

# SOFOG 2015

## Cancer du sein

## et femme âgée



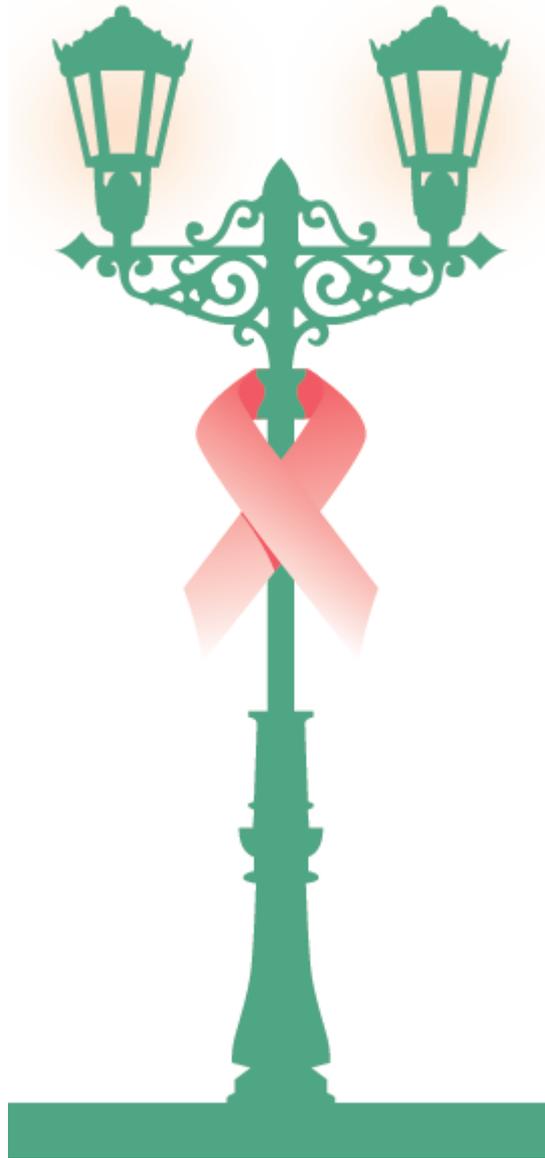
## Cas cliniques

Dr Bernard-Marty Chantal, oncologue, Pasteur

Dr Brechemier Delphine, gériatre, CHU

Dr Jouve Eva, chirurgien, IUCT

Dr Massabeau Carole, radiothérapeute, IUCT



# CAS CLINIQUE 1



**Madame St.,  
76 ans**

*Je suis très motivée*



# Madame St.

- Environnement :
  - Veuve
  - 3 enfants
  
- OMS = 0
  - Antécédents médicaux:
    - Diabète de type 2 traité par DIAMICRON®
    - HTA contrôlée avec un IEC
    - Dépression traitée par EFFEXOR®
    - 160 cm, 75kg

# Histoire de la maladie

- La patiente consulte pour un nodule palpable de 3 cm du QSE du sein gauche (90 C) sans ganglion palpable
- Biopsie : carcinome infiltrant NST ,grade II, Ki67 15%, RE100% 3+ RP90% 2+, Her2 1+
- Bilan d'extension négatif

Quel traitement proposez-vous?

# Quel traitement lui proposez-vous?

- Possibilité n°1: Mastectomie + curage axillaire ou ganglion sentinelle
- Possibilité n°2: Chimiothérapie néo-adjuvante puis tumorectomie + curage axillaire
- Possibilité n°3: Hormonothérapie néo-adjuvante puis tumorectomie + curage axillaire

# Faut-il la présenter à un gériatre ?

## Questionnaire G8

Dépistage de la fragilité des personnes âgées 70+ prises en charge pour un cancer

Score  $\leq 14$  = vulnérabilité ou fragilité gériatriques devant conduire à une évaluation plus complète



items	Réponses possibles et scores
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?	<b>0: anorexie sévère</b> <b>1: anorexie modérée</b> <b>2: pas d'anorexie</b>
Perte récente de poids (<3mois)	<b>0: perte de poids &gt;3kg</b> <b>1: ne sait pas</b> <b>2: perte entre 1 et 3 kg</b> <b>3: pas de perte de poids</b>
motricité	<b>0: du lit au fauteuil</b> <b>1: autonome à l'intérieur</b> <b>2: sort du domicile</b>
Problèmes neuro-psychologiques	<b>0: démence ou dépression sévère</b> <b>1: démence ou dépression modérée</b> <b>2: pas de problème psychologique</b>
Indice de masse corporelle (IMC)	<b>0: IMC &lt; 18,5</b> <b>1: IMC de 18,5 à &lt; 21</b> <b>2: IMC de 21 à &lt; 23</b> <b>3: IMC ≥ 23</b>
Prend plus de 3 médicaments	<b>0: oui</b> <b>1: non</b>
Le patient se sent-il en meilleure ou moins bonne santé que la plupart des personnes de son âge?	<b>0: moins bonne</b> <b>0,5: ne sait pas</b> <b>1: aussi bonne</b> <b>2: meilleure</b>
Age	<b>0: &gt;85</b> <b>1: 80-85</b> <b>2: &lt;80</b>
total	0-17

# Chirurgie conservatrice vs mastectomie

- Chirurgie conservatrice du sein + radiothérapie
  - Traitement de référence si possible, quel que soit l'âge
  - Pas de toxicité majeure de la radiothérapie après chirurgie conservatrice, même après 70 ans
- Mastectomie = traitement local efficace et rapide mais désir de conservation élevé
  - 70% des >70 ans préfèrent la conservation si choix possible
  - La qualité de vie des >70 ans est meilleure après traitement conservateur vs mastectomie

- **La patiente a choisi une mastectomie**
- Examen anatomopathologique:
  - Carcinome infiltrant NST de 39 mm, grade III
  - 2N+/10
  - RE100%3+ RP 90%2+ Her2 1+

Quel traitement adjuvant discutez-vous?

# Quel traitement complémentaire proposez-vous?

- Radiothérapie vs pas de radiothérapie?
- CT vs pas de CT?
- Hormonothérapie vs pas d'hormonothérapie?

# Indications de chimiothérapie adjuvante

- Indication théorique :
  - Tumeurs RH-
  - Tumeurs Her2+, de plus de 5 mm
  - Tumeurs RH+ N+ : à discuter en fonction des marqueurs de prolifération, du grade, Ki67, index mitotique....

## Prudence si :

- Au moins 1 dépendance ADL
- Au moins 3 co-morbidités significatives
- Au moins 1 syndrome gériatrique

**RCP +++**

# Espérance de vie

Comorbidités : Diabète, HTA, Dépression, Surpoids

Age (années)	65	70	74	75	78	80	85
Espérance de vie	22,61	18,35	15,07	14,28	12	10,56	7,38

# Quelle chimiothérapie adjuvante?

- **CMF**
- **AC** (préféré au CMF/SIOG 2012), **FEC**, Myocet (GERICO 06, pas d'AMM)
- **TC** (préféré à AC en cas de risque cardiaque) ou MC ?
- ~~Capécitabine, weekly Docetaxel~~
- Prophylaxie primaire par GCSF systématique

# Quelle hormonothérapie adjuvante ?

- Méta-analyse EBCTCG : 5 ans diminue la mortalité quel que soit l'âge
- Tenir compte des antécédents/co-morbidités et des effets indésirables possibles avec ces médicaments
  - Tamoxifène : phlébite, cancer de l'endomètre
  - IA : arthralgies, myalgies, fractures ostéoporotiques
- Attention, la patiente est traitée par Effexor® pour dépression ... mais elle présente aussi un terrain vasculaire (obésité, HTA, diabète) ...

- La patiente choisit une radiothérapie complémentaire
- Instauration d'une hormonothérapie par inhibiteur de l'aromatase : anastrozole

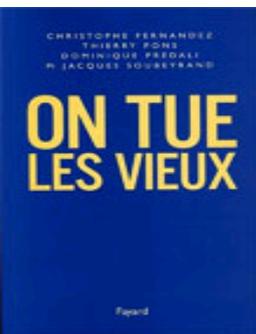
# Cinq ans + tard

- Comorbidités :
  - Ostéoporose sévère (Fracture du col du fémur et PTH depuis 6 mois)
  - Diabète très bien contrôlé
  - HTA bien contrôlée
- OMS = 2 : La patiente se dit fatiguée et présente depuis 2 mois des douleurs au dos.
- La scintigraphie osseuse est compatible avec la présence de métastases osseuses

# Évaluation OG standardisée en Midi-Pyrénées

Champ étudié	Éléments d'appréciation
<b>Social</b>	<b>Anamnèse, plan d'aide</b>
<b>Autonomie</b>	<b>ADL, IADL</b>
<b>Co morbidité et pharmacopée</b>	<b>Charlson, revue de traitement</b>
<b>Nutrition</b>	<b>MNA, variation de poids, IMC, albuminémie</b>
<b>Locomotion et risque de chute</b>	<b>ATCD de chute récente, vitesse de marche, station unipodale</b>
<b>Thymie</b>	<b>Mini GDS et entretien</b>
<b>Cognition</b>	<b>MMSE, 5 mots, horloge</b>
<b>Biologie</b>	<b>Créatinine, hémoglobine</b>

# Balducci: des soins sur mesure



## Evaluation gériatrique



Groupe  
« FIT »

Groupe INTERMEDIAIRE

Groupe  
TRES FRAGILE

- Patient autonome
- Pas de comorbidité

- 1 dépendance fonctionnelle et/ou
- 1 ou 2 comorbidités

- Patient dépendant
- Comorbidités  $\geq 3$
- Syndrome gériatrique évolutif

Cancer < Espérance de vie

Espérance de vie < Cancer

Traitement  
standard

Traitement  
adapté

Soins  
de support

*Si mauvaise  
tolérance*

# Quel traitement lui proposez-vous?

 Hormonothérapie ?

 Chimiothérapie ?

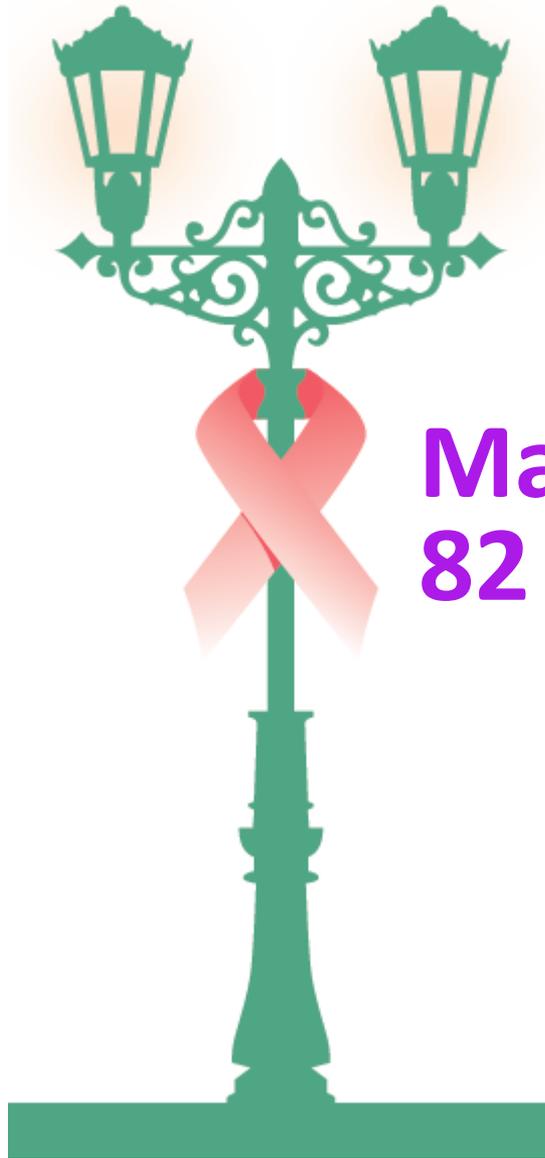
 Autre ?

## Trois mois + tard

- Trois mois après :
  - La patiente a perdu 3Kg
  - Le scanner retrouve des métastases hépatiques avec une biologie normale
- Terrain vasculaire (obésité, HTA, diabète) et bilan gériatrique modérément altéré avec symptômes
- **Monochimiothérapie** par Taxanes (Paclitaxel hebdomadaire)

# Objectifs

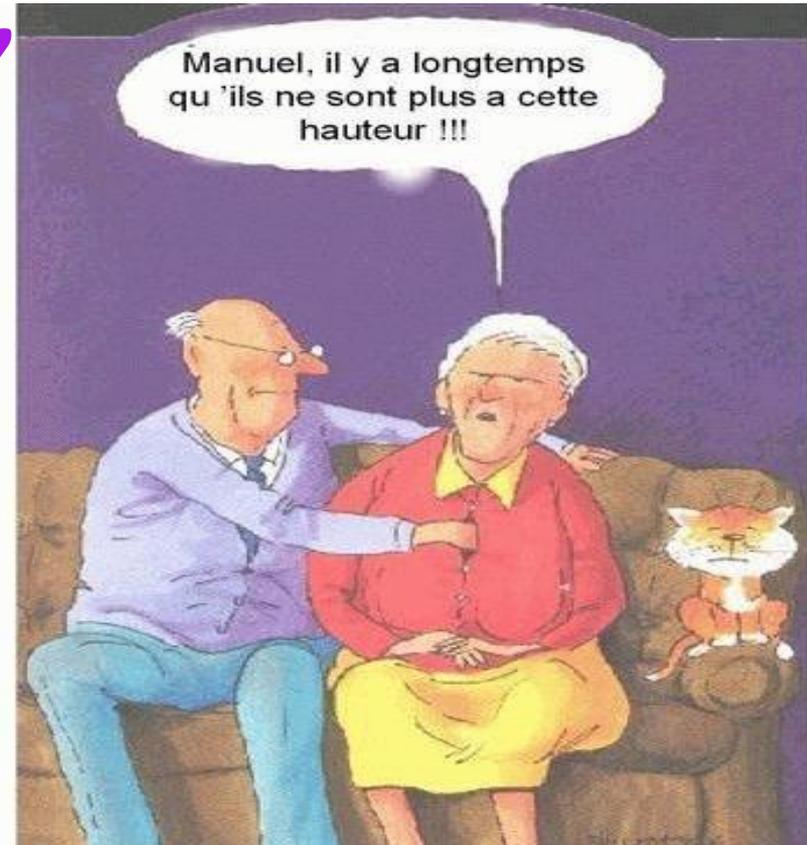
- Pallier les symptômes liés à ces métastases osseuses
- Augmenter la survie sans progression de la maladie afin que la patiente puisse assister au mariage de son petit-fils dans 6 mois
- Préserver une qualité de vie satisfaisante le plus longtemps possible



## CAS CLINIQUE 2



**Madame C.,  
82 ans**



# Madame C.

- Environnement :
  - Vit avec son mari. 1 fille.
  - Dynamique, pratique aquagym.
  - OMS 1
- Antécédents :
  - HTA, diabète, dyslipidémie : Novonorm<sup>®</sup>, Exforge<sup>®</sup>, Esidrex<sup>®</sup>, Glucophage<sup>®</sup>, Simvastatine<sup>®</sup>.
  - ATCD carcinologique : à 62 ans T2N0 sein droit segmentectomie CA, chimiothérapie (GEFA 09), radiothérapie, hormonothérapie.

# Histoire de la maladie

- La patiente consulte pour un nodule palpable de 4 cm du QSE du sein gauche (bonnet C) avec ganglion axillaire suspect.
- Questionnaire G8 = score 15
- Biopsie : carcinome infiltrant NST, grade II, Ki67 40-50%, RE100% +++ RP15% +++, Her2 ++ (FISH en cours)
- Cytoponction ganglionnaire positive
- Bilan d'extension : pas de lésion secondaire mais épanchement pleural bilatéral.

- Consultation cardiologique :  
modification du traitement (inhibiteur calcique, sartan, thiazidique)
- Apparition d'une dyspnée

Que proposez-vous?

# Que lui proposez-vous?

- Possibilité n°1: chirurgie radicale
- Possibilité n°2: Chimiothérapie néo-adjuvante
- Possibilité n°3: Hormonothérapie néo-adjuvante
- Possibilité n°4: avis cardiologie et consultation multidisciplinaire (oncogériatre-chir-anesth).

- Décision avec la patiente d'une chimiothérapie néoadjuvante à visée conservatrice.
- Échographie cardiaque:
  - HVG modérée
  - **FE 0.6**
  - RAO serré calcifié surface 1 à 1.1cm<sup>2</sup>
  - Remaniement mitral post rhumatismal
  - IM<1
  - Dil OG 29 cm<sup>2</sup>
- HER2 : FISH non amplifié

# Chimiothérapie néoadjuvante

- Protocole prévu : Taxotère<sup>®</sup>-Endoxan<sup>®</sup>
- Médications associées: GCSF, corticoïdes.
- 1<sup>ère</sup> cure effectuée : RAS
- Complément bilan radio-sénologique avec IRM :  
lésion du QSE =60x40x20cm.
- Fin de perfusion du C3:
  - hospit en réa pour décompensation cardiaque sous forme d'OAP, évolution favorable en 24h (VNI, Risordan).

- Stop chimiothérapie
- Réévaluation clinique + imagerie : réponse partielle 25x12x10mm.
- Réévaluation chirurgicale

Que proposez-vous?

# Que lui proposez-vous?

- Possibilité n°1: chirurgie partielle
- Possibilité n°2: chirurgie radicale
- Possibilité n°3: Hormonothérapie néoadjuvante
- Possibilité n°4: avis cardiologie et consultation multidisciplinaire (oncogériatre-chir-anesth).

- Patiente récusée par les anesthésistes.
- Réévaluation cardio: FE 40%, RAO stable (1cm<sup>2</sup>), VG légèrement dilaté, hypocinétique, bloc gauche, tachycardie sinusale, qqs extrasystoles ventriculaires.

Que proposez-vous?

# Que lui proposez-vous?

- Possibilité n°1: hormonothérapie?
- Possibilité n°2: radiothérapie exclusive?
- Possibilité n°3: les deux mais dans quel ordre?
- Possibilité n°4: chirurgie sous ALR

# Hormonothérapie/avis cardio

- Hormonothérapie par antiaromatase
- Réévaluation clinique et paraclinique régulière satisfaisante.
- 6 mois plus tard, dossier présenté à une équipe de cardiologie interventionnelle :
  - Indication d'angioplastie percutanée au niveau coronaire et de la valve aortique.
  - Procédure réalisée avec succès. Patiente sous Aspebic<sup>®</sup> à vie et Plavix<sup>®</sup> 6 mois.

# 6 mois plus tard

- Régression tumorale > 50% : 8x7mm
- Réévaluation cardiologique :
  - Surface fonctionnelle de la bioprothèse 2cm<sup>2</sup>
  - FE 40-45%
  - Hypocinésie diffuse
  - Bloc complet gauche
  - Extrasystolie ventriculaire

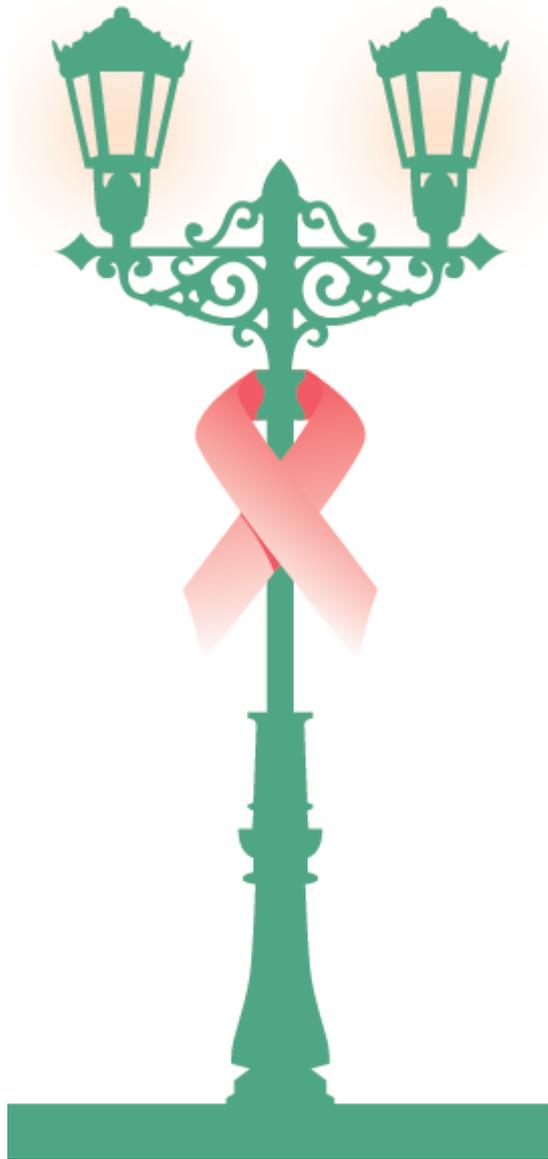
Que proposez-vous?

# Que lui proposez-vous?

- Possibilité n°1: poursuite de l'hormonothérapie?
- Possibilité n°2: radiothérapie exclusive?
- Possibilité n°3: chirurgie sous ALR

# Chirurgie sous anesthésie loco-régionale

- Anesthésie loco-régionale:
  - Bloc paravertébral
  - PEC-bloc
  - Anesthésie locale
- Chirurgie:
  - Segmentectomie
  - Mastectomie
  - Ganglion sentinelle
  - Curage axillaire



## CAS CLINIQUE 3



**Madame M.,  
70 ans**



# Historique

- **Adressée pour une masse palpée au niveau du sein droit**
- **Mariée, 2 enfants, retraitée institutrice**
- **Antécédents médicaux :**
  - Hypertension artérielle
  - Fibrillation auriculaire
  - Infarctus en 2007
  - Pacemaker depuis 2003 (post ablation du faisceau de Hiss)
  - BPCO post-tabagisme
  - allergie à l'iode (œdème de Quincke)

Pas d'antécédent familial de cancer du sein ni ovaire

- **Traitement :** PREVISCAN, SYMBICORT, SPIRIVA, PERINDOPRIL

# Bilan

- Lésion de 2 cm en mammographie et 18 mm en échographie, N0, de l'union des quadrants supérieurs du sein droit : carcinome infiltrant NST de grade II dont 1 pour les mitoses avec un Ki à 20 % RE 100 % +++, RP 90 % +++, HER2 -
- Lésion de 14 mm échographique cN0 dans le quadrant supéro-externe du sein gauche : carcinome infiltrant NST de grade I RE 95 % +++, RP 100 % +++, HER2-.
- bilan d'extension normal

# RCP Préopératoire

- **(radiosénologue, oncologue médical, chirurgien)**
- **Prise en charge chirurgicale première**
  - à droite : tumorectomie ou PAMectomie en fonction de la distance par rapport à l'aréole associée à une procédure de ganglion sentinelle par double détection
  - à gauche : tumorectomie après repérage échographique de la lésion associée à une procédure de ganglion sentinelle par double détection

# Anapath

- Tumorectomie avec procédure de ganglion sentinelle bilatérale et secondairement, un curage axillaire gauche.
- À droite, CCI grade II, 17 mm, RE100%+++ , RP80 %++ + et HER2 -. Pas d'embole vasculaire. 3 N-.
- A gauche, CCI grade III, 16 mm, RE 80 % +++ , RP40%+ +, HER2 -. Présence associée de CCIS de grade 3. Pas d'embole vasculaire visible. 1 N+ sur 21 au total.

# RCP postopératoire

- **Proposition RCP post-opératoire (chirurgien, anapath, oncologue médical, radiothérapeute)**
- **Chimiothérapie** : 4 TAXOTERE-ENDOXAN ou 3 FEC 100 + 3 TAXOTERE en fonction de l'évaluation cardiaque qui se fera non pas, par une mesure de la FEV en méthode isotopique, mais par échographie cardiaque avec avis auprès de son cardiologue.
- Ensuite, **radiothérapie** des deux glandes mammaires ainsi que des chaînes ganglionnaires gauches.
- Puis **hormonothérapie adjuvante**

# CS Oncologue médical

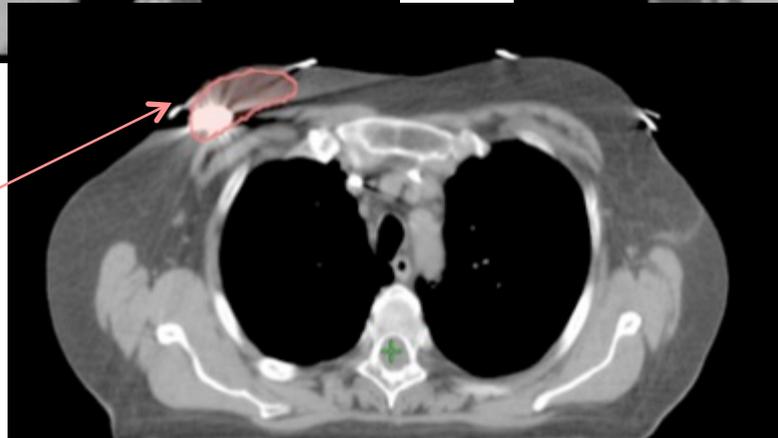
- « Une échographie cardiaque a récemment été effectuée retrouvant une bonne fraction éjection ventriculaire gauche et ne contre-indiquant pas une chimiothérapie par anthracycline.
- Néanmoins, dans le contexte, et compte tenu des caractéristiques histologiques des lésions mammaires, nous allons envisager non pas 3FEC 100 – 3 TAXOTERE mais 4 TAXOTERE-ENDOXAN »

# CS Radiothérapeute

- **Adressée pour irradiation mammaire bilatérale + irradiation des chaines ganglionnaires gauches**
- 1 m 63 pour 75 kg, taille de soutien-gorge 100 C
- OMS 0
- Pb : Présence du Pacemaker dans le volume d'irradiation

# Madame Me, 70 ans

TDM de centrage



CTV Sein droit

## Pacemaker, défibrillateur et radiothérapie : propositions de conduite à tenir en 2010 en fonction du type de stimulateur cardiaque, du pronostic et du site du cancer

*Pacemaker, implanted cardiac defibrillator and irradiation: Management proposal in 2010 depending on the type of cardiac stimulator and prognosis and location of cancer*

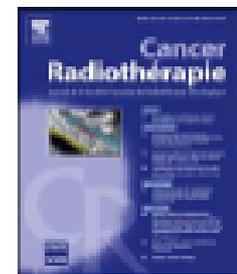
P. Lambert<sup>a</sup>, A. Da Costa<sup>b</sup>, P.-Y. Marcy<sup>c,d</sup>, S. Kreps<sup>e</sup>, G. Angellier<sup>d,f</sup>,  
S. Marcié<sup>d,f</sup>, P.-Y. Bondiau<sup>d,f</sup>, C. Briand-Amoros<sup>g</sup>, J. Thariat<sup>d,\*,f,h</sup>

*Cancer/Radiothérapie* 15 (2011) 238–249



« Les radiations thérapeutiques peuvent altérer les composants électriques, tels que microprocesseur ou mémoire, d'un dispositif cardiaque implanté (stimulateur [pacemaker] ou défibrillateur automatique). »

« ... les défibrillateurs sont plus sensibles que les stimulateurs et ceux-ci sont paradoxalement devenus plus radiosensibles depuis 1975, en raison des modifications de leurs constituants (oxyde de métal et silicium).



Mise au point

## Pacemaker, défibrillateur et radiothérapie : propositions de conduite à tenir en 2010 en fonction du type de stimulateur cardiaque, du pronostic et du site du cancer

*Pacemaker, implanted cardiac defibrillator and irradiation: Management proposal in 2010 depending on the type of cardiac stimulator and prognosis and location of cancer*

P. Lambert<sup>a</sup>, A. Da Costa<sup>b</sup>, P.-Y. Marcy<sup>c,d</sup>, S. Kreps<sup>e</sup>, G. Angellier<sup>d,f</sup>,  
S. Marcié<sup>d,f</sup>, P.-Y. Bondiau<sup>d,f</sup>, C. Briand-Amoros<sup>g</sup>, J. Thariat<sup>d,\*,f,h</sup>

*Cancer/Radiothérapie* 15 (2011) 238–249

« La décision repose alors sur une concertation entre radiothérapeute et cardiologue mettant en balance le pronostic du patient lié au cancer et celui liée à sa fonction cardiaque.

« Evaluation du degré de dépendance au pacemaker »

« Notion de dose cumulée seuil (2 à 5 Gy ; variable d'une marque à l'autre) »

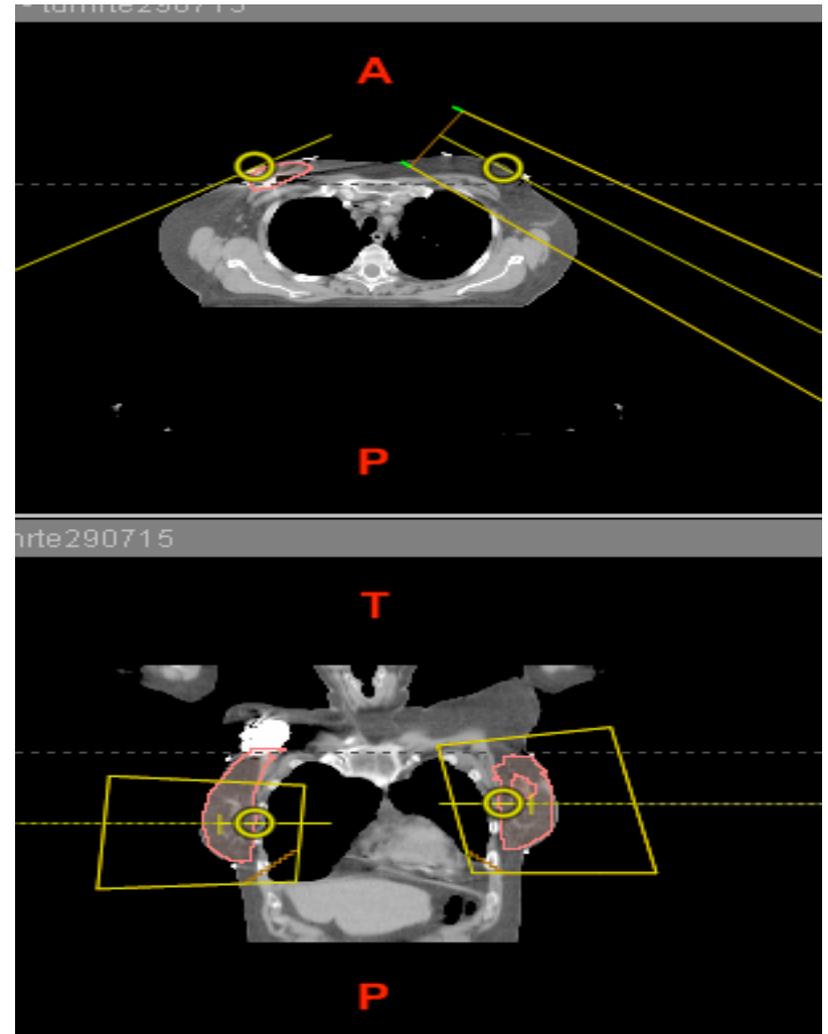
# Madame Me, 70 ans

- Appel au cardiologue :
  - En arrêt maladie, pas d'info. sur le type de défibrillateur implanté
- Mais la dépendance au défibrillateur chez notre patiente est totale (ablation du faisceau de His)
- Donc précaution maximale +++

# Madame Me, 70 ans

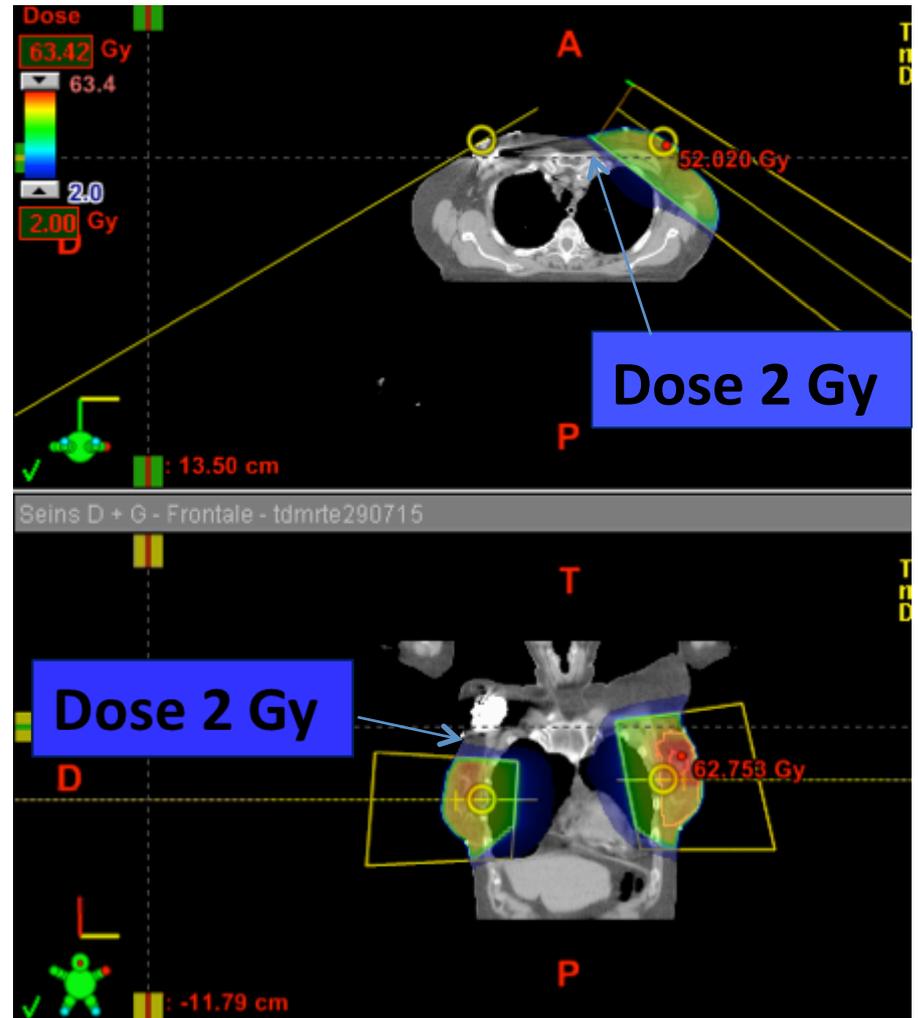
Décision de ne pas irradiier les chaînes ganglionnaires à gauche

Et de ne réaliser qu'une irradiation partielle du sein à droite



# Madame Me, 70 ans

- Résultat dosimétrique permettant de bien traiter le sein gauche
- Et une partie du sein droit
- Dose au pacemaker < 2 Gy



# Madame Me, 70 ans

Fin de  
radiothérapie

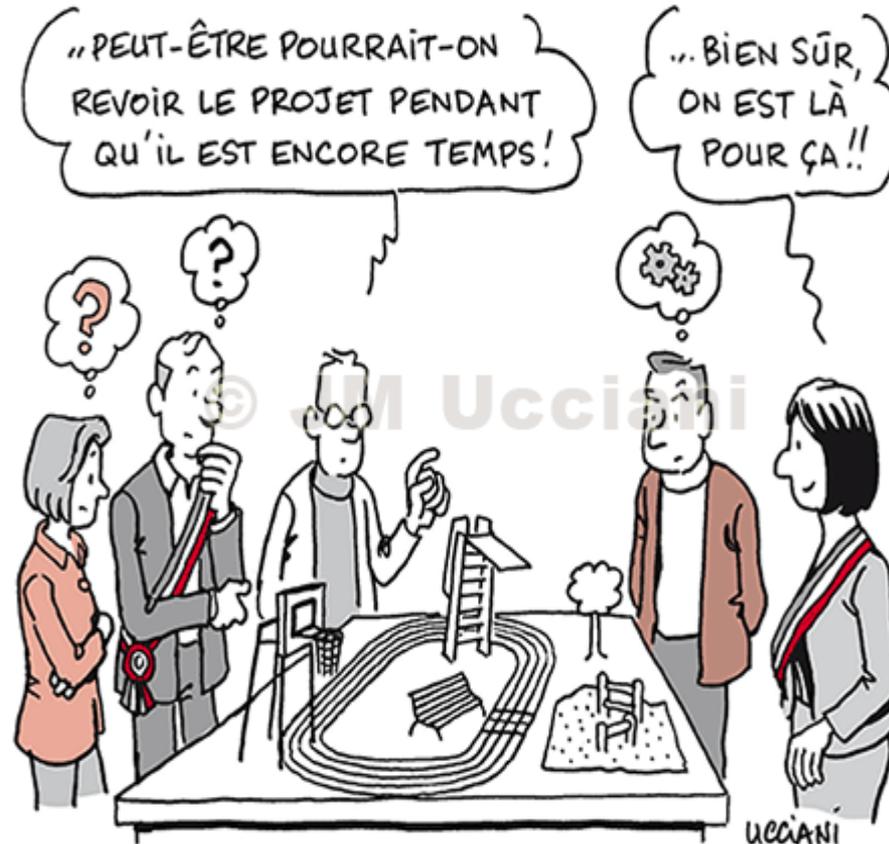


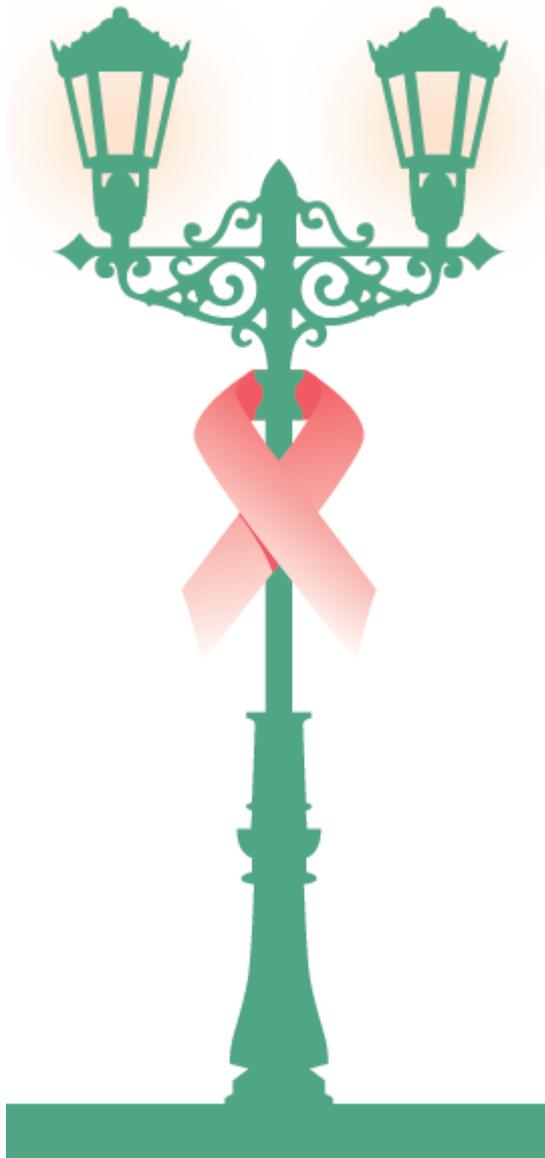
# Madame Me, 70 ans

- **Quelles solutions auraient pu être proposées ?**
  - Déplacement du boîtier du Pacemaker au moment de la chirurgie
  - Mastectomie droite évitant ainsi la radiothérapie du sein droit
  - Irradiation partielle per-opératoire au niveau du sein droit

# Madame Me, 70 ans

Importance de la concertation pluridisciplinaire !





Je me ligue  
contre le cancer

CONTRE  
LE CANCER

**LA LIQUE**  
101  
comités

*pour la vie*

**OCTOBRE  
ROSE** avec  
D.O.C.31

Prévention du  
cancer du sein

Asadir

EMP  
Espace