance et une survie estimée de moins de 2 ans pour les femmes fragiles non éligibles ou refusant une chirurgie carcinologique.</p>

Caractéristiques tumorales

- TNM souvent plus défavorable: (Wyld et al, 2004)
 - Moins de dépistage
 - Moins d'autopalpation (?)
- F H.P seraient plus favorables ????
Grades plus faibles, RH + plus fréquents
 - Diab et al (2000): après 55 ans !!
 - Espié (2000) à 65 ans
 - Gennari (2004) : après 70 ans
 - Pierga (2004) Curie 81-95
 - Rouanet (2009) chirurgicalement à 70 ans

⇒ **aujourd'hui les auteurs le fixent entre 70 et 75 ans ...**

Série C.A.L. 2012 (B.Flipo)

■ Matériel et méthode

- Étude observationnelle
- 680 patientes ≥ 70 ans de 10/08 à 06/11
- 114 dossiers étudiés
- Items étudiés : TNM, SBR, Ki67, RHx, HER2

Résultats

	70–80 ans		≥ 80 ans 2 populations ???
Grade III	12.1%	→	22.9%
Her 2 surexp.	15.2%	→	23%
Ki67≥25%	39.4%	→	52%
Triple neg	9.1%	→	14.6%

Y a t-il une **biologie particulière** du 4^{ème} âge?

Spécificité de la patiente âgée en « belle » forme

attention aux **biais**

Chimiothérapie adjuvante

- La chimiothérapie a-t-elle un intérêt démontré chez la personne âgée de plus de 70 ans ?
 - Oui, chez les patientes RH- **Niveau 1, grade A**
 - Chez les patientes RH+, le bénéfice reste incertain **Niveau 2, grade B**
 - Méta-analyse d'Oxford : interaction négative de l'efficacité de la chimiothérapie avec l'âge
 - Données SEER : intérêt démontré chez les RH- (survie globale : 1 étude, survie spécifique : 1 étude)
 - Etude CALGB AC/CMF vs capecitabine positive (forte interaction avec le statut hormonal)
 - Données CALGB groupées (4 essais) positives mais analyse rétrospective en sous-groupe

Hormonothérapie adjuvante

- Pour qui ?

⇒ Les R.Hx positifs

- Pour quoi ?

⇒ < de récidives locales

⇒ < de récidives métastatiques

Traitement idéal = « C.Th. light »?

- Quels sont ils ?
- Lequel choisir ? Tx ou A.A.
- Les complications
- Tolérance / effets secondaires

- L'information
- La surveillance

Surveillance après trt loco régional

- par Qui ?

1. Non opérée
 1. Elle est souvent sous hormonothérapie
2. Opérée
 1. La surveillance carcinologique ???
 1. Ne demander que la surveillance contributive++++
 2. La surveillance de traitements
 1. Si CT ?
 2. Si Herceptin ?
 3. Si HT par A.A. ?
 4. Si HT par Tx
3. Métastatique

Traitement loco régional / adjuvant: **on constate**

- Abstention chirurgicale fréquente
 - 17% à 80ans / 60% à 90 ans (Baastianet et al, 2010)
 - **26%** des femmes sans co morbidités (versus 6% entre 67 et 79 ans)
- Hormonothérapie seule: (Wyld et al, 2004)
 - 20% entre 65 et 80 ans
 - 60% après 80 ans
 - C.T. selon FHP et B.O.G.
- Moins de traitement conservateur (Mustacchi et al, 2007)
 - Stade souvent plus avancé
 - Choix de la patiente
- Moins de reconstruction mammaire
- Moins de radiothérapie: (Gennari et al, 2004)
 - 86,6% avant 64 ans
 - 54.1% après 75 ans

MAIS: Décès spécifique par cancer du sein plus important chez les patientes âgées (Schonberg et al, 2010)

→ Traitement insuffisant :

-Nécessité d'appliquer le plus possible les standards thérapeutiques



-Prise en compte des co morbidités

-Multidisciplinarité +++

(Yood et al; Baastianet et al; Gandhi et al)

→ Modification tardive des FHP ???

- **Sans chirurgie**
 - Décès spécifiques x 7.2 (de 67 à 80 ans)
 - Décès spécifiques > décès d'autres causes
- **T.C./ mastectomie**
 - Décès spécifique du TC < décès spécifique MR !!
- **Geste axillaire : qualité de l'exploration *****
 - Abstention
 - GS
 - Curage +/-
 - Attention: **la morbidité** est + lourde de conséquences

74 ans, T2, N+, SBR 3, RH+ Patiente sans comorbidités

Adjuvant! Online

Decision making tools for health care professionals

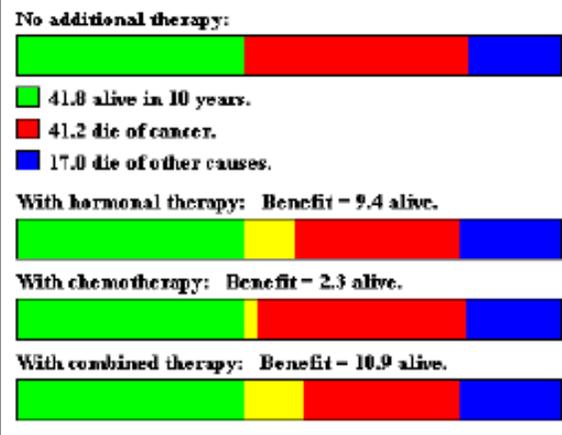
Adjuvant! for Breast Cancer (Version 8.0)

Patient Information

Age:
Comorbidity:
ER Status:
Tumor Grade:
Tumor Size:
Positive Nodes:
Calculate For:
10 Year Risk:

Adjuvant Therapy Effectiveness

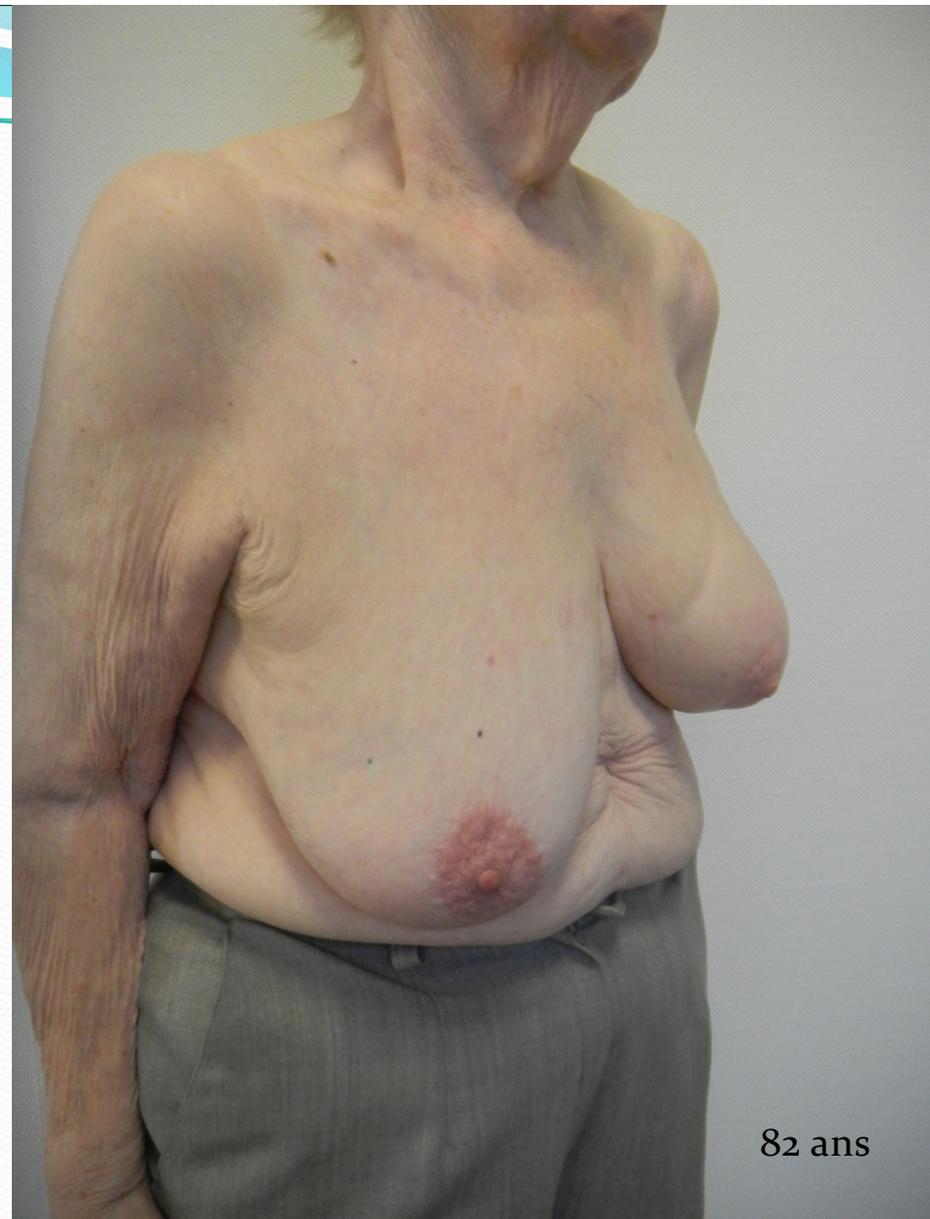
Horm:
Chemo:
Hormonal Therapy:
Chemotherapy:
Combined Therapy:



Probabilité d'être en vie à 10 ans :
41,8%

Probabilité de mourir du cancer à 10 ans :
41,2%

Probabilité de mourir d'autre chose à 10 ans : 17%



Le trt chirurgical « passage obligé »????

- L'anesthésie: C-I très rares (co morbidités)
 - AG conventionnelle
 - AL potentialisée ***
- Le geste mammaire
 - Traitement conservateur si possible
 - Préserver l'image corporelle (oncoplasties)
- Le geste axillaire
 - Entre nul si non contributif, et minimal informatif
- L'hospitalisation
 - Courte *** ambulatoire
 - Entourée : environnement ***

Le rôle du Gynéco & MT est donc majeur

- Dépistage : intérêt modeste
- Diagnostic précoce ++++
- Bilan de départ avec:
 - histo
 - Info sur les alternatives +++
- Orientation
- L'après cancer
- Hormonothérapie à co-gérer:
 - Pendant la période d'hésitation s'il y a
 - En traitement adjuvant ou métastatique
 - Balance bénéfice et qualité de vie

Conclusions

***La « femme âgée » est une femme à l'identique ...à peine moins jeune;
Son traitement est à l'identique...à peine moins agressif!***

1. La chirurgie apporte **toujours** un bénéfice.
2. Le **T.C.** est privilégié [reprise pour berges??]
3. Le geste **axillaire** « recule » [T1 N0 RH+ = T?]
4. La **reconstruction** : au cas par cas.
5. Les « **plus** » chirurgicaux :
 - T +/- GS ambulatoire à privilégier
 - Exérèse / radio interventionnelle ???...
 - T / RTh localisée (per-op) à évaluer
6. Les traitements systémiques
 - Attitudes adaptées = traitement ciblé versus systématique

**La « femme âgée »
Son traitement**



**peine moins jeune;
ins agressif!**