



Chirurgie mammaire chez les patientes âgées faut-il toujours opérer

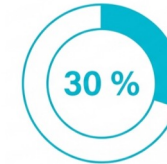
Dr Anne-Sophie AZUAR

Problématiques

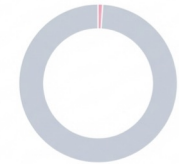
- **Cancer du sein** : le plus fréquent chez la femme
- Plus de **30 %** des cas surviennent après **70 ans**
- Population vieillissante → augmentation des cancers chez PA
- **PA sous-représentées essais cliniques** : décision plus complexe
- Comorbidités, histoire naturelle de la maladie, toxicité des traitements

➡ Chez une patiente âgée, la chirurgie est-elle toujours indiquée ? Quel traitement global ?

Le paradoxe épidémiologique :
Une population croissante, des données absentes



La Réalité Démographique : Plus de 30 % des cancers du sein surviennent après 70 ans. Le vieillissement de la population entraîne une hausse mécanique des cas.



Le Vide Scientifique : Les personnes âgées sont massivement exclues des essais cliniques.

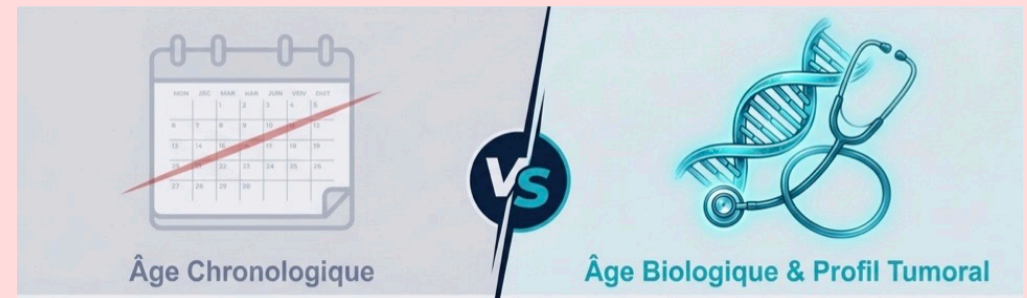
Une décision thérapeutique complexe, en équilibre précaire entre l'histoire naturelle de la maladie, les comorbidités et la toxicité redoutée des traitements.

© HoutbeekLM

Particularités du cancer du sein chez la PA

- **Biologie tumorale chez PA :**
 - **hormonosensibles** (+++)
 - **moins agressives**
 - HER2 négatives dans une grande proportion

Mais diagnostic parfois **plus tardif**



Stratifier le risque : La Matrice Gériatrique

L'Évaluation Gériatrique Globale (CGA) intègre l'Index de Charlson (comorbidités), l'autonomie (ADL/IADL), la cognition et la nutrition.



FIT / Robuste

Espérance de vie > 5 ans,
excellente autonomie.

Traitement Standard.
Identique aux patientes plus
jeunes.



VULNÉRABLE

Fragilité débutante,
comorbidités gérables.

Traitement Adapté.
Chirurgie possible, mais priorité
à la désescalade (ex: omission
de stadification).



FRAIL / Fragile

Espérance de vie limitée,
autonomie réduite.

Focus Qualité de Vie.
Hormonothérapie souvent
privilégiée, évitement des
toxicités.

La chirurgie mammaire chez la patiente âgée

Types de chirurgies : mastectomie totale ou partielle, BGS

Tolérance

La chirurgie mammaire est généralement :

- **peu invasive**
- **faible mortalité (<1%)**
- complications modérées

Même après 80 ans, **elle reste souvent bien tolérée.**

Chirurgie du cancer du sein chez la PA

Avantages

- **Meilleur contrôle local de la tumeur**
- **Diminution du risque de progression locale**
- Peut améliorer la survie chez certaines patientes

Limites chez la patiente âgée

- Risque anesthésique
- Comorbidités (cardiaques, pulmonaires...)
- Récupération postopératoire parfois difficile
- 🙌 Chez une patiente >75–80 ans **en BEG**, la chirurgie reste le standard



Chirurgie du cancer du sein chez la PA



L'objectif des guidelines modernes (Lorentzen, 2024) est **d'éviter le sur-traitement loco-régional chez les patientes âgées sans compromettre la survie globale.**

Chirurgie : traitement standard chez la patiente « fit »

Analyses récentes montrent que la chirurgie est associée à :

- meilleure **SG**
- meilleure **survie spécifique du cancer** vs HT seule (Lai 24)
- moins de récidives locales comparée à l'HT seule (Lai 24)



Directive AGO 2025 & ESMO : La chirurgie est le traitement de référence si l'espérance de vie est d'environ 5 ans et les comorbidités contrôlées.

Quand peut-on éviter la chirurgie ?

Essais comparant chirurgie vs HT seule

Résultats principaux :

- Contrôle local **nettement meilleur avec chirurgie**
- **Pas de différence majeure de SG** chez certaines patientes âgées

 HT seule peut être une option chez certaines patientes sélectionnées.

Hormonothérapie seule

L'Hormonothérapie primaire : Une exception, pas la règle



Le Piège du Sous-Traitement :

Les essais cliniques prouvent que l'hormonothérapie seule contrôle nettement moins bien la maladie localement à long terme. Le bénéfice de la chirurgie sur la survie ne s'efface que chez les patientes très fragiles.

Chirurgie

Haut Contrôle Local
Nécessite une patiente "Fit"

Hormonothérapie Seule

Risque de Récidive Élevé
Zéro risque opératoire immédiat

Selon les recommandations 2024-2025, l'HT exclusive est strictement réservée aux cas suivants :

- Patiente très âgée (>80-85 ans) avec grande fragilité
- Comorbidités sévères limitant drastiquement l'espérance de vie
- Refus catégorique de la chirurgie
- Tumeur strictement ER positive

Arguments en faveur d'une stadification ganglionnaire complète

- **Valeur pronostique**
 - **N : facteur pronostique majeur** du cancer du sein
 - absence de stadification : **diminution SSR et SG II** sous traitement
- **Orientation des traitements adjuvants**
 - Indication de **CT adjuvante** / RTE ganglionnaire

Si bon état général : stadification complète

Situations où la stadification reste pertinente

La stadification ganglionnaire garde un intérêt chez la personne âgée lorsque :

- **Biologie tumorale agressive : HER2+, TN**
- **Suspicion clinique ou radiologique ganglionnaire : N+, échographie suspecte**
- **Patiente en bon état général : si CTA envisageable**
- **Tumeurs de grande taille ou localement avancées**

Arguments en faveur d'une désescalade de stadification ganglionnaire

- **Absence d'impact sur la survie dans certaines populations**
 - Patientes âgées sélectionnées : omission BGS **n'altère pas SG ou RCL**
 - Suppression BGS chez les femmes ≥ 70 ans avec tumeur lumineale à faible risque **n'affecte pas SSR**
- **Morbidité** : lymphœdème, sérome, douleurs, troubles sensitifs, limitation de mobilité MS
 - Patientes fragiles, complications peuvent altérer la **qualité de vie**

Arguments en faveur d'une désescalade de stadification ganglionnaire

Preuves cliniques : L'Essai SOUND et le consensus de désescalade

Essai SOUND (JAMA Oncol, 2023) : Chez 1 400 femmes avec petite tumeur (<2cm) et échographie axillaire pré-opératoire rassurante, **l'omission de la BGS n'est pas inférieure à sa réalisation.**

Survie globale à 5 ans :

98,4%	vs	98,2%
(Sans chirurgie axillaire)		(BGS).

JAMA Oncology | Original Investigation

Sentinel Lymph Node Biopsy vs No Axillary Surgery in Patients With Small Breast Cancer and Negative Results on Ultrasonography of Axillary Lymph Nodes
The SOUND Randomized Clinical Trial

Oreste Davide Gentilini, MD; Edoardo Botteri, PhD; Claudia Sangalli, BSc; Viviana Galimberti, MD; Mauro Porpiglia, MD; Roberto Agresti, MD; Alberto Luini, MD; Giuseppe Viale, MD; Enrico Cassano, MD; Nickolas Peradze, MD; Antonio Toesca, MD; Giulia Massari, MD; Virgilio Sacchini, MD; Elisabetta Munzone, MD; Maris Cristina Leonardi, MD; Francesca Cattadori, MD; Rosa Di Micco, PhD; Emanuela Esposito, PhD; Adele Sparella, MD; Silvia Cattaneo, MD; Massimo Busani, MD; Massimo Dessenà, MD; Anna Bianchi, MD; Elisabetta Cretella, MD; Francisco Ripoll Orts, MD; Micheel Mueller, MD; Corrado Tinteri, MD; Badir Jorge Chahuan Manzur, MD; Chiara Benedetto, PhD; Paolo Veronesi, MD, for the SOUND Trial Group

L'omission de la stadification axillaire est recommandée (ASCO / SSO) si :

- ☐ Âge ≥ 70 ans
- ☐ Tumeur T1 (faible risque)
- ☐ Statut HER2 négatif
- ☐ Récepteurs Hormonaux (RH) positifs
- ☐ Axillaire cliniquement et échographiquement négatif

Recommandations des sociétés savantes

Convergent vers **désescalade** chez les PA sélectionnées

- **ASCO / Ontario Health / Society of Surgical Oncology –NCCN**
- Ne pas réaliser systématiquement de biopsie du ganglion sentinelle chez les patientes : **≥ 70 ans, tumeur T1, HER2 négatif, RH+, N- clinico échographique**
- : stadification axillaire **optionnelle chez PA avec T favorable** si ne modifie pas décisions thérapeutiques

Points clés de l'algorithme

L'âge chronologique seul ne doit pas guider la décision

La stadification reste pertinente si : T agressive, N suspect, décision de chimiothérapie dépend du N

Reconstruction chez les PA

Plusieurs techniques sont réalisables

- reconstruction par **implant** (28% vs 15% de complications mais pas de retard TA)
- reconstruction **autologue (DIEP, lambeau)**

RM possible chez les patientes âgées RMI ou RMD :

Selon état général de la patiente, comorbidités, traitements oncologiques prévus

Impact sur la qualité de vie

- **amélioration du bien-être psychosocial** après reconstruction



Bénéfice Psychosocial : Les scores BREAST-Q montrent une très haute satisfaction esthétique et une amélioration claire de la qualité de vie. L'âge seul ne doit jamais être un critère d'exclusion.

Reconstruction chez les PA

Majorité des études concluent : **âge seul ne doit pas être un critère d'exclusion**

- **Complications plus fréquentes (28 vs 15%)** infections, nécrose cutanée, sérome

Implants (Danko 2023, Oncopole 2025) : Procédure sûre, faisable avec une bonne sélection.	Autologue / DIEP (Heikkinen 2023) : Complications et survie du lambeau comparables aux patientes plus jeunes.
Complications (Nelson 2024) : Augmentation légère du risque avec l'âge, mais, mais gravité contrôlée.	

Gravité des complications reste comparable à celle des patientes plus jeunes.

Désescalade thérapeutique

Guidelines modernes : **éviter le sur traitement chez les patientes âgées**

- omission du curage axillaire ou du GS
- réduction de la chimiothérapie
- omission RTE dans certaines tumeurs très favorables ou ultra fractionné
- hormonothérapie seule chez les patientes fragiles

Equilibrer bénéfice oncologique et qualité de vie

Radiothérapie chez la patiente âgée

- Après mastectomie partielle
- RTE reste standard mais peut être **omise chez certaines patientes ≥ 70 ans** si :
 - tumeur petite
 - ER positive

Cela augmente légèrement le risque de récurrence locale mais **n'impacte pas SG**

Recommandations de l'ESMO

Recommandations du NCCN

Recommandations International Society of Geriatric Oncology

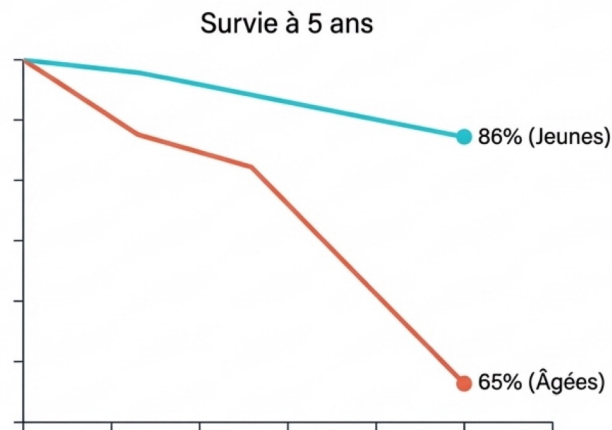
- Ne pas utiliser **l'âge seul** comme critère décisionnel
- **Evaluation gériatrique** (Age physiologique, Score gériatrique / Comorbidités) : Statut des RH / Stade tumoral
- Discussion en **RCP** / Individualisation du traitement (INCa)
- Chirurgie standard si patiente **fit** : **stratification gériatrique**
- Hormonothérapie primaire si **fragilité ou espérance de vie limitée**

CAT en cas de tumeur maligne TN

Profils Agressifs (1/2) : Le danger du sous-traitement dans le Triple Négatif (TNBC)

Malgré une prolifération parfois plus faible, le TNBC reste hautement agressif chez la personne âgée.

La désescalade abusive tue. Les données montrent :
- 66% de radiothérapie en moins.
- 40% d'absence de stadification ganglionnaire.
Conséquence : Augmentation directe de la mortalité spécifique.



**Standard de soin exigé : La chirurgie reste indispensable (sauf contre-indication absolue).
La chimiothérapie (sans anthracyclines) doit être envisagée chez les patientes Fit.**

CAT en cas de tumeur maligne TN

- **Risque élevé de récurrence dans les 3 premières années**
 - SG plus faible que les autres sous-types.

Chez les patients âgés :

- Survie à 5 ans environ **65 %**, contre 86 % chez les patients d'âge intermédiaire.

Facteurs pronostiques incluent : stade, T, N, accès au traitement systémique.

CAT en cas de tumeur maligne TN

- **Chimiothérapie, immunothérapie NA ou adjuvante : Rôle central**

Traitement néoadjuvant : Dans les formes localement avancées

Objectifs : réduction tumorale : tumeurs >2 cm, grade élevé, N+

Ces traitements **sont ils efficaces** : oui améliorent SG/ SSM TNBC à haut risque

Ces traitements **sont ils raisonnables** évaluation et stratification gériatrique

CAT en cas de tumeur maligne HER2+ (≥ 70 ans)

- Adaptations thérapeutiques chez la personne âgée

Trastuzumab + chimiothérapie standard si patiente « fit »

Trastuzumab + chimiothérapie « légère » (ex : paclitaxel) : T petite taille

Trastuzumab seul (monothérapie) : fragiles ou $>70-75$ ans lorsque la CT mal tolérée.



Algorithme décisionnel SIOG / EUSOMA – Cancer du sein chez la PA



Diagnostic du cancer du sein
(Stade, ER/PR, HER2)

Évaluation gériatrique globale (CGA)
Comorbidités, autonomie,
cognition, nutrition, fragilité,
espérance de vie

Patiente FIT (robuste)
Traitement standard :
Chirurgie ± RT ±
Chimiothérapie
Hormonothérapie si ER+

Patiente VULNÉRABLE
Traitement adapté :
Chirurgie simplifiée
± Radiothérapie
Hormonothérapie

Patiente FRAIL (fragile)
Objectif : qualité de vie
Hormonothérapie seule
Soins de support
Chirurgie palliative si besoin

Conclusion

Les 3 règles d'or de l'onco gériatrie mammaire

1 : Évaluez la fragilité pas l'état civil

2 : désescaladez intelligemment : (omission BGS)

3: Ne pas sous traiter les profils agressifs : PA FIT++

Conclusion

Chirurgie pas systématique chez PA

Réalisée de façon complète aussi souvent que possible

La décision RCP doit être **individualisée**, basée sur :

- l'état gériatrique fonctionnel
- la biologie tumorale
- les comorbidités
- les préférences de la patiente



Merci de votre attention