

# BULLETIN 1

*Editorial* : par Lucien Piana

*Dossier* : Le cancer de la femme de plus de 70 ans

*Avis* : sur l'utilisation diagnostique de l'IRM dans le dépistage du cancer du sein

## **Editorial**

Fondée en 1977, à Strasbourg, à l'initiative de Charles-Marie Gros, la Société Française de Sénologie et de Pathologie Mammaire a depuis longtemps acquis une pleine maturité. Composée de près de 350 membres, elle est un exemple démonstratif de pluridisciplinarité naturelle pour une pathologie d'organe.

Dès son origine, la Société s'est donnée pour vocation essentielle l'enseignement de la sénologie (néologisme harmonieux préféré par Charles-Marie Gros au terme académique de mastologie). Des journées annuelles ont été consacrées de façon alternée à de grands thèmes spécifiques et à la formation médicale continue.

Dans l'intervalle, des cours, attestations et diplômes universitaires ont été dispensés sous son patronage dans les diverses disciplines concernées.

Au-delà de cette mission fondamentale qui doit être maintenue et toujours améliorée, il est apparu que la SFSPM jusqu'alors confidentielle, devait adopter une démarche de communication.

Par le vaste champ de compétences de ses membres, la Société est la mieux placée pour donner des avis pertinents sur les problèmes de politique de santé, à l'attention des institutionnels et de la presse. Cette communication extérieure doit suivre l'actualité sénologique et être par essence épisodique.

A l'opposé, une communication interne, permanente, sera orientée vers ses membres : événements scientifiques ou professionnels et « pensée sénologique » de la Société.

Ce bulletin de liaison où sont écrites ces lignes en sera l'organe officiel. Chacun pourra s'y exprimer. Le conseil d'administration et le conseil scientifique récemment renouvelé et étoffé, émettront des avis et des recommandations. Nous comptons sur la motivation de tous pour qu'il devienne un mode d'échange privilégié et convivial entre les membres de la Société.

## **Le cancer de la femme de plus de 70 ans**

*Conférence d'Experts, Avignon 1997*

Après avoir consulté l'Anaes et en l'absence de protocole officiel pour l'organisation de conférences de consensus, les organisateurs des XIXes Journées de la Société Française de Sénologie et de Pathologie Mammaire, Daniel Serin et M. Escoute, ont réuni un groupe d'experts en fonction de leur compétence dans le domaine choisi. Cette conférence d'experts qui a utilisé la méthode du consensus démocratique permet de publier des recommandations sous forme de bonnes pratiques.

### **Guide des bonnes pratiques**

L'incidence du cancer du sein est très élevée à cet âge puisqu'elle est de l'ordre de 200 à 300 pour 100 000 et par an. Or, la durée de vie, et plus encore la durée de vie sans handicap, augmente. Guérir les cancers de la femme de plus de 70 ans est maintenant une réalité qui légitime d'en discuter les modalités de prise en charge et de tenir compte de ses particularités.

### **PRÉVENTION**

Aucune méthode de prévention primaire ne s'applique aux femmes de plus de 70 ans.

### **DÉPISTAGE MAMMOGRAPHIQUE**

L'efficacité du dépistage de masse organisé chez les femmes de 65 à 74 ans a été démontrée. Les données épidémiologiques ne sont pas favorables à un dépistage systématique après 75 ans.

- Après 75 ans le dépistage n'est pas recommandé ;
- Entre 70 et 75 ans :
  - lorsqu'il existe un dépistage organisé dans le département, il faut l'étendre à ces femmes et le coupler à une information des médecins généralistes pour orienter les patientes vers ce dépistage en tenant compte des conditions de comorbidité qui pourraient rendre non souhaitable le recours à ce dépistage.
  - lorsqu'il n'existe pas de dépistage organisé dans la région :
    - prescription individuelle d'une mammographie par le médecin traitant (sauf en cas de maladies graves plus préoccupantes),
    - toute femme de plus de 70 ans doit avoir un examen clinique annuel, éventuellement couplé à une autre action de santé publique, comme la vaccination contre la grippe.
- Le dépistage sera réalisé par une mammographie prescrite tous les 2 à 3 ans.

## DIAGNOSTIC

La conduite à tenir doit être la même pour les femmes de plus ou de moins de 70 ans sauf dans certaines conditions très défavorables liées à des comorbidités qui rendent tout traitement impossible.

Les lésions rencontrées sont plus facilement identifiables (soit bénignes et anciennes, soit malignes) que chez les femmes jeunes.

– Conduite à tenir devant un symptôme :

- interrogatoire et examen clinique ;
- la mammographie est l'examen complémentaire de première intention ;
- l'échographie n'est prescrite que si le diagnostic n'est pas évident et si ses résultats sont susceptibles de modifier la stratégie thérapeutique ;
- les indications de cytologie ou de microbiopsies guidées sont les mêmes qu'avant 70 ans. Elles dépendent des difficultés diagnostiques ou des stratégies thérapeutiques adoptées. Elles permettent de réduire le nombre des biopsies chirurgicales pour anomalie bénigne ;
- les microbiopsies peuvent permettre d'acquérir l'histologie et parfois d'évaluer les récepteurs hormonaux sans risque majeur.

– Conduite à tenir devant une anomalie intraclinique :

Dans le cas d'une anomalie infraclinique la démarche diagnostique reste la même que pour les femmes plus jeunes :

- devant une opacité, on réalisera une échographie avec une sonde de haute fréquence. La possibilité de kyste est rare et dans ce cas, on peut recourir à la ponction échoguidée ou sous stéréotaxie ;
- dans tous les cas, si le diagnostic reste indéterminé, il est souhaitable de réaliser des microbiopsies percutanées ou une exérèse chirurgicale.

## TRAITEMENT LOCOREGIONAL

### *Chirurgie*

L'âge ne doit pas constituer à lui seul une limitation au traitement chirurgical. Les médecins anesthésistes jouent un rôle de premier plan dans l'évaluation des comorbidités. Leurs constatations doivent être confrontées aux risques propres entraînés par le cancer. En l'absence de contre-indication, le traitement chirurgical doit être le même que celui qui serait adopté chez une femme plus jeune.

- Traitement de la tumeur
  - Le traitement conservateur est possible si la radiothérapie l'est aussi. La chimiothérapie néo-adjuvante utilisée seulement dans un but de conservation du sein ne doit être envisagée qu'en cas de demande expresse de la patiente et si elle est

médicalement possible. L'hormonothérapie néo-adjuvante est possible. Si les pathologies associées empêchent l'anesthésie générale, l'exérèse reste possible sous anesthésie locale, y compris la mastectomie simple.

- Curage axillaire

Le curage axillaire doit toujours être pratiqué jusqu'à 80 ans. Au-delà il faut tenir compte des bénéfices attendus de ce geste et des conséquences défavorables éventuelles qu'il peut avoir surtout s'il existe déjà un handicap fonctionnel. En option, il est possible de s'en passer en cas de tumeur TINO, SBR 1 ou 2 et RE +. Dans ce cas, il ne sera fait ni curage ni radiothérapie.

### *Radiothérapie*

– En l'absence de comorbidité importante

- La chirurgie a été conservatrice :
  - si le curage axillaire a été fait, on réalisera une radiothérapie classique ;
  - si le curage n'a pas été réalisé, on envisagera en outre une radiothérapie axillaire sauf pour les tumeurs TINO, SBR 1 et RE +
- la chirurgie a comporté une mastectomie :
  - si la tumeur mesurait moins de 4 cm, était externe et le curage N- : pas de radiothérapie ;
  - dans les autres cas, la radiothérapie sera réalisée. Les champs irradiés tiendront compte de la situation de la tumeur et de l'état de l'aisselle ;
  - si la patiente a plus de 80 ans, on ne proposera pas de radiothérapie sauf si le risque de rechute locorégionale est très élevé ;
  - la radiothérapie hypofractionnée est une option selon les conditions médico-sociales.

– Comorbidité importante

Dans le cas de comorbidité importante, on envisagera un traitement associant radiothérapie hypofractionnée et tamoxifène.

### *Reconstruction*

La patiente doit être informée de son existence. Il faut peser les risques d'anesthésies multiples. Il faut privilégier les techniques les moins lourdes : prothèses, lambeaux de grand dorsal.

## **TRAITEMENTS MEDICAUX ADJUVANTS**

La décision médicale doit être prise par une équipe pluridisciplinaire :

– Évaluation

- médicale

Sur le plan général, cette évaluation est faite par les anesthésistes.

Une évaluation spécifique doit être faite pour la prescription des médicaments sur les plans rénal et cardio-vasculaire. Chez les patientes asymptomatiques, le bilan d'extension ne sera réalisé que si ses résultats peuvent conduire à des indications thérapeutiques particulières..

- sociale et psychologique

On évaluera le contexte social en sachant que les meilleurs résultats sont obtenus si les malades sont accompagnées, ou si elles sont autonomes et manifestent le souhait de bénéficier d'un traitement complet.

– Indications du traitement

- adjuvant

En principe, pas de chimiothérapie adjuvante après 70 ans en dehors d'essais thérapeutiques comparant les bénéfices aux risques, en l'absence de données précises sur ces points.

L'hormonothérapie est indiquée en cas de récepteurs positifs. S'ils sont négatifs, la prescription sera décidée au cas par cas ;

- en phase métastatique

L'hormonothérapie est le traitement de première ligne sauf en cas de :

- rechute survenue sous hormonothérapie ;
- métastase rapidement évolutive.

En seconde ligne, on pourra utiliser les antiaromatases ou les progestatifs. Pour les indications de chimiothérapie, on prendra en compte les caractéristiques des métastases, l'état général de la patiente et la qualité de vie de la personne à traiter.

## PRISE EN CHARGE PSYCHOSOCIALE

- Psychologique

- donner la parole à la patiente et pas seulement à la famille ;
- l'informer sur la maladie ;
- surtout, lui laisser la décision ;
- respecter son intégrité et son autonomie, ce qui est parfois plus important que sa santé réelle ;
- prévenir les risques d'aggravation des problèmes psychopathologiques et les diagnostiquer tôt.

- Sociale

- recenser les solidarités sociofamiliales et les capacités de prise en charge locales ;
- apprécier les ressources financières.

- Traitement de la douleur

- évaluer la douleur, son type, son intensité et son impact ;
- faciliter l'expression de cette douleur ;
- expliquer les traitements ;
- respecter les paliers de l'OMS pour la prescription des antalgiques ;
- ne pas sous-traiter ni sur-traiter la douleur en adaptant les posologies en fonction des variations biologiques ;
- limiter et prévenir les effets secondaires ;
- préserver l'autonomie et la vigilance.

## SURVEILLANCE

L'attitude doit être la même que chez les femmes de moins de 70 ans :

- interrogatoire ;
- examen clinique locorégional et général ;
- mammographie annuelle ;
- examen gynécologique annuel en cas de traitement par le tamoxifène.

Échographie endovaginale seulement en présence de symptômes (métrorragies).

## ***Avis sur l'utilisation diagnostique de l'IRM dans le dépistage du cancer du sein***

La Société Française de Sénologie et de Pathologie Mammaire, réunie lors de son congrès à Avignon les 9 et 10 octobre 1997, tient à définir sa position vis-à-vis d'un article paru dans Le Figaro du 7 août 1997, sous la signature de Marc Gozlan.

Cet article montre que l'imagerie par résonance magnétique (IRM) permet de faire le diagnostic de bénignité ou de malignité d'anomalies cliniques ou radiologiques du sein par la mise en évidence d'une néo-angiogénèse.

Des chiffres ont été cités : « Une sensibilité de 98 %, une spécificité de 67 %, ce qui fait dire que, si l'IRM est normale, on est sûr à 98 % qu'il n'y a pas de cancer. »

Actuellement, cette affirmation est inexacte pour les petites lésions et en outre elle jette un discrédit injustifié sur le dépistage du cancer du sein tel qu'il est pratiqué dans tous les pays du monde par le seul test fiable actuellement disponible de façon courante qui est la mammographie.

Il est probable que l'IRM occupera à l'avenir une place plus importante pour le diagnostic des maladies du sein. Vouloir la généraliser aujourd'hui dans le cadre du dépistage et du diagnostic précoce serait une démarche prématurée, antiscientifique et irréaliste.

Le discrédit porté à la mammographie ne se justifie ni sur le plan des résultats, ni sur le plan de l'éthique, pouvant réduire la motivation et aggraver l'angoisse des femmes invitées au dépistage radiologique du cancer du sein.