

# Femmes âgées & Femmes jeunes

*Les Particularités de la Prise en Charge du Cancer du Sein*

*Docteur Philippe Quétin*

*Chef du Pôle Cancérologie – Hématologie - Pneumologie*



Adagio –Thionville le 08 avril 2014



# Incidence et mortalité estimées des cancers en France chez la femme en 2011



Localisations	Incidence			Mortalité		
	Effectif	%	Rang	Effectif	%	Rang
Sein	53 000	33,4	1	11 500	18,3	1
Côlon-rectum	19 000	12	2	8 300	13,2	2
Poumon	12 000	7,6	3	8 100	12,9	3
Corps de l'utérus	6 800	4,3	4	2 080	3,3	5
Lymphome NH	5 300	3,3	5	1 680	2,7	6
Tous cancers	158 500	100	-	63 000	100	-

*Source : Francim/Hospices civils de Lyon/INCa/Inserm/InVS 2011 INCa 2011*



# Incidence et mortalité estimées du cancer du sein en France métropolitaine chez les femmes en 2011 selon l'âge



	0-14	15-49	50-64	65-74	75-84	85 et +	Total
<b>incidence</b>	0	10401	20891	10859	7546	3344	53041
Taux spécifique pour 100 000	0	73,57	331,73	395,24	317,20	164,58	-
<b>mortalité</b>	0	1055	2987	2138	2757	2421	11358
Taux spécifique pour 100 000	0	7,46	47,43	77,82	115,89	191,70	-

(données FRANCIM INCA 2011)





# Evolution de la mortalité en France par classe d'âge depuis 1984

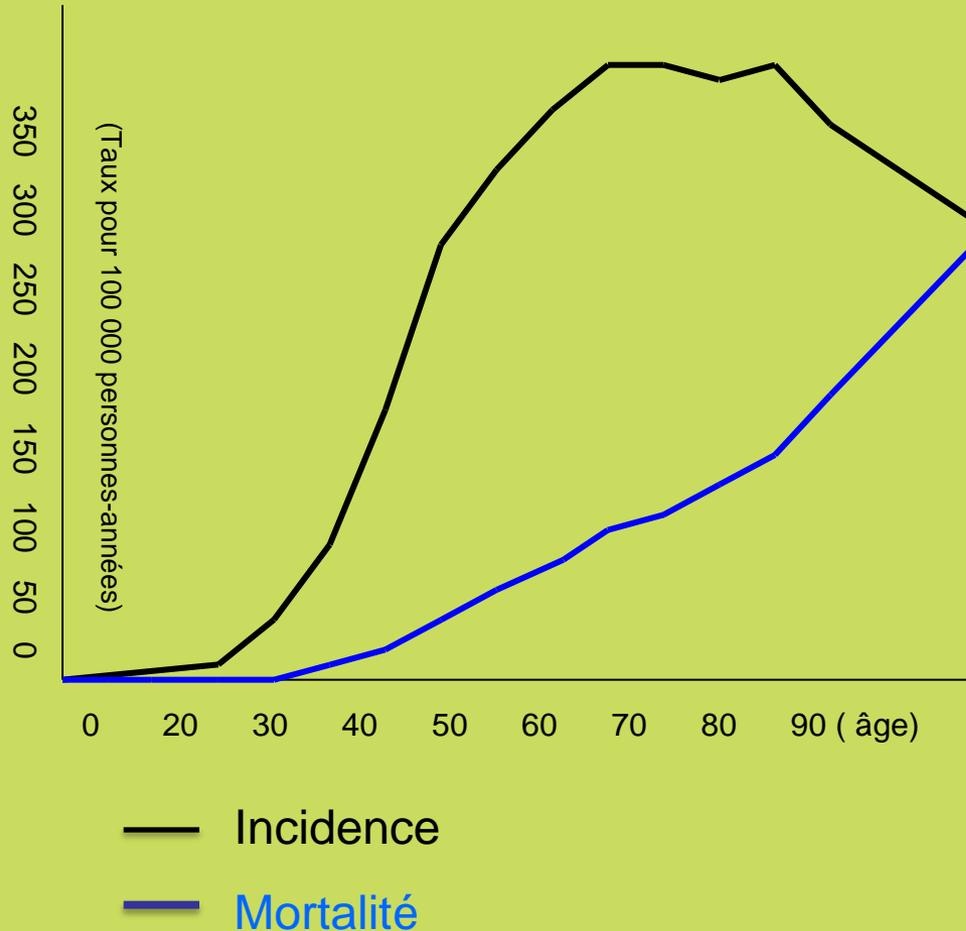


Classe d'âge	1984 - 1988	1989 - 1993	1994 - 1998	1999 - 2003	2004 - 2008
20 - 24 ans	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2
25 - 29 ans	<b>1,2</b>	0,9	0,9	0,8	<b>0,8</b>
30 - 34 ans	<b>3,9</b>	3,9	4,2	3,4	<b>3,3</b>
35 - 39 ans	<b>10,6</b>	10,2	10,3	10,1	<b>8,6</b>
40 - 44 ans	<b>20,6</b>	20,5	19,7	18,4	<b>16,4</b>
45 - 49 ans	<b>34,5</b>	34	33,6	30,2	<b>26,2</b>

- La mortalité par cancer du sein a baissé, de façon plus significative pour les femmes jeunes et d'âge moyen :
  - 33% chez les 25 – 29 ans
  - 15% chez les 30 – 34 ans
  - 19% chez les 35 – 39 ans
  - 20% chez les 40 – 44 ans
  - 24% chez les 45 – 49 ans
- Des baisses plus modérées sont observées chez les femmes plus âgées



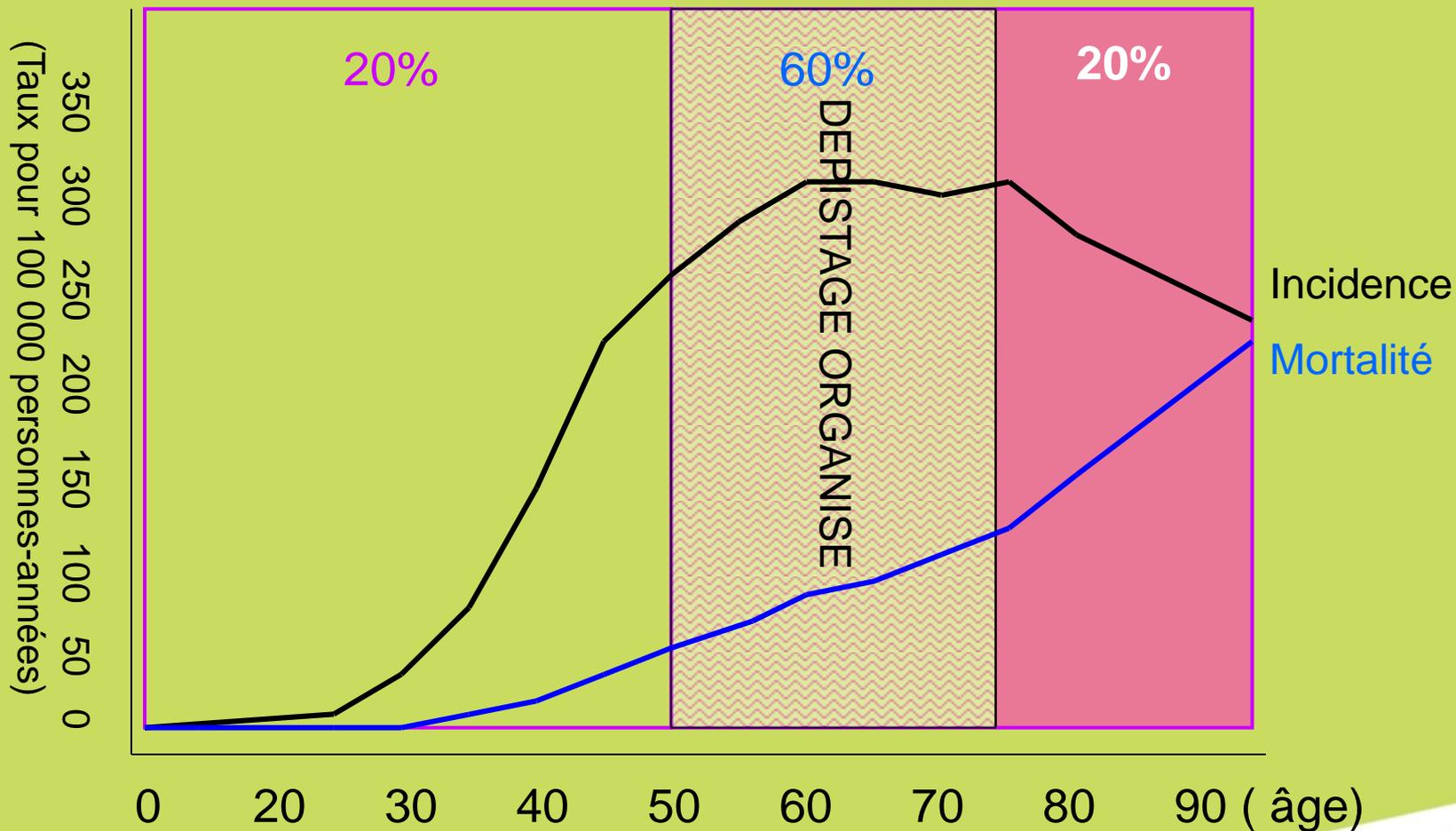
# Evolution de l'incidence et de la mortalité du cancer du sein de la femme de moins de 50 ans



- Le cancer du sein est un cancer « de bon pronostic » même chez les femme jeunes.
- La survie relative à 5 ans est supérieure à 80% avec des taux de survie relative de :
  - 97% à 1 an.
  - 90% à 3 ans.
  - 85% à 5 ans.

# Influence de l'âge

15-49	50-64	65-74	75-84	85 et +
10401	20891	10859	7546	3344



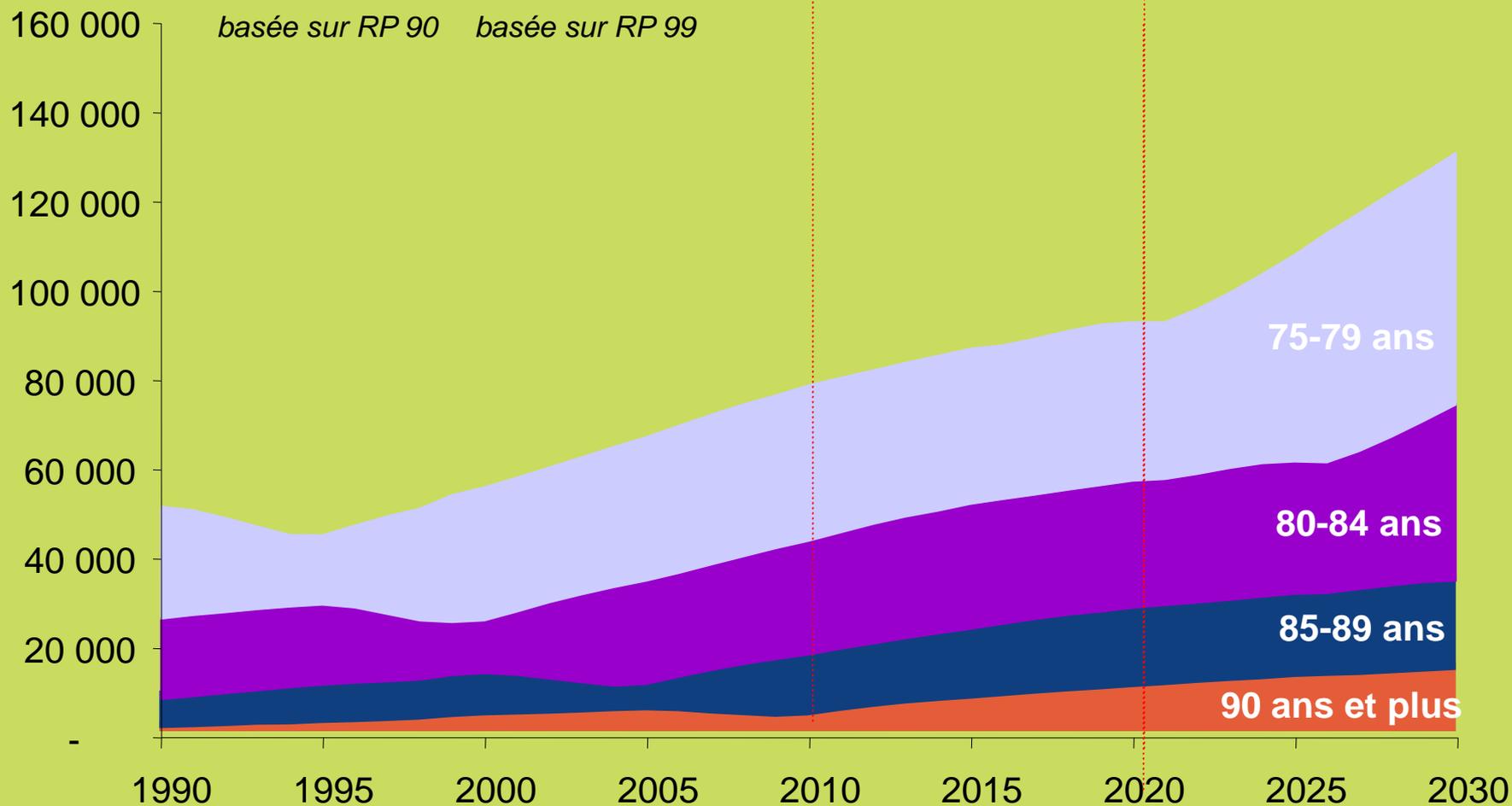


# Les Femmes âgées





# Évolution de la population âgée



Année

2010

2020

> 60 ans

14 102 000

16 989 000

> 75 ans

5 506 000

6 009 000

> 85 ans

1 514 000

2 099 000





# La prise en charge actuelle des cancers du sein de la patiente âgée



	> 70 ans
Echographie	84%
IRM	8%
Microbiopsie	76%
Essai clinique	2,5%

10 à 15 % des patientes âgées opérables ne sont pas opérées

**« Les cancers sont peu agressifs à cet âge là »**

**« Ce n'est pas la peine de les traiter, elles mourront d'autre chose »**



« Les cancers sont peu agressifs à cet âge là » ...

**C'est vrai**



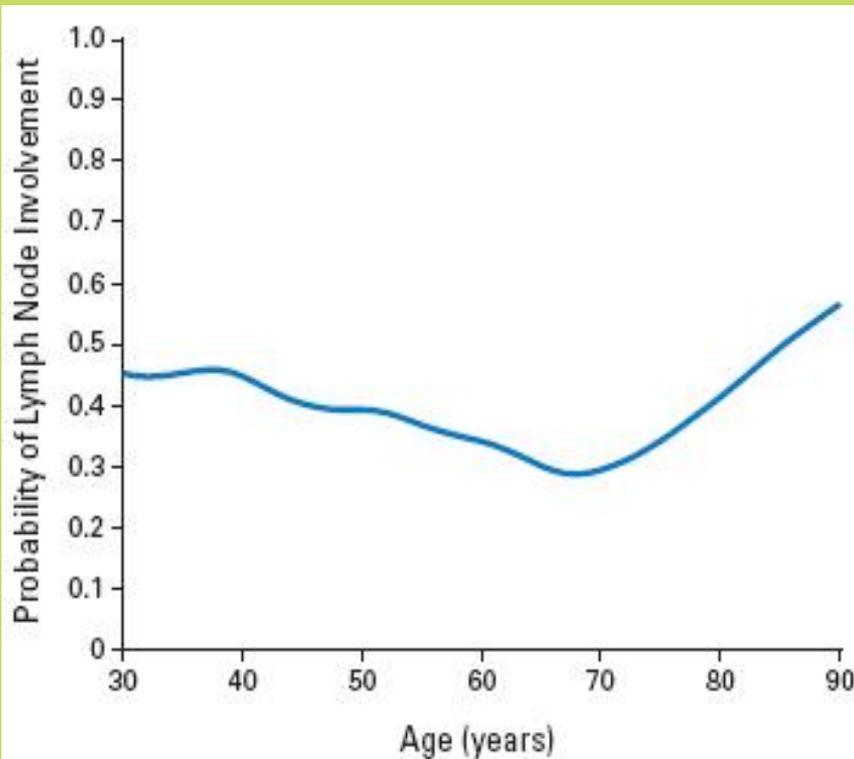
## L'avancée en âge s'associe à une biologie tumorale plus favorable comme en témoigne

- L'augmentation de l'hormono-sensibilité
- La diminution de la surexpression d'HER-2
- Les grades histopronostiques plus bas
- Les indices de prolifération plus faibles
- Les carcinomes lobulaires, colloïdes, papillaires légèrement plus fréquents

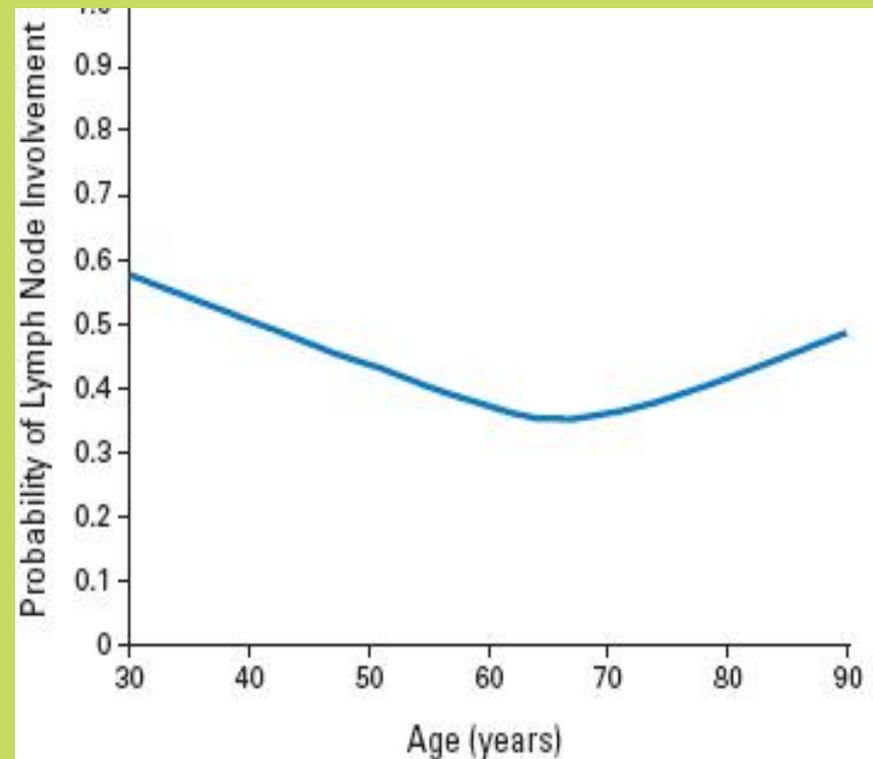
*Daidone MG et al: Primary breast cancer in elderly women: Biological profile and relation with clinical outcome. Crit Rev Oncol Hematol 45:313-325, 2003*

# « Les cancers sont peu agressifs à cet âge là » ... c'est faux

Hôpital universitaire  
de Leuven (n=2227)



Registre du cancer  
d'Eindhoven (n=3234)



Jusqu'à 70 ans, l'atteinte ganglionnaire **diminue** de 13% tous les 10 ans  
(OR, 0,87; 95% CI, 0,78 – 0,96).

**Après 70 ans, l'atteinte ganglionnaire augmente avec l'âge**

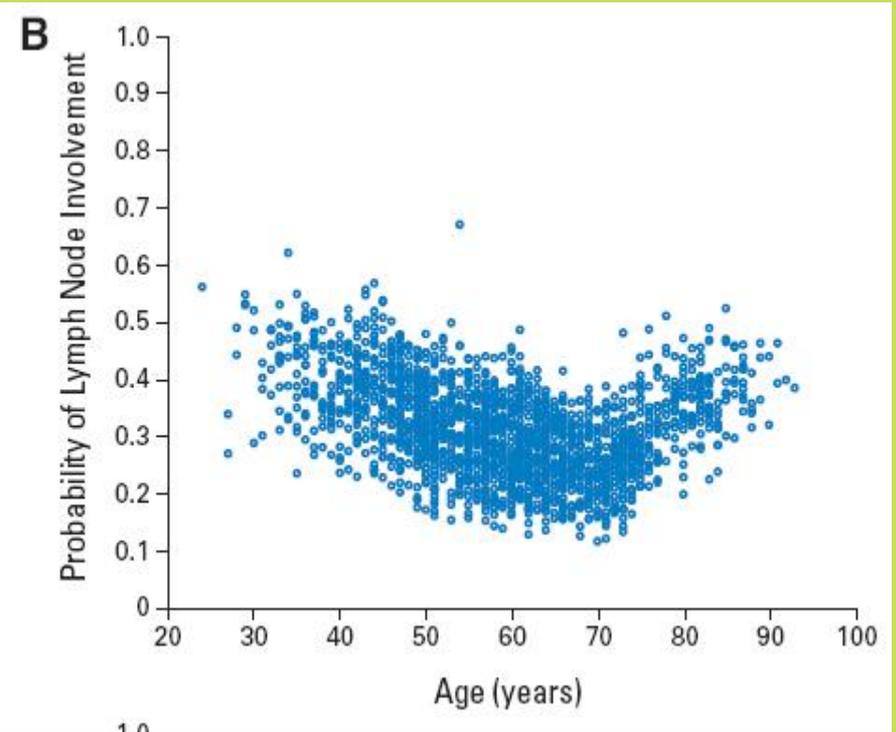
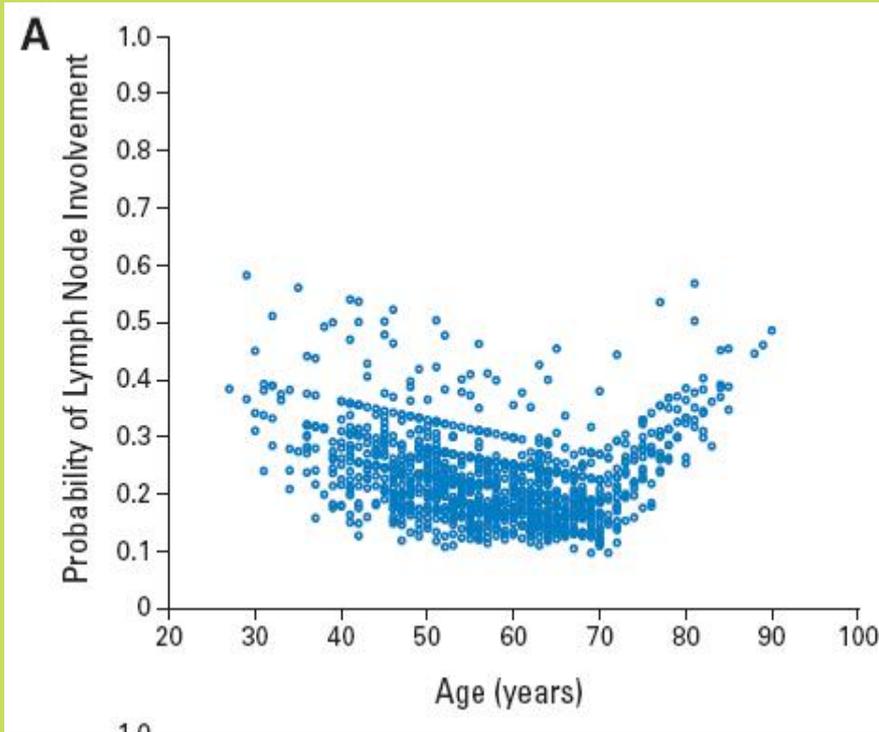


# « Les cancers sont peu agressifs à cet âge là » ... c'est faux



Hôpital universitaire  
de Leuven (n=2227)

Registre du cancer  
d'Eindhoven (n=3234)



Probabilité d'atteinte ganglionnaire selon l'âge pour des tumeurs T1

*Atteinte axillaire  
prévalente*



# S'agit il d'un modèle carcinologique particulier ?

- Au-delà de 70 ans, les tumeurs métastasent plus vite dans les ganglions qu'avant 70 ans, malgré leur biologie plus favorable
- Hypothèses :
  - Diminution de l'immunité cellulaire
  - Le nombre de lymphocytes intratumoraux diminue avec l'âge
  - Involution graisseuse du sein (rôle stimulant des adipocytes)

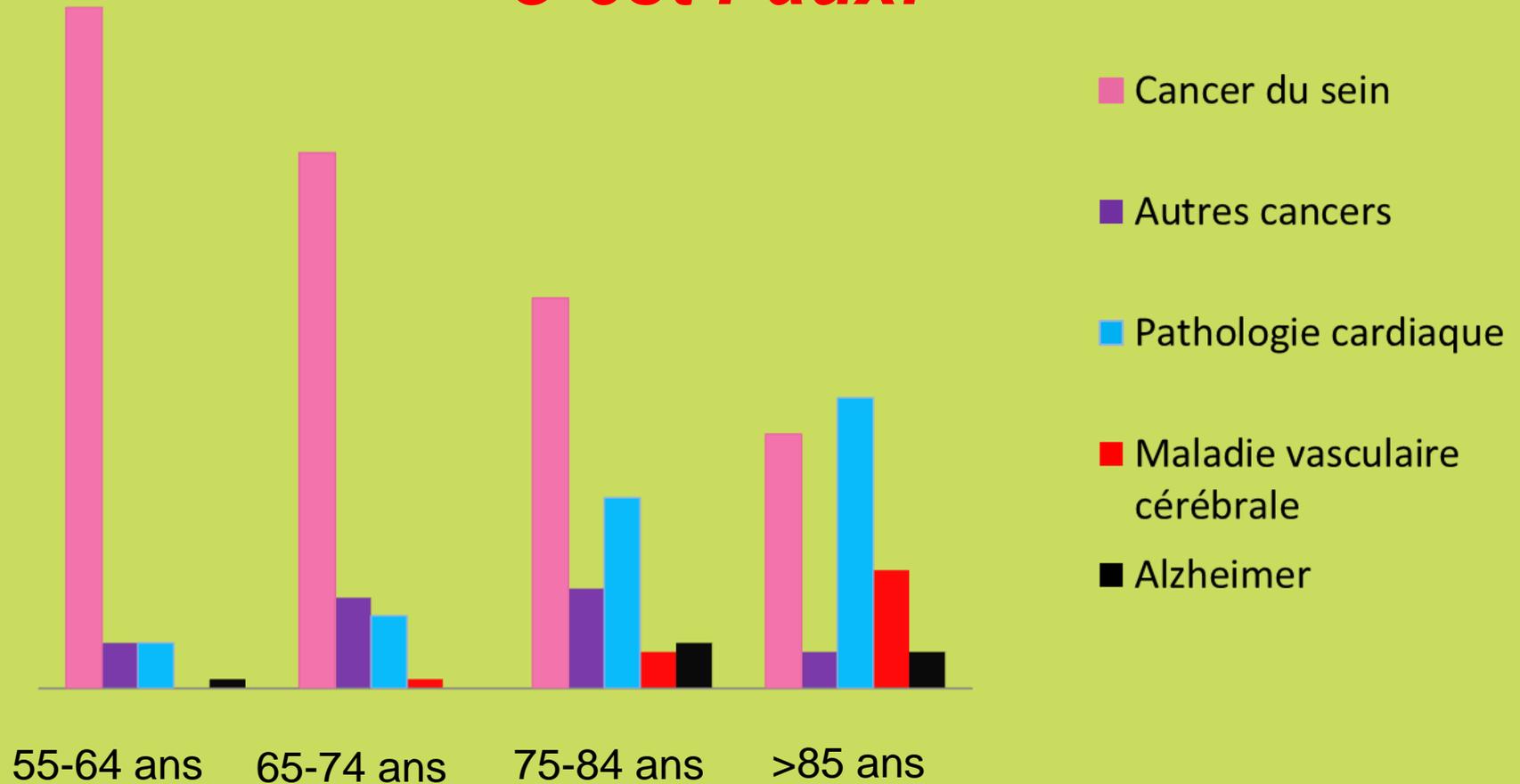
*Zavagno G et al: Influence of age and menopausal status on pathologic and biologic features of breast cancer. Breast 9:320-328, 2000*

*Mccoey JL et al: Cell-mediated immunity to tumor-associated antigens is a better predictor of survival in early stage breast cancer than stage, grade or lymph node status. Breast Cancer Res Treat 60:227-234, 2000*



**« Ce n'est pas la peine de les traiter,  
elles mourront d'autre chose »...**

**C'est Faux!**





# La prise en charge des cancers du sein de la femme âgée

*Les Recommandations de Saint Paul de Vence en 2009*



## *Première recommandation*

- Les contre-indications thérapeutiques absolues sont exceptionnelles
- Elles résultent de comorbidités lourdes et multiples
- L'objectif de la prise en charge thérapeutique:
  1. éviter le sur-traitement
  2. éviter le sous-traitement



## *Deuxième recommandation : en matière de chirurgie*

- Le traitement conservateur doit être proposé chaque fois qu'il est possible
- Il améliore l'image corporelle et la qualité de vie
- Ses indications sont les mêmes que chez les patientes plus jeunes
- La reconstruction mammaire est faisable chez la femme âgée



*Si faisable, le traitement  
conservateur doit être  
proposé*





*Les indications de mastectomie  
doivent être les mêmes  
que chez les femmes plus jeunes*





## ***Troisième recommandation : en matière de chirurgie***

1. La technique du ganglion sentinelle doit être proposée chaque fois que les indications carcinologiques le permettent
2. Dans le cas contraire le curage axillaire doit être réalisé

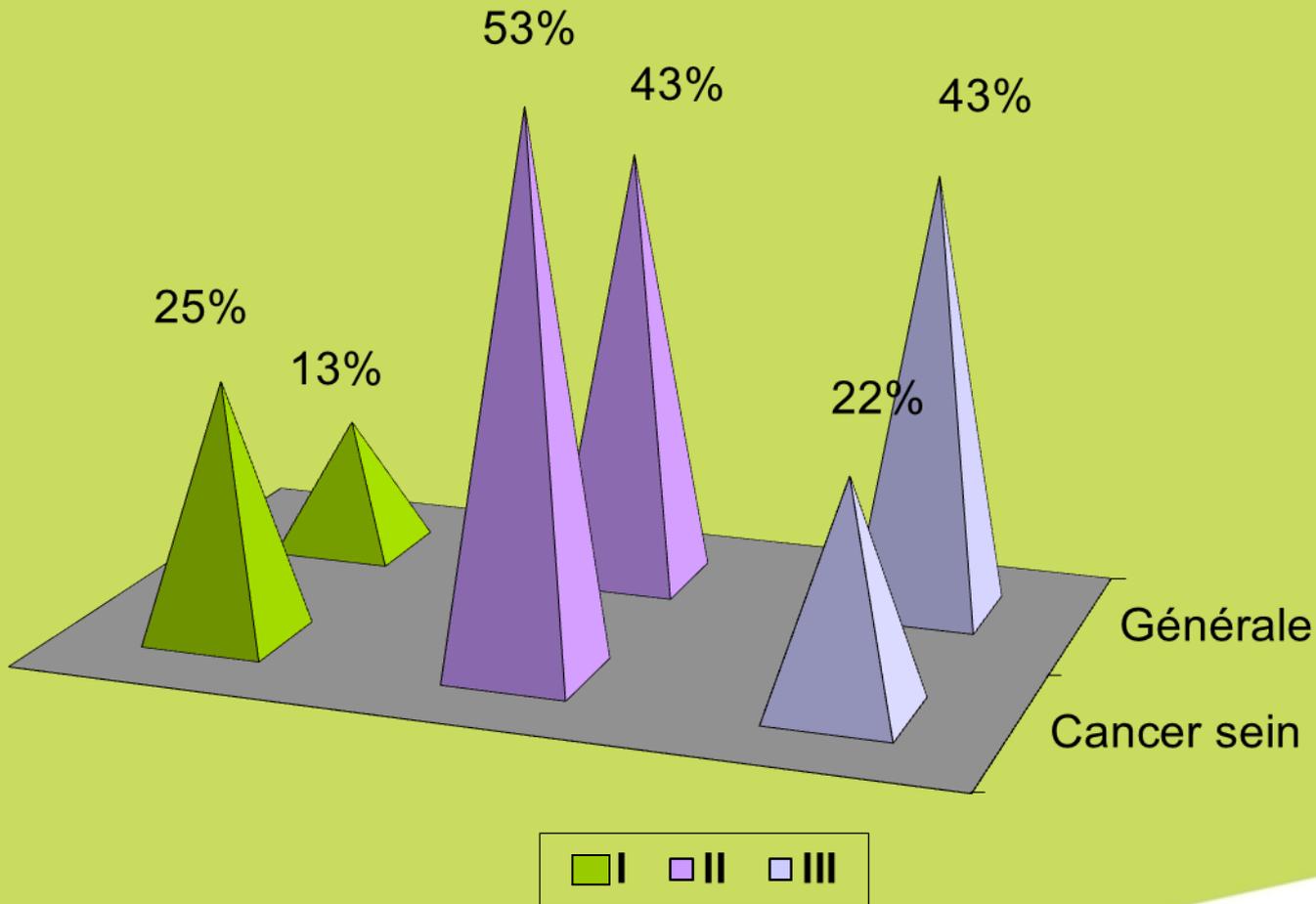


# *Evaluation gériatrique recommandée avant le geste chirurgical*

- Evaluation gériatrique à proposer systématiquement à
  - Toutes les patientes de plus de 70 ans avec comorbidités
  - Toutes celles de plus de 80 ans
- Classification de Balducci
  - **Groupe I :**  
Pas de comorbidité ni de vulnérabilité particulières
  - **Groupe II :**  
Aide quotidienne ou 2 comorbidités ou 1 syndrome gériatrique
  - **Groupe III :**  
Comorbidités et dépendance installée



# Résultats de l'UPOG de Strasbourg (Groupe Balducci)



# Ne pas abandonner les femmes avec des comorbidités



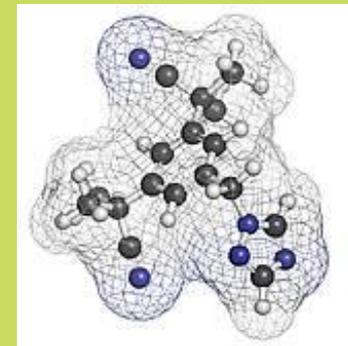
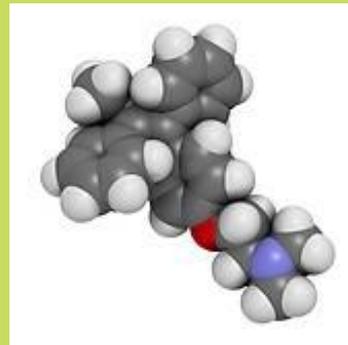
1. Chirurgie sous AL ou hypno-analgésie



2. Radiothérapie hypofractionnée



3. Et / ou hormonothérapie si RH+

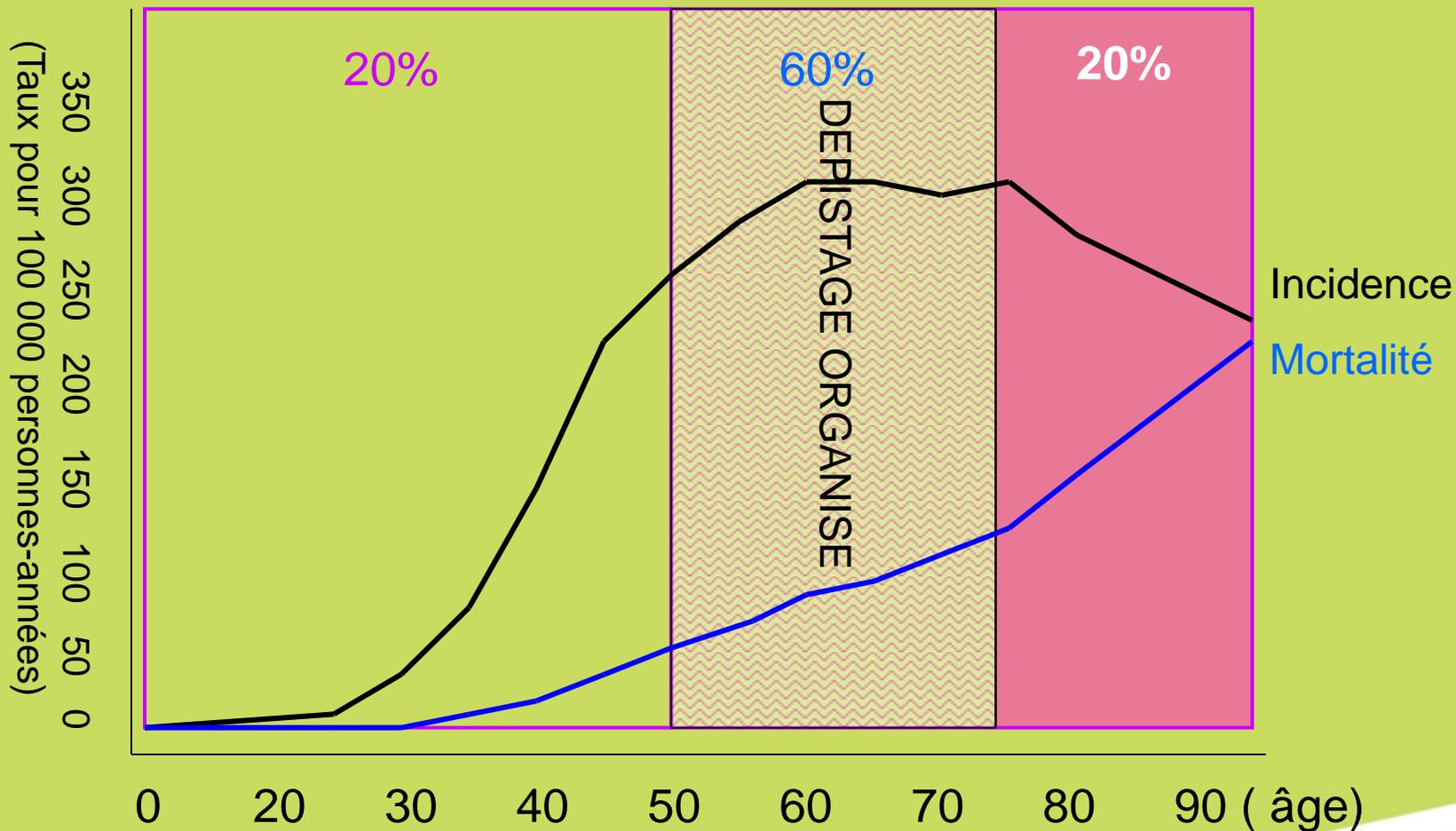




# Les Femmes Jeunes

# Influence de l'âge

15-49	50-64	65-74	75-84	85 et +
10401	20891	10859	7546	3344





# Problématique de la femme jeune



1. Peu fréquent : 0.04% avant 30 ans et 0.4% de 30 ans à 40 ans
2. 1% des décès des femmes < à 50 ans
- 3. Diagnostic difficile**
4. Le cancer du sein est un cancer " de bon pronostic " même chez les jeunes femmes
5. Survie relative à 5 ans > à 80 %
6. La mortalité par cancer du sein a baissé. Les baisses les plus importantes (10% à 15%) ont été observées chez les femmes jeunes et d'âge moyen





# Le C.C.I. avant 40ans



1. Plus de tumeurs de grande taille
2. Plus de grade III, de N+, d'embolies vasculaires péri-tumoraux
3. Plus de RH - avant 40 ans
4. HER2 +++ plus fréquemment femmes non ménopausée
5. Anti-oncogène P53 plus fréquemment altéré :
  - **80 % avant 35 ans**
  - **40 % après 50 ans**
6. Prolifération tumorale phase S :
  - **> à 60 % avant 35 ans**
  - **< à 40 % après 50 ans**
7. Plus de type basal triple-négatifs
8. Statut BRCA1
9. Plus de récurrence locale et à distance



# Principaux facteurs de risques



**1. Sexe**

**2. Âge**

**3. Antécédents :**

- Génétiques
- Familiaux
- Mammaires
- Hormonaux
- Histoire reproductive
- Facteurs personnels





# Mais attention



1. Compte tenu de la forte probabilité de bénignité vu la faible incidence avant 40 ans il convient de considérer :
  - le **symptôme**
  - les **facteurs de risques**
2. Cherchez un **équilibre** entre l'optimisme et l'inflation d'examens complémentaires anxiogènes et disproportionnés !
3. Ne pas **négliger** un symptôme
4. Importance de :
  - **L'interrogatoire**
  - **L'examen clinique rigoureux**



# BILAN (1)



1. **Echographie +++** (densité mammaire) permet une classification ACR
2. **Mammographie** : en 2<sup>ème</sup> intention en fonction des signes cliniques - elle est peu demandée avant 30 ans
3. **ATTENTION** aspect pseudo-bénin type fibroadénome
4. **IRM** : proposée dans les cas de :
  - Femmes à très haut risque  $\Leftrightarrow$  surveillance déterminée
  - Si elle modifie la prise en charge chirurgicale
  - De l'évaluation de la réponse tumorale après chimiothérapie néo-adjuvante
  - Pas d'indication pour caractériser une lésion bénigne classée ACR3 en raison des risque +++ de faux positifs



# BILAN (2)



- **La Micro - biopsie :**

1. **Exceptionnelle** et peu recommandée
2. Peut être proposée en cas de fort **doute radiologique** ou patiente très anxieuse
3. Ne doit pas être utilisée si tous les examens concordent en faveur de lésions bénignes
4. En cas de découverte de **mastopathie à risque** dans le but d'évaluer le risque individuel et proposer une surveillance adaptée



# Quelle surveillance Pour les femmes à risque ???

## 1. Tous les ans :

- Examen clinique
- Mammographie numérique (seins denses)
- Echographie

## 2. Toute **nouvelle anomalie** ⇒ **biopsie**

## 3. Pas d'indication d' **IRM** en raison des faux positifs



# « Avant 50 ans faut il encourager le dépistage »...???



1. Non recommandé en France & en Europe
2. 47% de dépistage individuel
3. Inconvénients :
  - Faux Positif à la mammographie (10% entre 40 et 49 ans)
  - Faux négatif mal évalué
  - Sur-diagnostic difficile à évaluer
4. En dehors du risque génétique avéré les **inconvénients > bénéfiques**
5. Quantifier le risque individuel
6. La réduction du risque est 8 fois plus petite avant 40 ans qu'après 60 ans
7. Prendre en compte les symptômes



# Les Principes Thérapeutiques



## 1. Le Plan Cancer

- A. Proposition thérapeutique conforme aux référentiels, les traitements sont basés sur les caractéristiques tumorales
- B. Réunion de Concertation Pluridisciplinaire pour validation
- C. L'annonce
- D. Plan Personnalisé de Soins

## 2. Les armes thérapeutiques

- A. La Chirurgie
- B. La Chimiothérapie
- C. La Radiothérapie
- D. Les Thérapies Ciblées : hormonothérapies et anticorps monoclonaux



# L'annonce = un état d'urgence



- Situation émotionnelle +++
- Patientes :
  - Perte de sens
  - Vivant dans l'instant
  - Hyper-anxieuses
- Milieu familial bouleversé
- Soignants sous pression





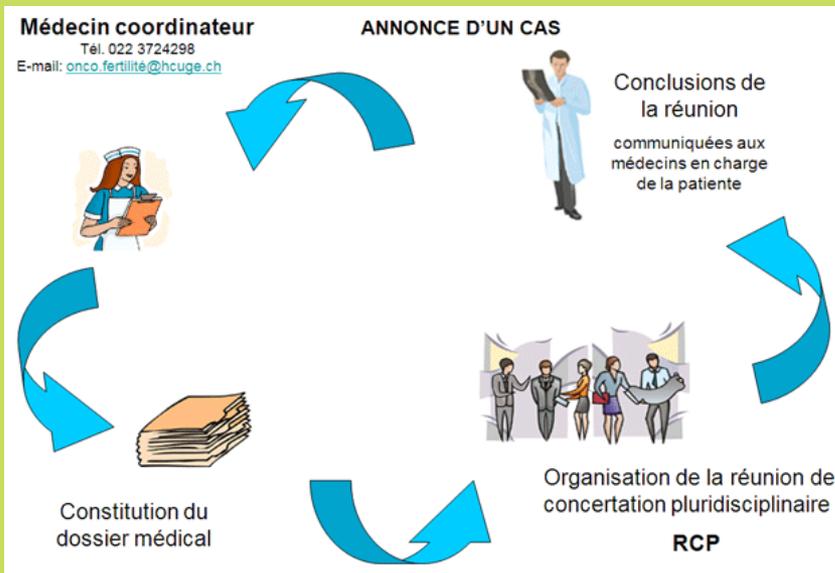
Le sein est un symbole de vie, associé dans l'inconscient collectif à la maternité, l'enfance, la féminité, la beauté, la sensualité, la sexualité

*« Lorsque le sein est malade, ce sont tous les symboles de vie qui sont mis à mal »*





# Onco-fertilité



- La préservation de la fertilité en cours de traitement fait partie intégrante de la décision thérapeutique
- Discussion possible en R.C.P. d'onco-fertilité
- 17213 patientes < à 45 ans sont concernées (Prévalence partielle = nombre de femmes en vie ayant eu un diagnostic de cancer au cours des 5 années précédentes)

Les 2 missions principales des Cecos

**1** Permettre à des couples de fonder une famille avec l'aide d'une procréation par don EN CAS DE STÉRILITÉ OU DE CONTRE-INDICATION À UNE GROSSESSE

<p><b>Don de spermatozoïdes</b></p> <p>Prélevés chez le donneur, puis congelés</p>	<p><b>Don d'ovocytes</b></p> <p>Prélevés chez la donneuse au moment de l'ovulation, nécessite une petite anesthésie</p>	<p><b>Accueil d'embryons</b></p> <p>Les embryons cédés sont ceux obtenus par fécondation in vitro chez des couples ayant eu besoin de cette technique</p>
--	---	---

**2** Préserver la fertilité EN CAS DE CIRCONSTANCES PRÉSENTANT UN RISQUE POUR UNE FERTILITÉ FUTURE (PAR EXEMPLE LES TRAITEMENTS DU CANCER)

Assistance médicale à la procréation

23 CECOS sur le territoire

<p><b>Conservation de la fertilité féminine</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Cryoconservation de tissu ovarien</li> <li>■ Réalisation d'une fécondation in vitro et congélation des embryons</li> <li>■ Stimulation hormonale, obtention d'ovocytes, puis congélation</li> <li>■ Transposition d'un ovaire pour éviter son irradiation en cas de radiothérapie</li> </ul>	<p><b>Conservation de la fertilité masculine</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Conservation de sperme obtenu par auto-masturbation.</li> <li>■ Recueil du tissu testiculaire</li> <li>■ Cryoconservation dans les deux cas</li> </ul>
---	--

Source : Cecos \*Centres d'études et de conservation des oeufs et du sperme

Réseau Régional de Cancérologie OncoPACA-Corse

Plateforme régionale **Cancer & Fertilité**

0 811 711 112\*

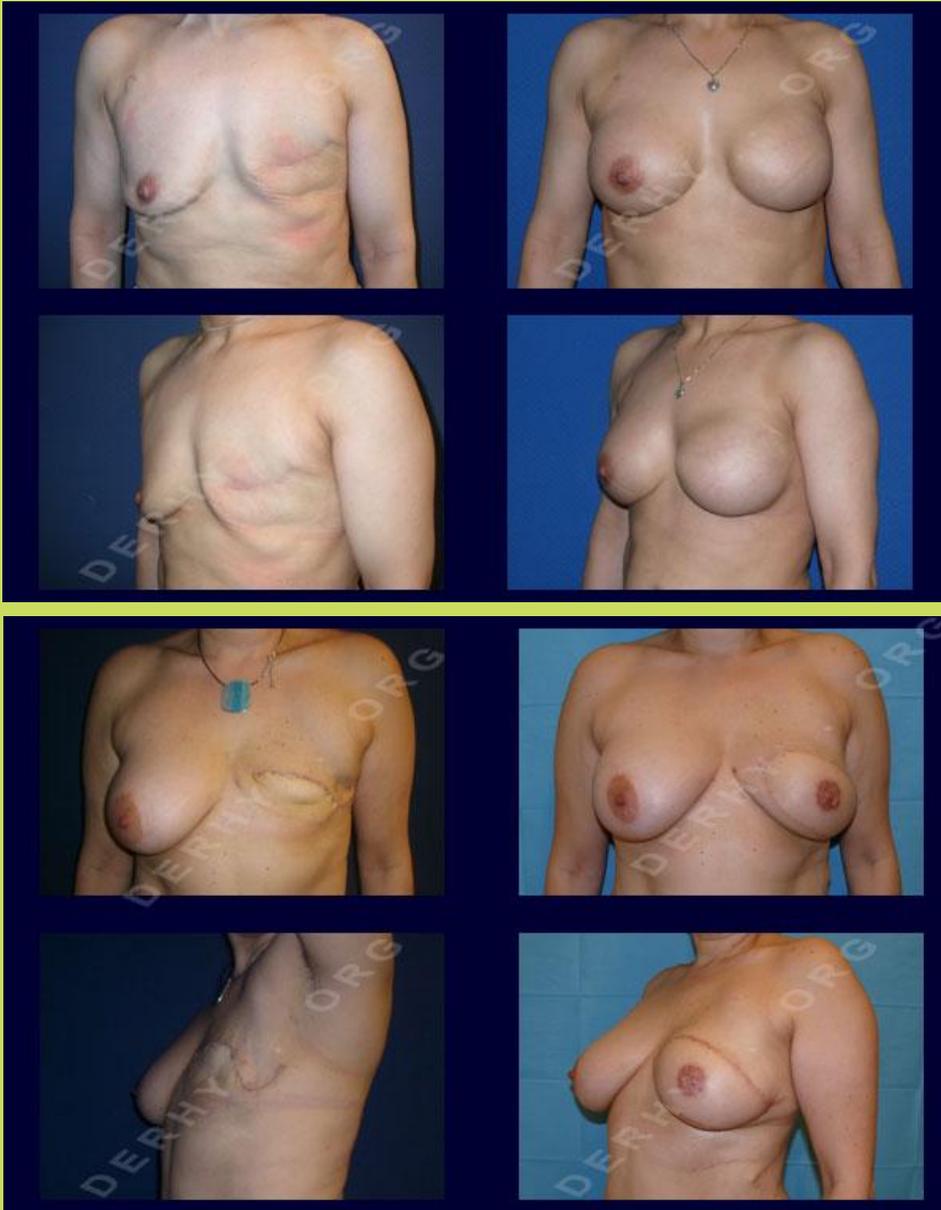
\*Coût d'un appel local

[www.oncopaca.org/oncofertilité](http://www.oncopaca.org/oncofertilité)

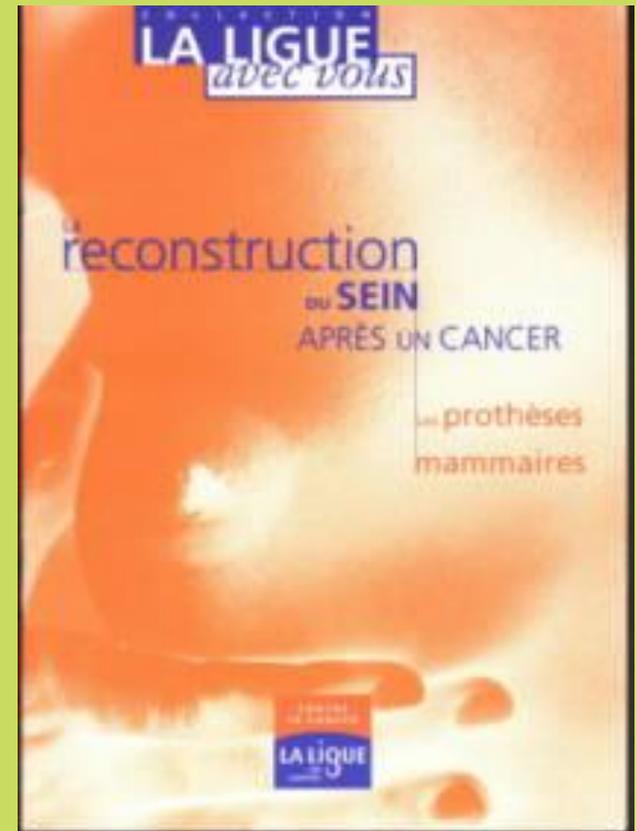




# La reconstruction mammaire



- toujours proposée
- mais jamais imposée





# En Conclusion



1. Quelque soit l'âge des patientes, une prise en charge thérapeutique adaptée permet une réduction significative de la mortalité et une augmentation du taux de rémission
2. Cette prise en charge, conforme aux référentiels, se doit d'être pluridisciplinaire et de faire appel largement aux soins de support
3. Les consultations d'oncogénétique doivent toujours être proposées aux femmes jeunes et +/- aux femme âgées en fonction de leur histoire familiale
4. La prise en charge Psychologique se doit de ne pas être négligée

# Don de l'Association des Dames de Cœur au CHR de Metz -Thionville au profit des patientes prises en charge sur le site de l'Hôpital Bel Air

**Ce don de 25 000€ a permis de financer l'achat de :**

- Une Table de massage (2 702.96 €)
- Un Fauteuil / bac shampoing (2 534.92 €)
- **60 kits et leur contenant (6531.17€) :**
  - un sac sur lequel est apposé à la fois le logo des "dames de cœur" et le logo CHR
  - un stylo 4 couleurs médium recyclable
  - un carnet 90X140mm 96 pages
  - un foulard (coloris au choix gris, fuchsia ou taupe) 95 % bambou et 5% spandex
  - un shampoing antipelliculaire au zinc et à la vitamine E de 125 ml
  - une crème solaire écran total enrichi en vitamine E de 30 ml
  - un gel hydratant (crème de jour) de 50 ml enrichi en vitamine E
  - un spray corporel hydratant de 100 ml
  - un spray oral de 20 ml
  - une huile protectrice des ongles de 8 ml

**Ce don permettra l'acquisition :**

- de 60 nouvelles mallettes (2<sup>ème</sup> semestre – 6531,17€),
- du réaménagement de la salle famille et des patients du service d'oncologie du site de Bel Air dont l'évaluation est en cours ( de l'ordre de 7000€).

**L'éventuel reliquat permettra de développer des actions de recherches cliniques proposées par le Pôle Femme Mère Enfant via la Plateforme de Recherche Clinique du C.H.R.**

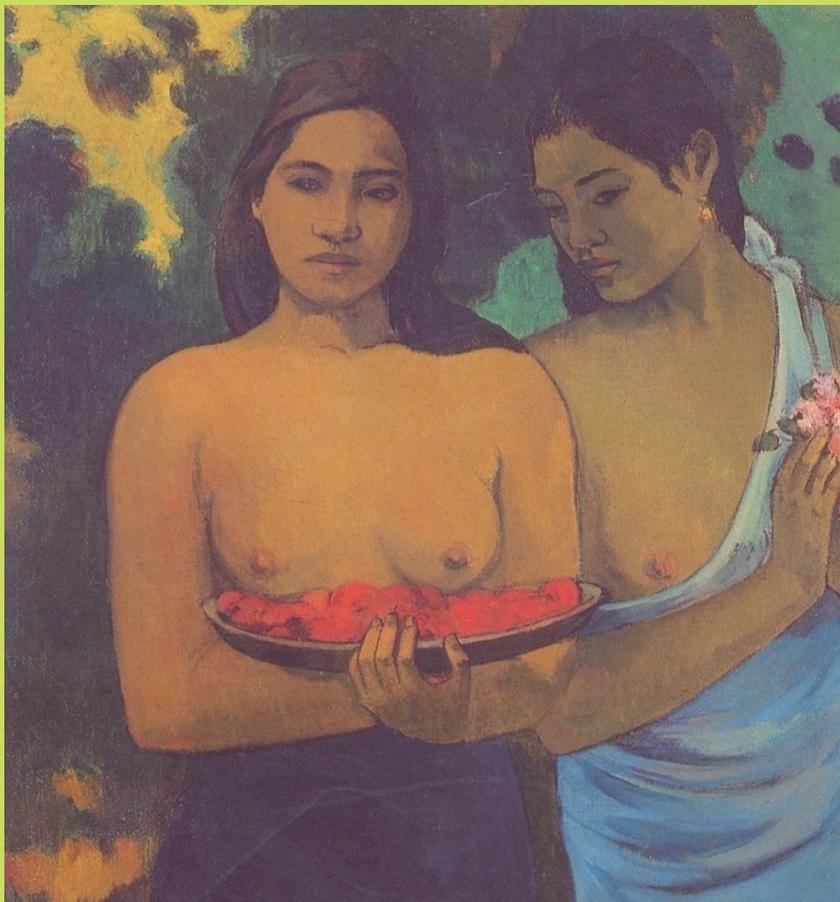




**Samedi 26 & Dimanche 27 Avril 2014**



**De tout cœur avec vous dimanche 15 Juin 2014**



***Merci de votre invitation***