

Cancer du sein chez la femme âgé

Colombey-les-Deux-Églises
11 et 12 février 2011

N. Jovenin – S. Périn
Institut Jean Godinot – Reims

Épidémiologie

- Cancer du sein : 45 à 50 000 cas /ans
 - ✓ 21 % entre 65 et 74 ans
 - ✓ 15 % entre 75 et 84 ans
 - ✓ 5,4 % après 85 ans

- Sein localisé \approx 95% des cas

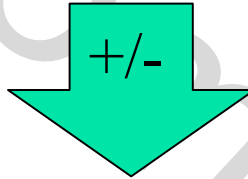
- Méta synchrone \approx 5 %

Histologie

- Peu ≠ de celui de la femme plus jeune
 - ✓ Adénocarcinomes canalaire infiltrant
 - ✓ Lobulaires et mucineux seraient plus fréquents
 - ✓ Expression des récepteurs hormonaux ➤
 - 80 % d'expression des RE si > 70 ans

Cancer du sein localisé

Chirurgie



Chimiothérapie

Radiothérapie

Hormonothérapie

Thérapie ciblée

Chirurgie (cancer du sein localisé)

- Étape capitale du traitement d'un KS
- Mêmes indications que chez ptes + jeunes
- Aussi bien supportée
 - ✓ Taux de mortalité très faible < 0.3 %
 - ✓ Technique du ganglion sentinelle applicable
- Hormonothérapie seule ne doit pas être considérée comme un traitement suffisant.

Audisio-Eur J Cancer-2004 / Audisio-Surg Oncol-2004

Veronesi-Eur J Cancer-2005 / Gennari-Surg Oncol-2004

Hind-Cochrane Database Syst Rev-2006 /Bouchardy C- Clin Oncol-2003

Radiothérapie

- Mêmes indications
- Même efficacité
 - ✓ ↘ rechute locale de 20-25% à 5-8%
 - ✓ ↗ de la survie de 8-9%
- Si pas possible
 - ✓ Hypo-fractionnement
 - ✓ Curiethérapie interstitielle (Étude GERICO 3)

Chimiothérapie

- L'indication se discute si RH-
- Pas d'indication si RH+
 - ✓ Méta analyse USA
- Référence chez les + jeunes :
 - ✓ 6 cycles de FEC100 ou 3FEC100+3TXT
- Pas d'étude chez patientes âgées
 - ✓ faisabilité des anthracyclines (GERICO 6)
 - ✓ CMF possible
 - ✓ Taxotère - Endoxan possible

Traitements hormonal

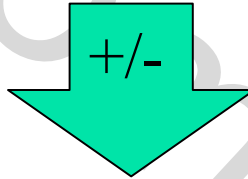
- Tumeur RH+
- Anti-aromatase justifiée et efficace
 - ✓ Risque ostéoporotique
 - ✓ Éventuels troubles cognitifs
- Sinon utilisation du tamoxifène
 - ✓ Mais risque thrombo-embolique

Thérapie ciblée

- Trastuzumab
 - ✓ ⊖ étude spécifique chez sujets âgés.
 - 16 % > 65 ans dans 2 études
 - < 65 ans dans une troisième
 - ✓ Etude Hera
 - Bénéfice semble limité après 65 ans
 - Toxicité cardiaque ↗ (sans CI)
- Lapatinib : ⊖ données dans la population âgée.
- Bevacizumab
 - Bien toléré chez les patientes > 65 ans
 - bénéfice clinique non différent

Cancer du sein localisé

Chirurgie



Chimiothérapie

Radiothérapie

Hormonothérapie

Thérapie ciblée



Cas Clinique

Cancer du sein chez une femme de 75 ans

Diagnostic (médecin traitant)

Femme de 75 ans

Mars 2009 :

- Découverte à l'autopalpation
- Masse à l'union
des quadrants supérieurs du sein droit

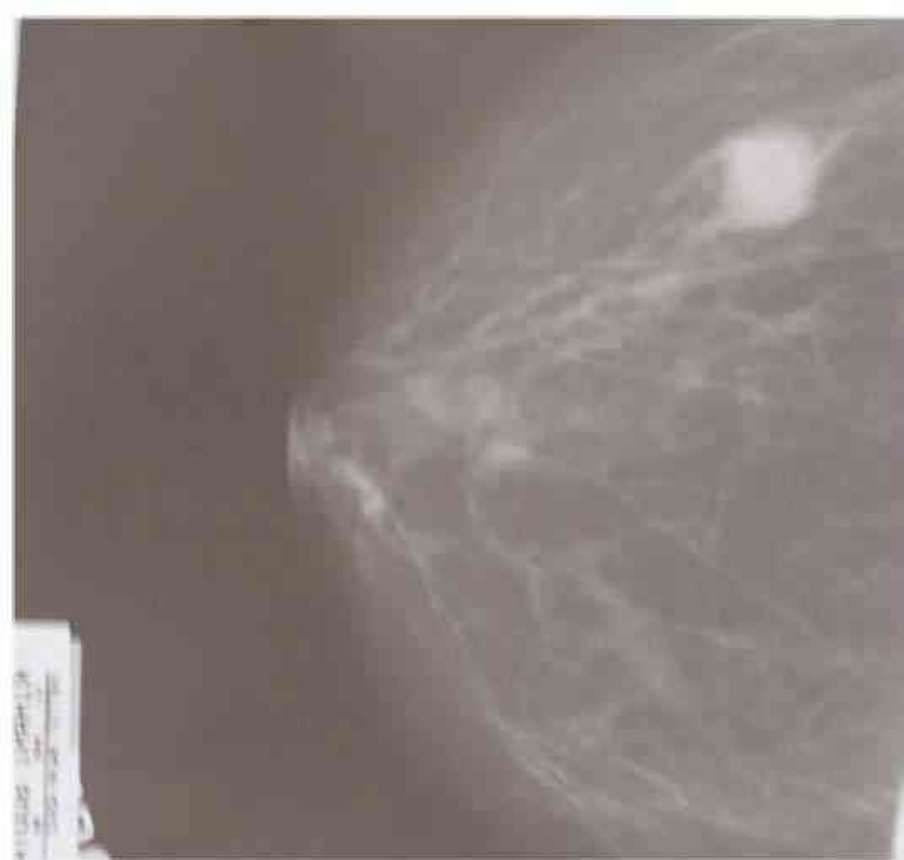


Diagnostic (radiologue)

Mammographie
demandée par
le médecin traitant



Diagnostic (radiologue)

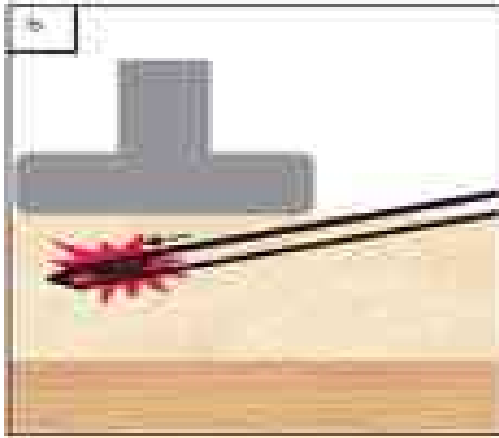


Conclusion de la mammo :

Opacité nodulaire
du quadrant supéro-externe
du sein droit

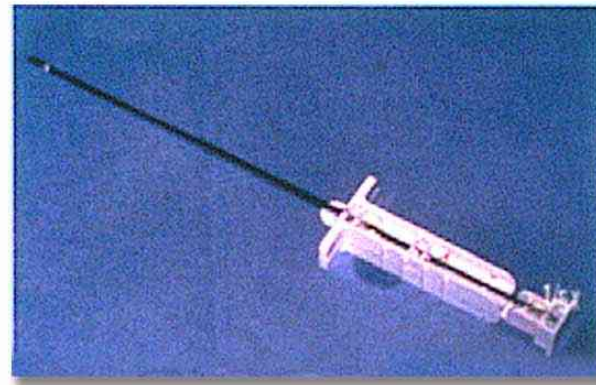
ACR 4

Diagnostic (radiologue)



Cytoponction sous échographie
(à l'aiguille)

(ou micro-biopsie avec
aiguille à biopsie automatique)

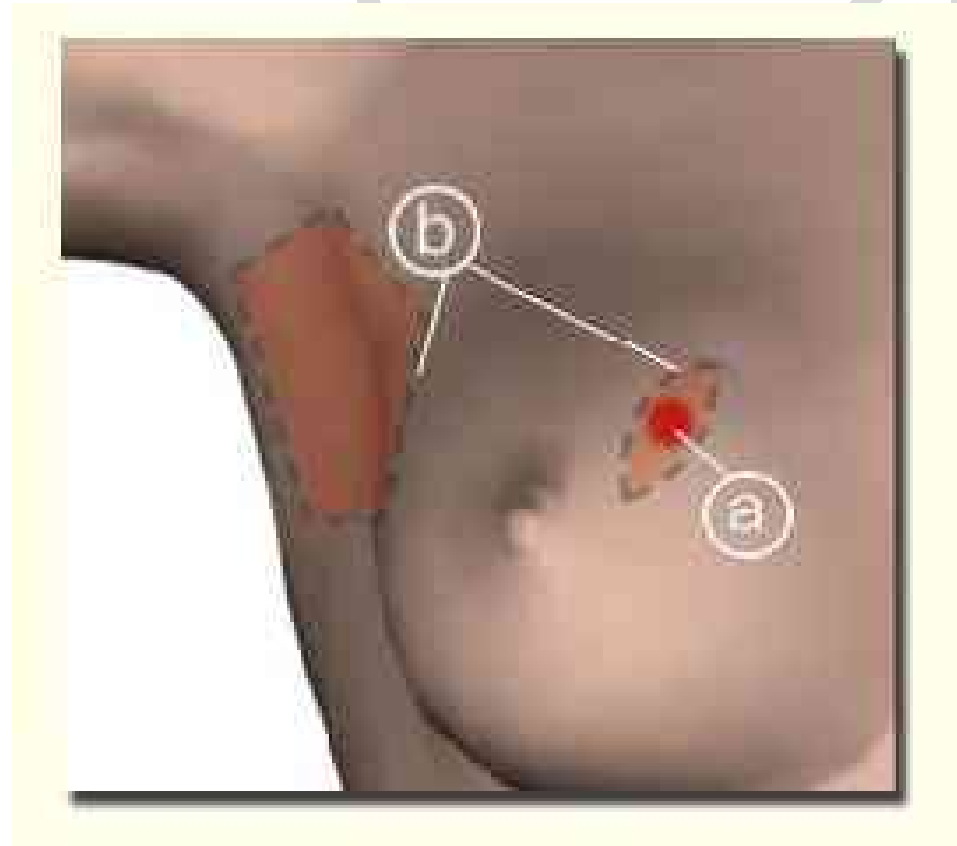


Diagnostic (anathomo-pathologiste)



Cytologie :
adénocarcinome peu
différencié

Chirurgie (anesthésiste/chirurgien)

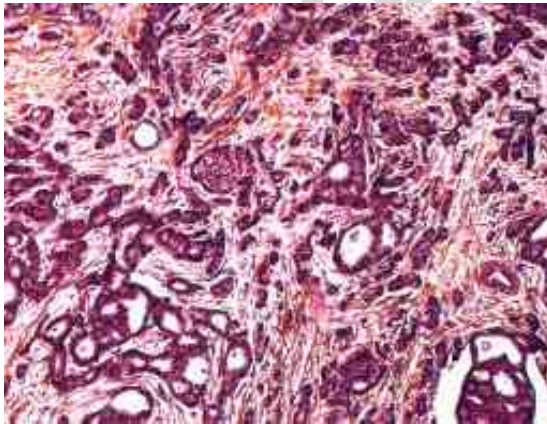


- Consultation d'anesthésie
- Chirurgie :
Tumorectomie avec curage axillaire

Histologie (anathomo-pathologiste)



Pièce opératoire avec le harpon en place.



Anapath sur la pièce opératoire :

Carcinome canalaire infiltrant de 30 mm, basal like, SBR III

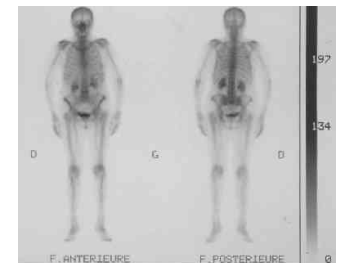
Pas d'embolies carcinomateuses (lymphatique ou sanguin)

Marges non saines en inférieur
16 ganglions bénins

Immunohistochimie : RE-, RP-,
HER2 = 0

Bilan d'extension (radiologue/médecin nucléaire)

- Radiographie pulmonaire : pas de métastase pulmonaire
- Echographie abdominale : pas de métastase hépatique
- Scintigraphie osseuse : pas de métastase osseuse



RCP Sein

- **Présents** : oncologues, chirurgiens, radiothérapeutes, radiologues
- **Localisation** : sein droit, union des quadrants supérieurs
- **Cytoponction** le 17/03/09 : adénocarcinome peu différencié
- **Tumorectomie** avec curage le 4/05/09
- **Histologie** : carcinome canalaire infiltrant de 30 mm, SBR III, sans embole lymphatique ou sanguin
curage : 16 N –
marges insuffisantes compte tenu d'un micro foyer in situ sur la recoupe inférieure
RE+, RP-, HER2 = 0
- **Au total** : lésion stadifiée pT2 pN0 triple négative, basal like, marges non saines
- **Propositions** :
 - ✓ Reprise chirurgicale et pose de chambre implantable
 - ✓ Evaluation gériatrique
 - ✓ Chimiothérapie adaptée à l'âge
 - ✓ Radiothérapie

Évaluation gériatrique (gériatre)

- **Motif de consultation** : Il s'agit d'une femme de 75 ans, chez qui a été découvert récemment un cancer du sein droit, opérée le 4 mai dernier d'une tumorectomie-curage suivie d'une reprise le 15 juin. Il s'agit d'un carcinome canalaire infiltrant classé pT2 pN0 MX SBR3 triple négatif pour lequel il est licite de proposer une chimiothérapie adjuvante puis une radiothérapie.
- **Mode de vie** : retraitée commise d'administration de l'hôpital de Reims, Madame G est **veuve depuis 2004 et vit seule** dans une maison particulière dont la **chambre est à l'étage**, à Reims. Elle a eu cinq enfants, tous proches géographiquement. Il n'y a pas d'aide à domicile pour le moment en dehors de celle de ses enfants.
- **Parmi les antécédents**, on note :
- **Sur le plan médical**, pas d'allergie, hypertension artérielle et **trouble du rythme sous AVK**, suivie par le Docteur D, arthrose essentiellement rachidienne, **diabète** non-insulinorequérant depuis environ 8 ans, hyperlipémie, hyperuricémie.
- **Sur le plan chirurgical**, appendicectomie en 1952, **néphrectomie droite en 1972**, ligature des trompes en 1974, hystérectomie totale par voie haute en 1984, ostéosynthèse pour fracture au niveau du pied en 1997, thyroïdectomie totale en 2004 avec traitement substitutif.
- Le **traitement actuel** est le suivant : Allopurinol 200 1 par jour, Cardensiel 5 1 par jour, Diamicron 30 1 comprimé 1/2 par jour, Fénofibrate 67 1 par jour, Furosémide 20 1 par jour, Lévothyrox 100 µg 1 par jour, Triatec 1,25 1 par jour, Préviscan le soir.

Évaluation gériatrique

Résultats de tests réalisés par l'infirmière :

- ✓ ADL : 6/6
- ✓ IADL : 6/8
- ✓ MNA : 23,5/30
- ✓ GDS-15 : 10/15
- ✓ MMS : 30/30
- ✓ Get up and Go à 12 secondes

A l'examen clinique :

- Quelques douleurs lombaires liées à l'arthrose.
- Sommeil correct.
- Sur le plan sensoriel, pas de trouble majeur de la vision, ni de l'audition.
- Etat bucco-dentaire correct avec une prothèse totale haute et partielle basse.
- Etat cutané correct.
- Sur le plan cardiovasculaire, bruits du coeur réguliers, sans souffle retrouvé, ni cardiaque ni carotidien. Le pouls est irrégulier, avec une tension artérielle à 16/8.
- Sur le plan pulmonaire, murmure vésiculaire bien perçu, champs pulmonaires libres.
- L'abdomen est souple, sans organomégalie palpable. Pas de problème de transit.
- Pas de signe fonctionnel urinaire et notamment pas d'incontinence.
- Nutrition : appétit conservé avec un **poids stable à 73 kg pour 1,60 m (IMC à 30)**.
- Aires ganglionnaires libres.
- Examen neurologique sans anomalie.
- Marche et équilibre : la marche est fluide, sans canne et les articulations sont libres. On note parfois quelques petites pertes d'équilibre. Le **risque de chute semble modéré**.

Evaluation gériatrique

Synthèse :

- Autonomie correcte (ADL 6/6, IADL 6/8)
- Cognition correcte (MMS 30/30)
- Nutrition correcte (MNA 23,5/30, IMC à 30, poids stable)
- Tissu social-Environnement : seule à domicile mais entourée par ses enfants
Chambre à l'étage
- Humeur et comportement : il semble exister un syndrome dépressif réactionnel au décès de son mari et qui semble s'aggraver depuis l'annonce du diagnostic
- Comorbidités : hypertension artérielle, troubles du rythme avec anti-vitamine K, diabète sous anti-diabétiques oraux, insuffisance rénale modérée sur rein unique (clearance à 32 ml/minute selon aMDRD).

Conclusion :

Patient à considérer comme **intermédiaire** dans la classification de Balducci.

Des fragilités sont mises en évidence, notamment un **syndrome dépressif** qui pourrait sans doute être amélioré par un traitement médicamenteux associé à un suivi psychologique. Je laisse le soin à Madame G d'en reparler avec son médecin traitant.

Il faut également tenir compte des comorbidités, notamment au niveau **cardiaque**, raison pour laquelle une consultation est prévue avec le Docteur L prochainement. L'insuffisance rénale sur rein unique est évidemment à prendre en compte. Dans ce sens, il serait utile de revoir l'indication du Diamicon et du Fénofibrate.

En tout état de cause, **l'insuffisance rénale**, le traitement du **diabète** et les **anti-coagulants** seront à surveiller de très près pendant la durée de la chimiothérapie.

Décision thérapeutique (oncologue)

- Chimiothérapie adjuvante selon le protocole Taxotère (75 mg/m²) Endoxan (600 mg/m²) en 4 cycles espacés de 3 semaines
- Précautions : G-CSF (facteurs de croissance granulocytaire), surveillance rapprochée des INR

Complications

- Neutropénie grade 4 (129 PNN/mm³) à J7 de la 1^{er} cure malgré les facteurs de croissance, heureusement non fébrile.
- Surdosage aux AVK, avec épistaxis (INR 5,7) : hospitalisation pour méchage.

Evolution (oncologue/radiothérapeute)

- Poursuite des cures après diminution de dose (20%)
- Radiothérapie réalisée (mammaire droite 50 Gy + complément de 9 Gy sur le lit opératoire)
- Surveillance régulière
- Rémission complète jusqu'à présent