

PRISE EN CHARGE CHIRURGICALE DES CANCERS DU SEIN CHEZ LA FEMME AGÉE

DR GODFROY MARINE

PH GYNÉCOLOGIE

CHIC QUIMPER



ETAT DES LIEUX

48.2% de
patiente dépistée
dans le cadre du
dépistage
organisé (50-74
ans) en 2023

Incidence cancer du
sein France (2023)

• 61 214 nouveaux cas par
an



Age moyen de
survenue 64
ans (2023)

12146 décès par
an (2018)

88% survie à 5 ans
(2010-2015)

ETAT DES LIEUX

- **30% K SEIN SURVIENNENT > 70 ANS**
- ARRÊT DU DÉPISTAGE ORGANISÉ À 74 ANS
SOUVENT ACCOMPAGNÉ D'UN ARRÊT DU SUIVI
- DIAGNOSTIC PLUS TARDIF
- **ENJEU MÉDICAL IMPORTANT ++**
 - DIAGNOSTIC EFFECTUÉ PAR MED GÉ < 5%
AU- DELÀ DE 75 ANS
 - DIAGNOSTIC PAR PATIENTE ELLE-MÊME ET
SOUVENT PLUS TARDIF
 - **ERRANCE DIAGNOSTIQUE**

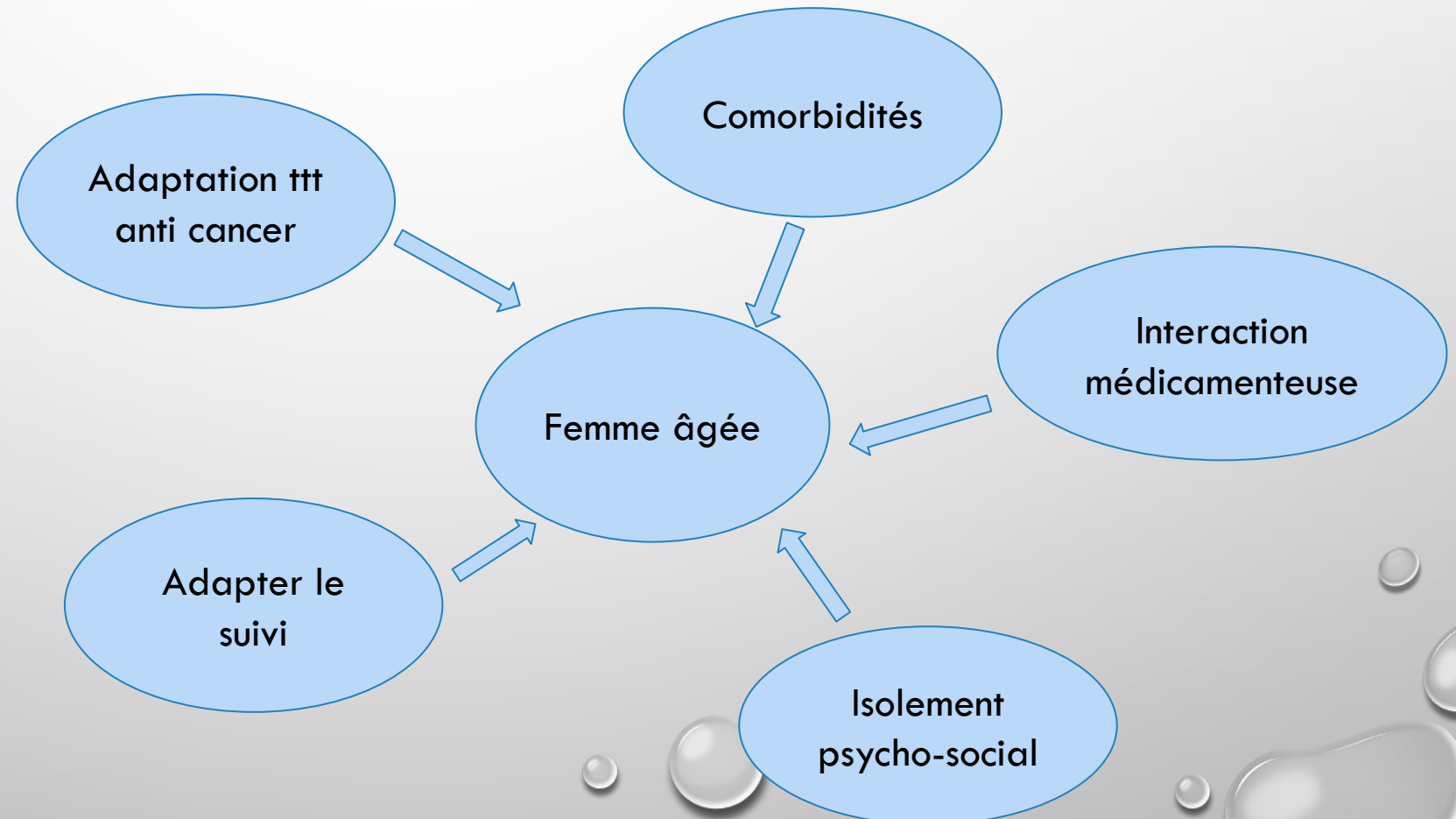


PRISE EN CHARGE GLOBALE

- LA PRISE EN CHARGE CHIRURGICALE S'INSCRIT DANS LE CADRE D'UNE PRISE EN CHARGE PLUS GLOBALE

BUT:

- Augmenter espérance de vie
- Sans augmentation de la morbidité du geste opératoire
- ☐ ONCOGERIATRIE (G8-Oncodage)



SCORES ONCOGÉRIATRIQUES

Questionnaire G8

Le questionnaire G8 est un outil de dépistage gériatrique qui permet aux oncologues d'identifier, parmi les patients âgés atteints de cancer, ceux qui devraient bénéficier d'une évaluation gériatrique approfondie. Cet outil a été validé dans le cadre de l'essai ONCODAGE promu par l'Institut National du Cancer. La généralisation de son utilisation est inscrite dans l'action 23.4 du Plan Cancer 2009-2013.

1 - 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 ?

- ☐ Anorexie sévère
- ☐ Anorexie modérée
- ☐ Pas d'anorexie

2 - Perte récente de poids (< 3 mois)

- ☐ Perte de poids > 3 kg
- ☐ Ne sait pas
- ☐ Entre 1 et 3 Kg
- ☐ Pas de perte de poids

3 - Motricité

- ☐ Du lit au fauteuil
- ☐ Autonome à l'intérieur
- ☐ Sort du domicile

4 - Problèmes neuropsychologiques

- ☐ Démence ou dépression sévère
- ☐ Démence ou dépression modérée
- ☐ Pas de problème psychologique

5 - Indice de masse corporelle

CALCULER VOTRE IMC

IMC = poids / taille²

- ☐ IMC < 19
- ☐ 19 ≤ IMC ≤ 21
- ☐ 21 ≤ IMC < 23
- ☐ IMC ≥ 23

6 - Prend plus de 3 médicaments

- ☐ Oui
- ☐ Non

7 - Le patient se sent-il en meilleure ou moins bonne santé que la plupart des personnes de son âge ?

- ☐ Moins bonne
- ☐ Ne sait pas
- ☐ Aussi bonne
- ☐ Meilleure

8 - Age

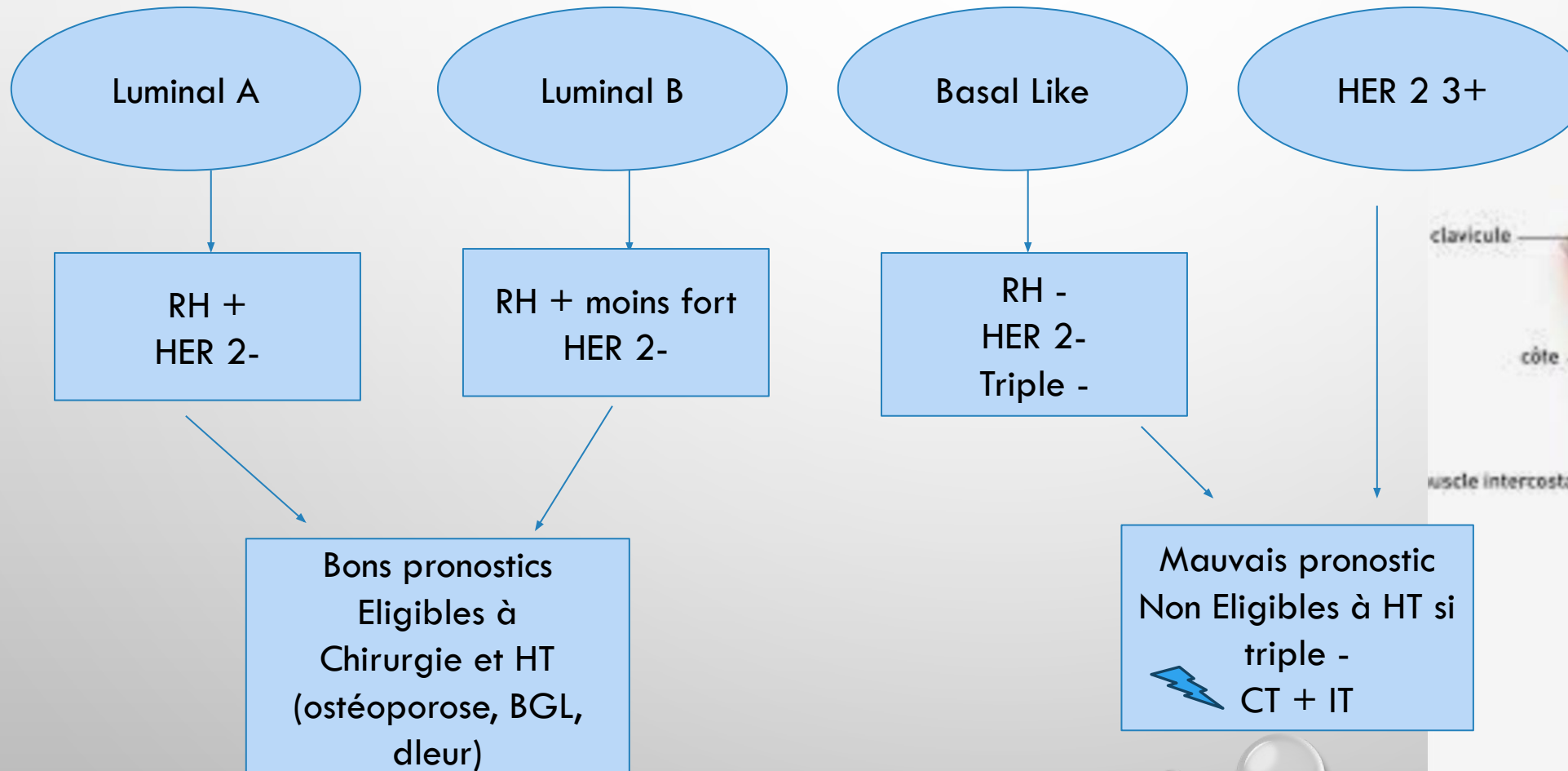
- ☐ < 80 ans
- ☐ 80-85 ans
- ☐ > 85 ans

Veuillez remplir les 8 questions précédentes pour obtenir votre score

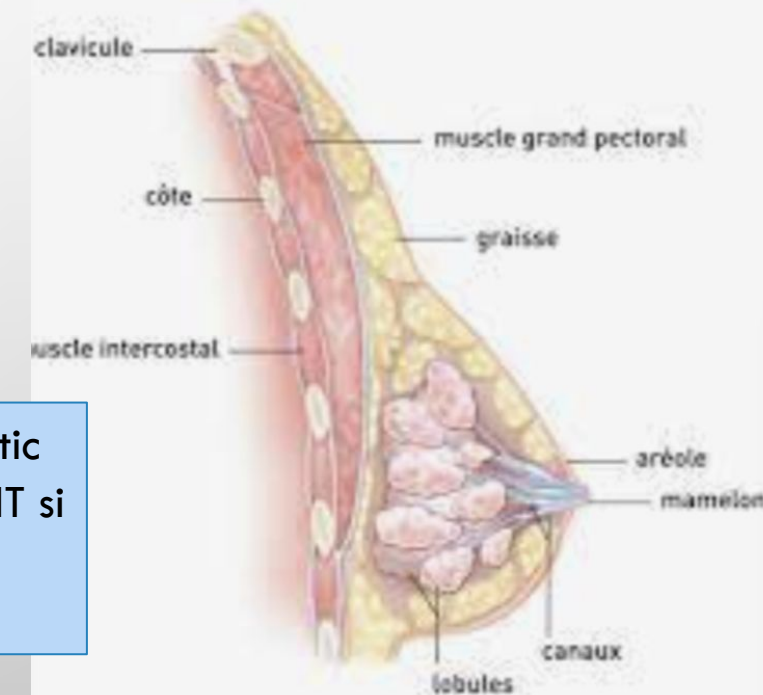
Score = 17

- ☐ >14 PEC standard
- ☐ < 14 avis gériatrique spécialisé

COMPRENDRE LA CHIRURGIE = COMPRENDRE LES SOUS TYPES TUMORAUX

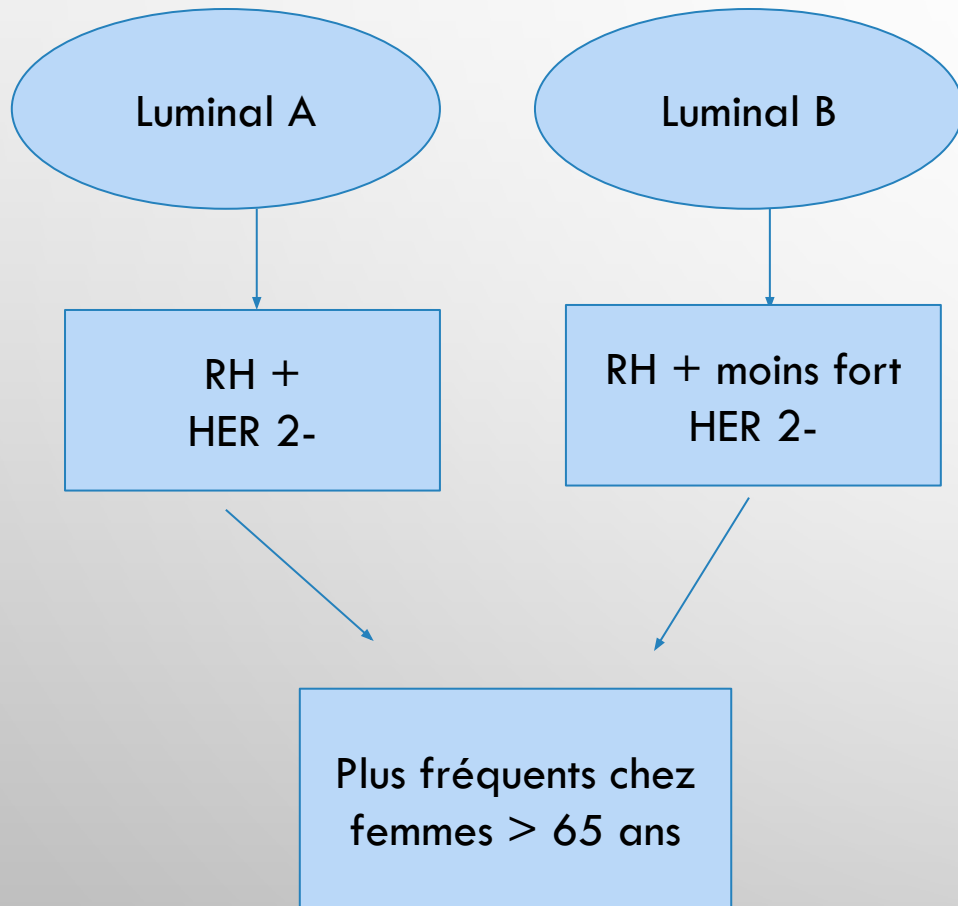


La structure du sein



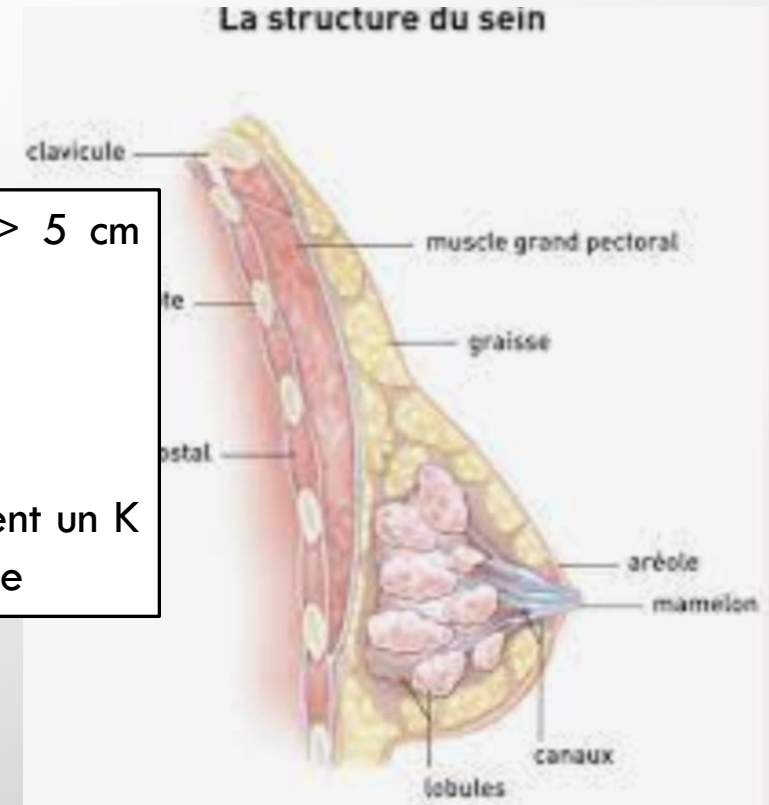
A part le CCIS, ttt chir +/- RTE

COMPRENDRE LA CHIRURGIE = COMPRENDRE LES SOUS TYPES TUMORAUX



- Mais Plus de stades T3 > 5 cm (négligence)
- Moins de N+
- 48% des > 65 ans auraient un K sein d'emblée métastatique

Pb: Chirurgie d'emblée ou après ttt néo adjuvant



TRAITEMENTS ADJUVANTS- NEO ADJUVANTS

ETUDE ASTER 70S

OBJECTIF PRINCIPAL:

- **ÉVALUER L'EFFICACITÉ, SUR LA SURVIE GLOBALE, D'UN TRAITEMENT DE CHIMIOTHÉRAPIE POST-OPÉRATOIRE EN CAS D'AGRESSIVITÉ DE LA TUMEUR INITIALE (GRADE GÉNOMIQUE ÉLEVÉ) :**
 - **CHIMIOTHÉRAPIE + HORMONOTHÉRAPIE VERSUS HORMONOTHÉRAPIE SEULE**
- 1089 PATIENTES RANDOMISÉES PRÉSENTANT UNE **TUMEUR RH+ HER 2-** DE **HAUT GRADE GÉNOMIQUE** (SBR III > PT2, N+) RANDOMISÉES EN DEUX GROUPES :
 - CHIMIOTHÉRAPIE ET UNE HORMONOTHÉRAPIE APRÈS LA CHIRURGIE,
 - HORMONOTHÉRAPIE SEULE.
- SUIVI MÉDIAN : 5,8 ANS
- ÂGE MÉDIAN DE 75 ANS.
- RÉSULTATS: PAS DE BÉNÉFICE SIGNIFICATIF SUR OS ENTRE LES 2 GROUPES DE PATIENTES SUR TUMEURS RH + HER 2- DE HAUT GRADE.

PRISE EN CHARGE CHIRURGICALE SEIN: TRAITEMENT CONSERVATEUR

- TUMORECTOMIE
 - TOUJOURS RTE ADJUVANTE POUR LIMITER LE RISQUE DE RÉCIDIVE LOCALE À 5 ANS
- CONSERVATION GLANDE MAMMAIRE AVEC DIMINUTION LÉGÈRE DU VOLUME
- CONSERVATION DU MAMELON
 - SAUF SI TUMEUR RÉTRO ARÉOLAIRE OU SI PAGET ASSOCIÉ
- DÉTERMINER VOL TUMORAL//VOL MAMMAIRE (BONNET +)
- EN GÉNÉRAL PT1-2 , LUMINAL A-B / CCIS LOCALISÉ OU AGRESSIVES DE PETITES TAILLES, UNIFOCAL
- REPÉRAGE PRÉ OPÉATOIRE SI NON PALPABLE
 - POSÉ EN RADIOLOGIE AVANT LE GESTE

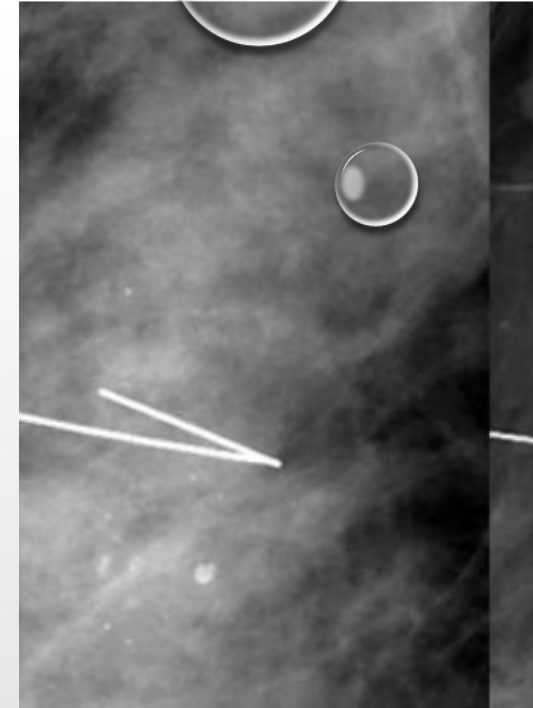
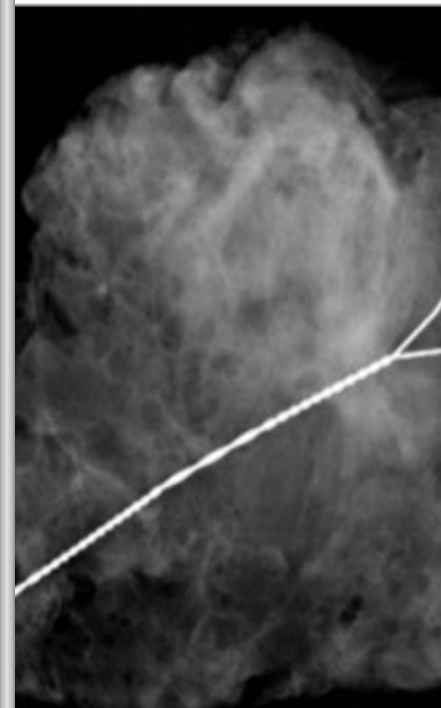


La chirurgie mammaire conservatrice



PRISE EN CHARGE CHIRURGICALE SEIN: TRAITEMENT CONSERVATEUR

- **REPÉRAGE PRÉ OPÉRATOIRE SI NON PALPABLE**
 - POSÉ EN RADIOLOGIE AVANT LE GESTE CHIRURGICAL
 - AIDE LE CHIRURGIEN (« FIL D'ARIANE »)
 - EN REGARD LÉSION RADIOLOGIQUE OU CLIP POSÉ AU DÉCOURS DE LA MACRO BIOPSIE (CALCIFICATIONS)
- **GUIDE MÉTALLIQUE SOUS AL**
 - POSE ÉCHO GUIDÉE
- **RADIOGRAPHIE DE PIÈCE PER OPÉRATOIRE**
 - POUR GUIDER LES REPRISES DE BERGES PER OPÉRATOIRE SELON QUALITÉ DE RÉSECTION INITIALE

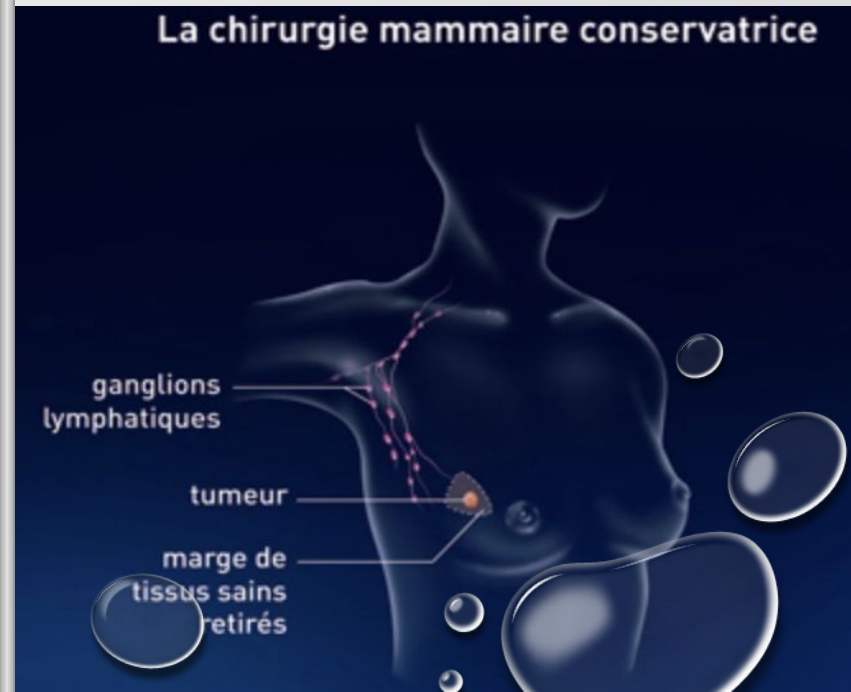
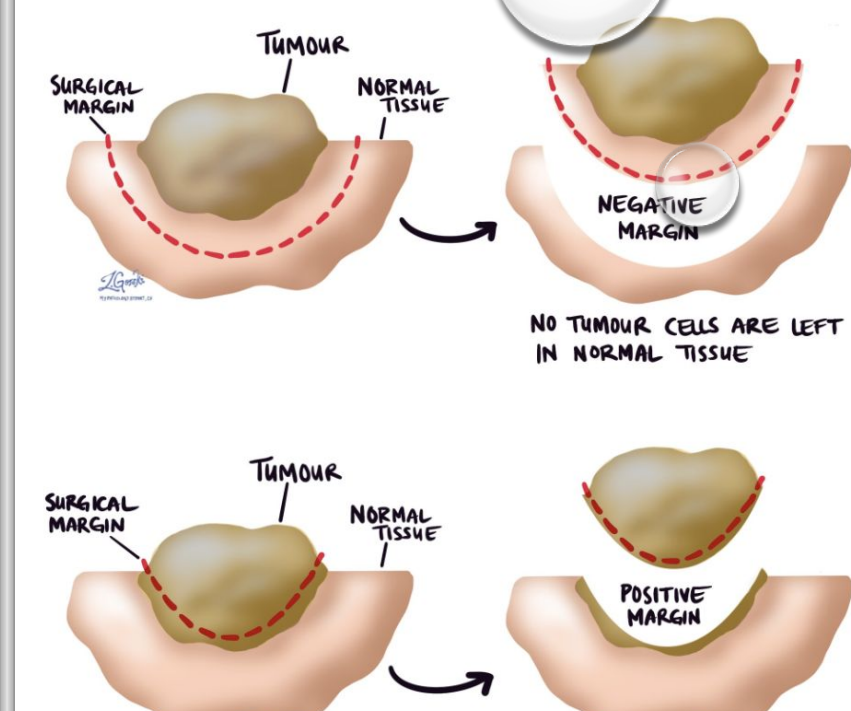


PRISE EN CHARGE CHIRURGICALE APRÈS TUMORECTOMIE: MARGES TUMORALES

- HISTOLOGIE DE LA PIÈCE OPÉRATOIRE POUR APPORTER QUALITÉ DE LA RÉSECTION CHIRURGICALE

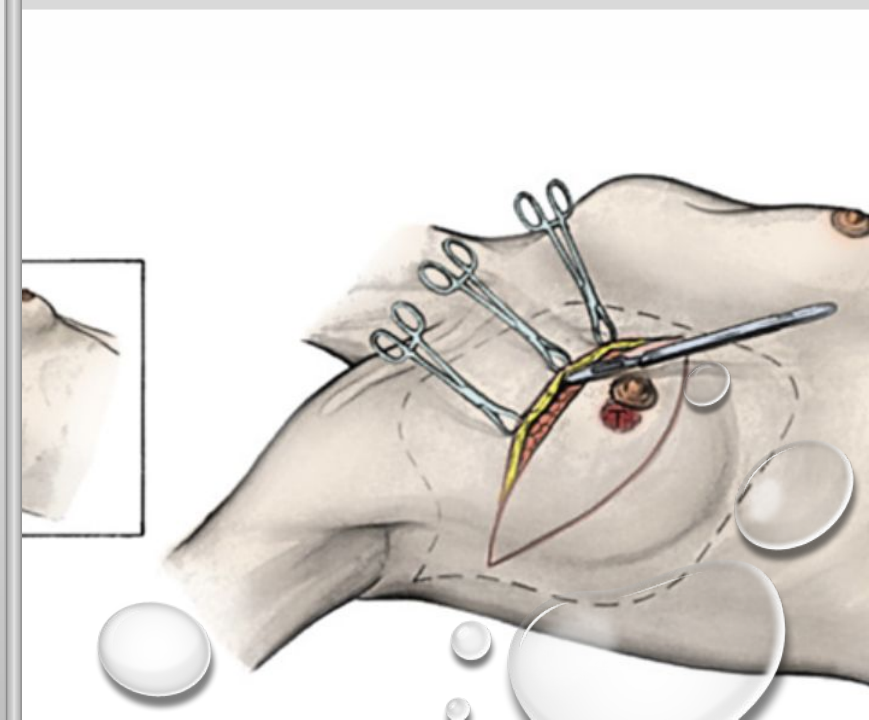
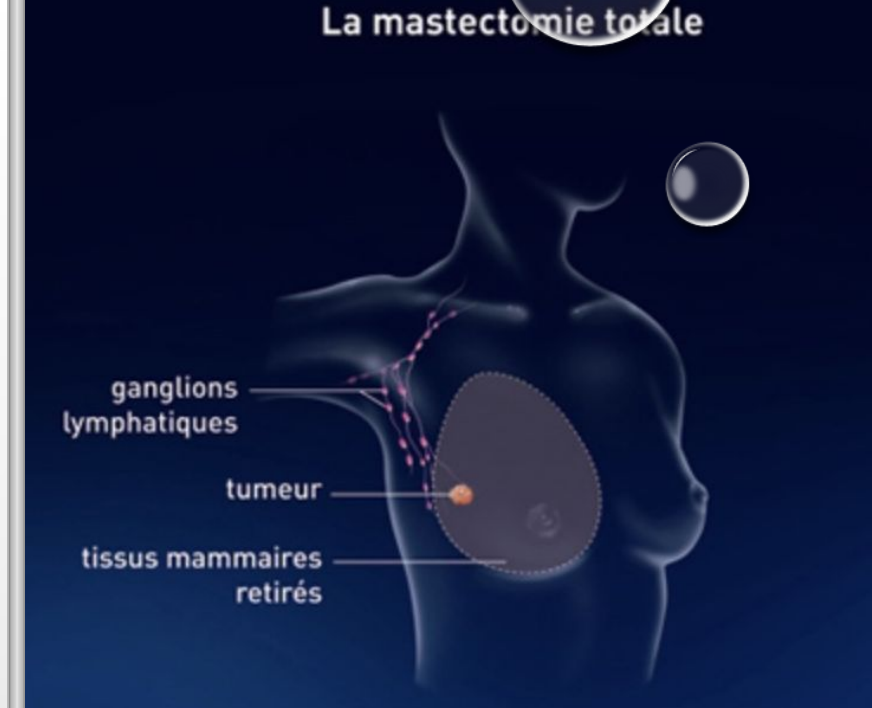
- APRÈS CCIS
 - MARGES 2 MM
- APRÈS CANCER INFILTRANT
 - BERGES DE RÉSECTION SAINES (PAS DE MARGES AU CONTACT)

- VALIDATION POST OPÉRATOIRE EN RCP



PRISE EN CHARGE CHIRURGICALE SEIN: MASTECTOMIE

- **TUMEUR AGRESSIVE ET ETAT GÉNÉRAL ALTÉRÉ OU AGE AVANCÉ**
 - SANS POSSIBILITÉ DE TTT ADJUVANT
 - MASTECTOMIE DITE DE « PROPRETÉ » CAR RISQUE D'ÉVOLUTION LOCALE OU MÉTASTATIQUE ÉLEVÉ
 - EVITE LES SOINS LOCAUX PAR IDE
 - PANSEMENTS ALGINATES SI SUINTEMENT
 - NECROSE CUTANÉE
 - DOULEURS SELON LOCALISATIONS (RÉTO ARÉOLAIRE)
- **SOUHAIT PATIENTE POUR ÉVITER RTE**
- **TUMEURS MULTIFOCALES – SEIN INFLAMMATOIRE**
- **TAILLE TUMORALE ÉLEVÉE** // VOLUME MAMMAIRE SANS POSSIBILITÉ DE TTT ADJUVANT



PRISE EN CHARGE CHIRURGICALE DU CREUX AXILLAIRE

- **DÉSESCALADE THÉRAPEUTIQUE** CHEZ PATIENTES NO CLINIQUE ET RADIOLOGIQUES T1-2.
 - PLACE DU **GANGLION SENTINELLE (TC 99M +/- BLEU PATENTÉ)**
 - FAIBLE MORBIDITÉ
 - DIMINUE LE RISQUE DE LYMPHOÈDEME DU MB SUPÉRIEUR
 - ESSAI ACOSOG Z0011 ÉLARGI LA PLACE DU GS

Indication du CA d'emblée

Patiente cN+ clinique ou écho (2 GG suspects)

T4

SEIN INFLAMMATOIRE

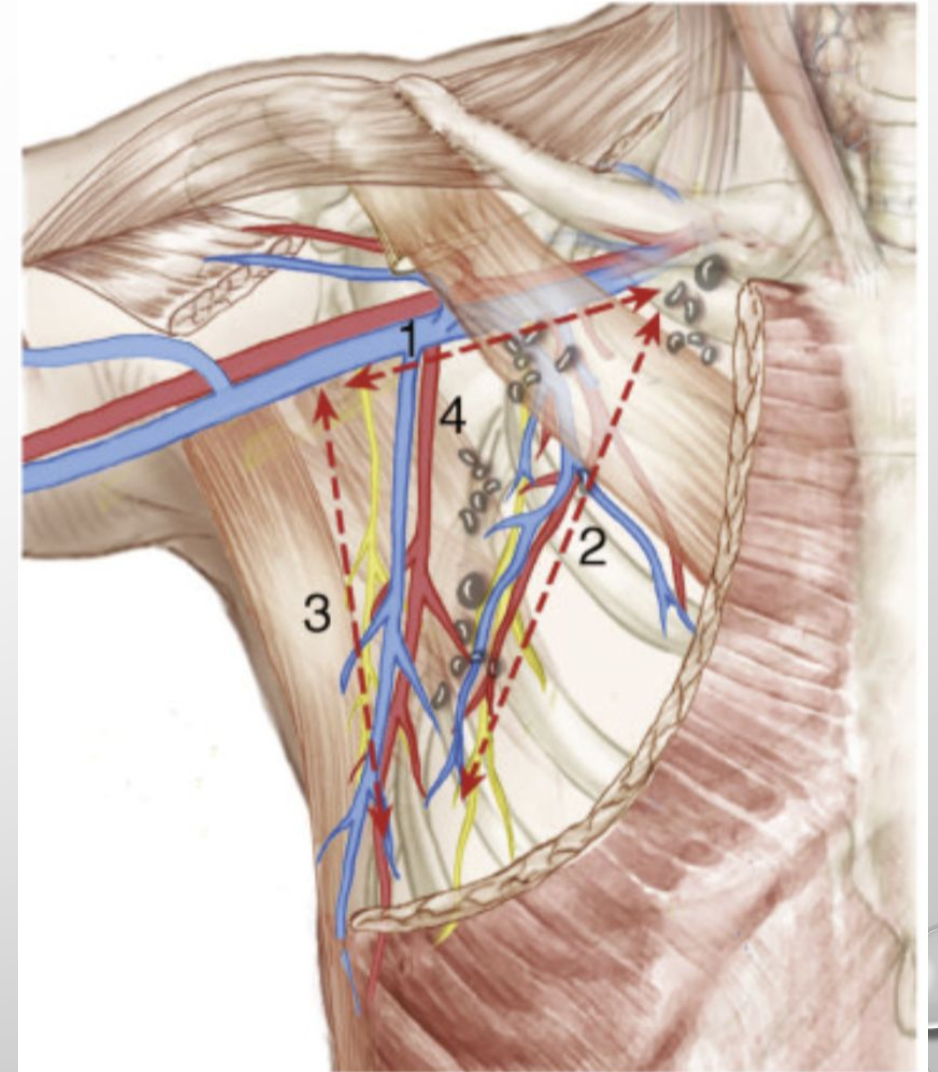
POST CNA (si N+ initial - Résultats GANEA)

Indication du CA complémentaire en cas de GS +

Absence de CA si GS + :

Si ≤ 2 GS macrométastatiques
et Absence de rupture capsulaire
et T1, T2

et Traitement conservateur
et Radiothérapie adjuvante
et Traitement adjuvant systémique

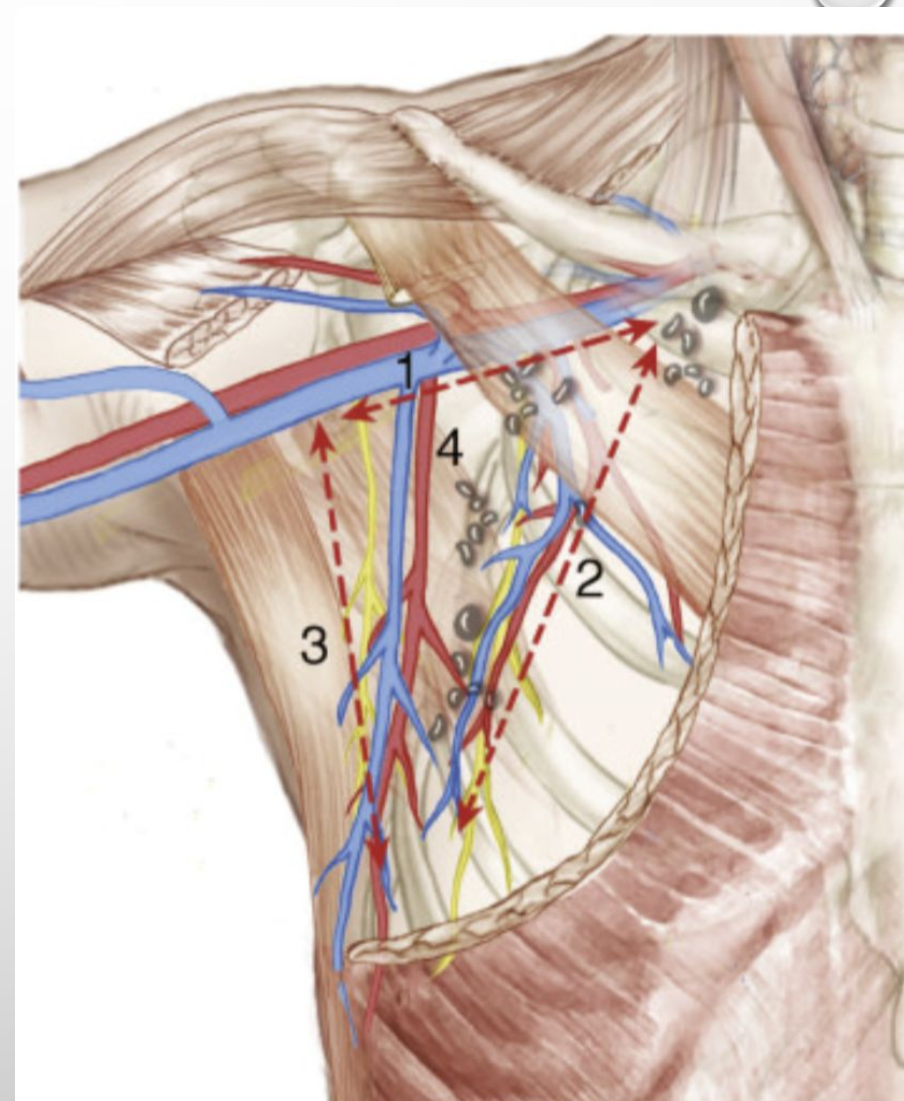


PRISE EN CHARGE CHIRURGICALE DU CREUX AXILLAIRE

Intérêt du CA complémentaire en cas de GS pos ACOSOG Z0011 – IBCSG 23-01

	ACOSOG Z0011	IBCSG 23-01
	phase 3 randomisée 1999-2004	phase 3 randomisée 2001-2010
critère jugement (non infériorité)	survie globale	survie sans récive
Inclusions	T1-2 N0 ≤ 2GS + en HES ttt conservateur + Rxttt	T1-2 N0 pN1 mic
Nb de patientes	856	931
CA / pas de CA	420-436	464-467
radiothérapie	toutes	98% (CA) - 97% (pas CA)
chimiothérapie	96% (CA) - 97% (pas CA)	95% (CA) - 97% (pas CA)
hormonothérapie		
suivi médian	6,3 ans	5 ans
Evènements	SG : 94 52 (CA) - 42 (pas de CA)	SSR : 124 69 (CA) - 55 (pas de CA)

Giuliano et al. JAMA 2011
Galimberti et al. Lancet Oncol 2013



essai ACOSOG Z0011

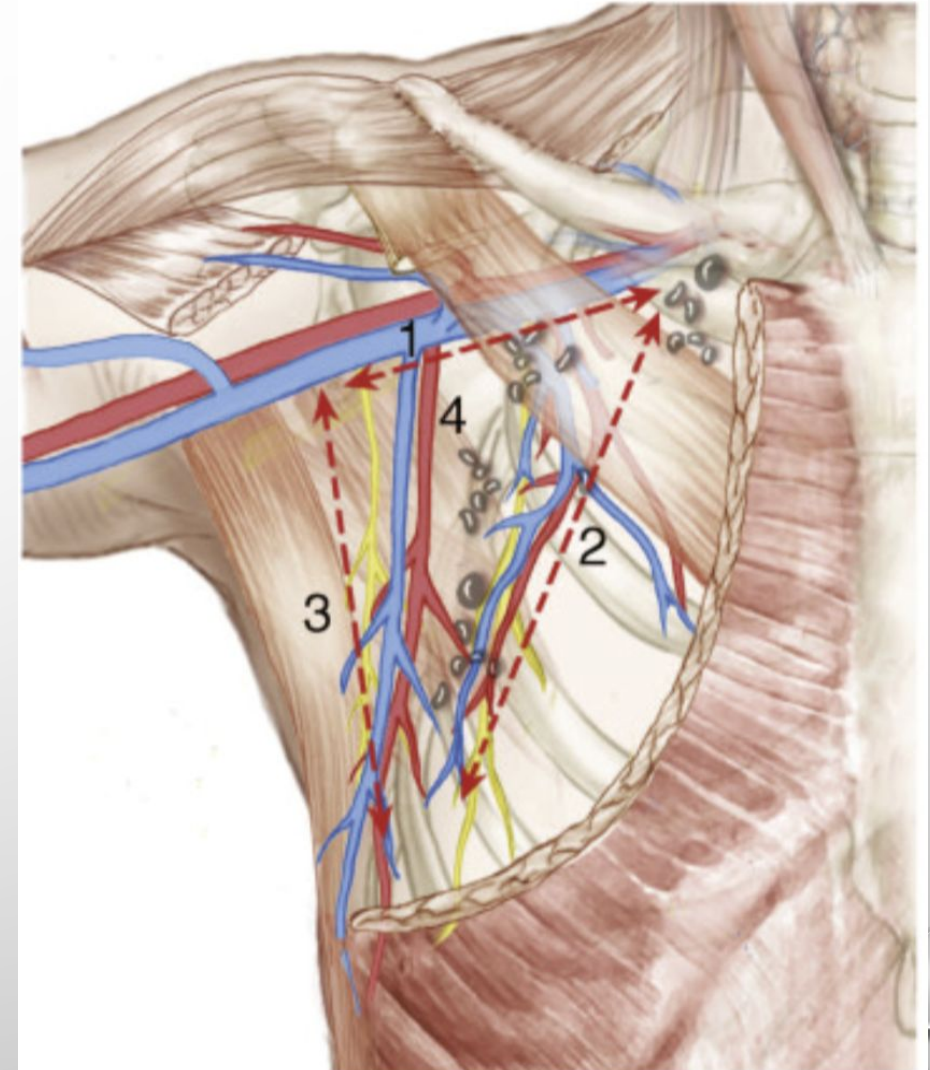
PRISE EN CHARGE CHIRURGICALE DU CREUX AXILLAIRE

Les récidives axillaires après GS pos sont rares malgré un taux de GNS+ résiduel élevé

† après GS positif sans CA :

- GS macrométastatiques
→ **ACOSOG Z0011** :
 - **27,3% de GNS +**
 - Récidives axillaire : **0,9%** (GS) vs 0,5% (CA) à 6,3 ans
1,5% (GS) vs 0,5% (CA) à 9,2 ans
- GS micrométastatiques
→ **IBCSG 23-01** :
 - **13% de GNS +**
 - Récidives axillaire : **1%** (GS) vs 0,2% (CA) à 5 ans

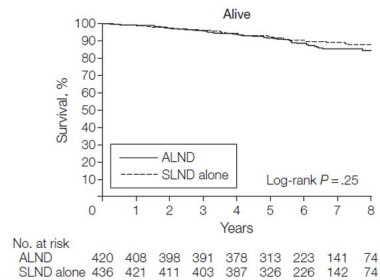
Giuliano et al. JAMA 2011
Galimberti et al. Lancet oncol 2013
Giuliano et al. Ann Surg 2016



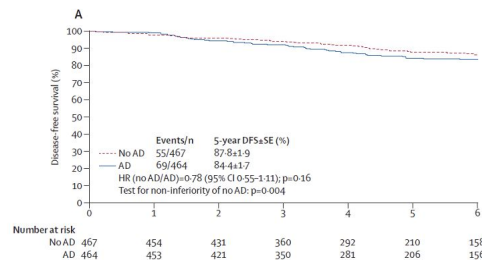
PRISE EN CHARGE CHIRURGICALE DU CREUX AXILLAIRE

Intérêt du CA complémentaire en cas de GS pos ACOSOG Z0011 – IBCSG 23-01

	ACOSOG Z0011			IBCSG 23-01		
	CA	pas de CA	p	CA	pas de CA	p
Récidives axillaires	0,5%	0,9%	NS	0,2%	1%	NS
Survie globale	91,8%	92,5%	0,25	97,6%	97,5%	0,73
Survie sans récidives	82,2%	83,9%	0,14	84,4%	87,8%	0,16



- **SG** (suivi médian de 6,3 ans)
 - CA : 91,8% (95%IC : 89,1-94,5)
 - GS : 92,5% (95%IC : 90,0-95,1)



- **SSR** (suivi médian de 5 ans)
 - CA : 84,4% (95%IC : 80,7-88,1)
 - GS : 87,8% (95%IC : 84,4-91,2)

Giuliano et al. JAMA 2011; Galimberti et al. Lancet Oncol 2013

Intérêt du CA complémentaire en cas de GS pos ACOSOG Z0011 – résultats à 10 ans (1)

† **taux de récidives axillaires & LR équivalents** entre CA vs GS seul

Comparison of 10-Year Regional Recurrence to Initial 5-Year Report

	Nodal recurrence	
	By 5 yrs	By 10 yrs
ALND	2 (0.5%)	2 (0.5%)
SLND	4 (0.9%)	5 (1.5%)

Only one additional regional recurrence was seen after 5 years

Most LRR were seen in the first 5 years

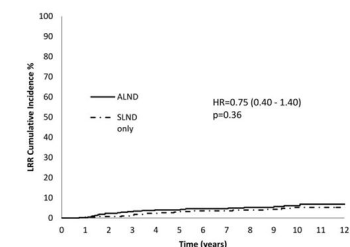
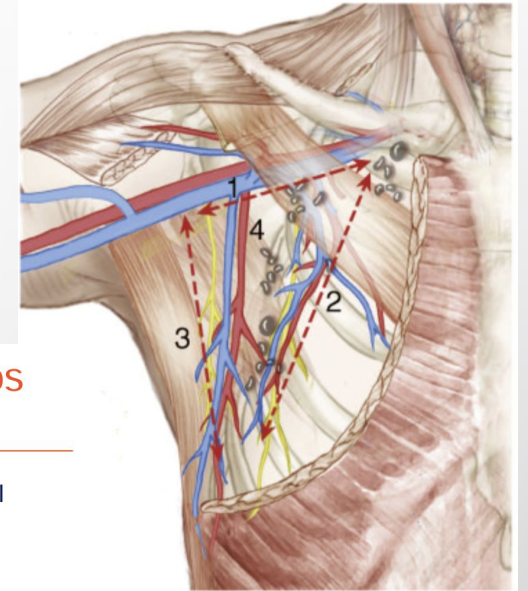


FIGURE 2. Cumulative incidence of locoregional recurrence by treatment arm.

- Récidives axillaires 0,5% (CA) vs 1,5% (GS)
- Récidives loco-régionales 6,2% (CA) vs 5,3% (GS)

- Facteurs prédictifs de récidives locorégionales (analyse multivariée) :
 - grade SBR élevé, RH neg, taille tumorale
 - mais pas macro vs micrométastase, ni CA vs GS seul

Giuliano et al. Ann Surg 2016 ; ASCO 2016



PRISE EN CHARGE CHIRURGICALE SOUS ANESTHÉSIE LOCALE PURE

- PERSONNES AGÉES > 80 ANS
- ETAT GÉNÉRAL ALTÉRÉ
- CONTRE-INDICATION À L'ANESTHÉSIE GÉNÉRALE
- PEUT CONCERNER LA GLANDE MAMMAIRE ET LE CREUX AXILLAIRE
 - INFILTRATION SOUS CUTANÉE DE BICARBONATES + XYLOCAINE
 - SÉDATION
 - DISSECTION DU PLAN SOUS CUTANÉ ET PECTORAL, PLUS SIMPLE SI MASTECTOMIE (MARGES)
- TRÈS BONNE ANALGÉSIE POST OPÉRATOIRE
- MÊME SURVIE SANS RÉCIDIVE À 5 ANS (CHONGSHAN GU ET AL 2022)



PRISE EN CHARGE CHIRURGICALE: COMPLICATIONS POST OPÉRATOIRES

- HÉMATOME SURTOUT CHEZ
PATIENTES SOUS ANTICOAGULANTS
 - MT > TUMORECTOMIE
 - RELAI AVEC HBPM S/C
- TROUBLES DE CICATRISATION
- TROUBLES SENSITIFS, DOULEURS
- SUR INFECTION DU SITE OPÉRATOIRE
- REPRISE CHIRURGICALE
- LYMPHOCÈLE
 - RÉSOLUTIF PAR PONCTION
ÉVACUATRICE ++



PRISE EN CHARGE CHIRURGICALE: RECONSTRUCTION

- ONCOPLASTIE = CICATRICE ESTHÉTIQUE
- SELON QUADRANT ET VOLUME MAMMAIRE



Quadrant Inf, T inversé

Risque désunion ++ éviter chez > 70 ans



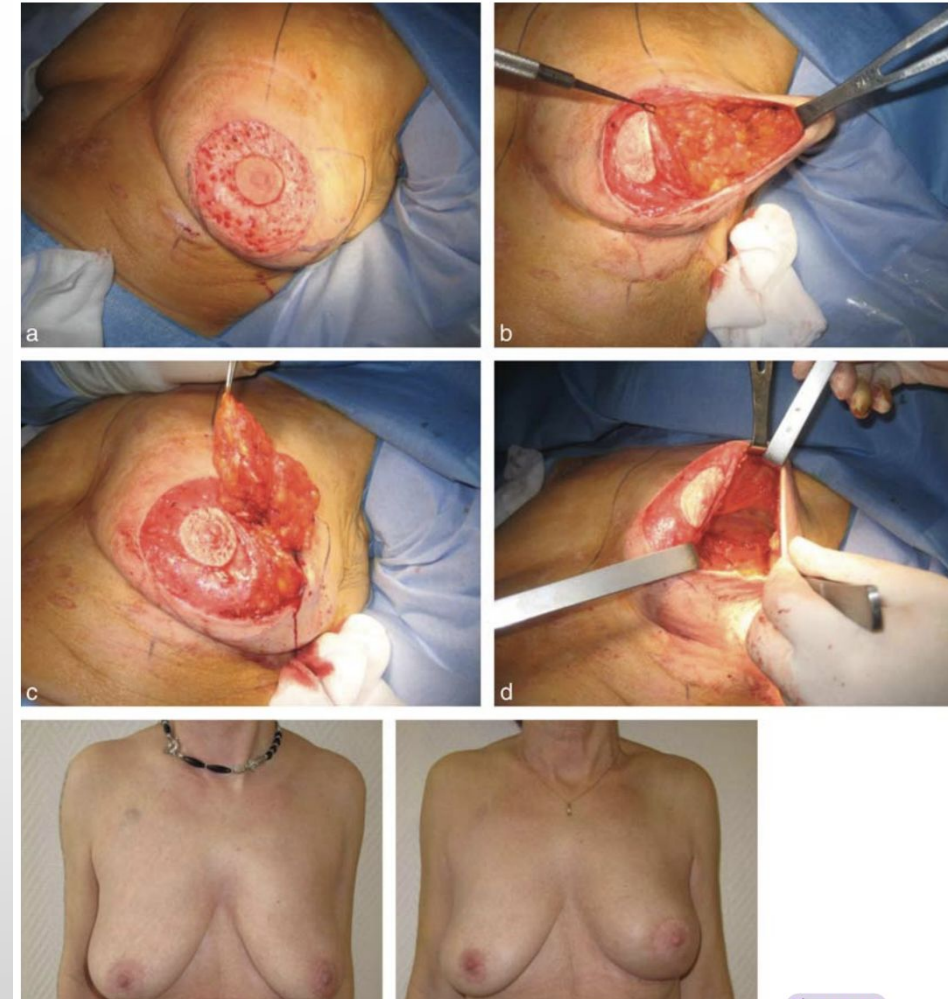
Plastie Externe - Dufourmontel

Lésion Q externe

PRISE EN CHARGE CHIRURGICALE: RECONSTRUCTION



Péri aréolaire ou OMEGA le plus fréquent ++



Round Block, lésion plus haut située, décollement plus large

PRISE EN CHARGE CHIRURGICALE: RECONSTRUCTION

- **LA RECONSTRUCTION EST MOINS SOUHAITÉE PAR LA PATIENTE AGÉE**
 - MODIFICATION DE L'IMAGE CORPORELLE
 - COMORBIDITÉS
 - ASTHÉNIE
 - ISOLEMENT
- **ONCOPLASTIE**
 - SEULEMENT 10% CHEZ LES > 65 ANS
 - EVITER LES TECHNIQUES À RISQUE DE COMPLICATIONS CICATRICIELLES OU HÉMATOME (T INVERSÉ)
 - SINON RÉSULTAT ESTHÉTIQUE SANS PLUS DE RISQUE
 - EVITE L'INCISION MAMMAIRE DIRECTE



PRISE EN CHARGE CHIRURGICALE: RECONSTRUCTION

- **PLACE DE LA RECONSTRUCTION MAMMAIRE**

- IMMÉDIATE = DANS LE MÊME TEMPS OPÉRATOIRE ET AVANT TOUT TRAITEMENT ADJUVANT
- DIFFÉRÉ = A DISTANCE DU PREMIER TEMPS THÉRAPEUTIQUE

- **SÉLECTION DES PATIENTES**

- POUR NE PAS RETARDER LES TRAITEMENTS ADJUVANTS SI NECESSAIRES SECONDAIREMENT
- POUR ÉVITER UN TAUX DE COMPLICATIONS ÉLEVÉ (DÉPOSE DE PROTHÈSE, INFECTION, HÉMATOME, DÉSUNION, NÉCROSE)

PRISE EN CHARGE CHIRURGICALE: RECONSTRUCTION

- PEU D'ÉTUDES DANS LA LITTÉRATURE

- *BABIN ET AL 2017, I. BERGONIÉ*, PLUS GROSSE SÉRIE FR CHEZ > 70 ANS (540 PATIENTES)
 - 4.7% DE RECONSTRUCTION APRÈS MT SANS PLUS D'EFFET SECONDAIRE
- DANS POPULATION GÉNÉRALE 6.1% > 60 ANS BÉNÉFICIENT D'UNE RECONSTRUCTION
 - *OH ET AL 2016*

- TISSUS AUTOLOGUES

- **LIPOMODELAGE**
- **LAMBEAU DE GRAND DORSAL**
- **DIEP**

- **PROTHÈSES - EXPANDEUR**



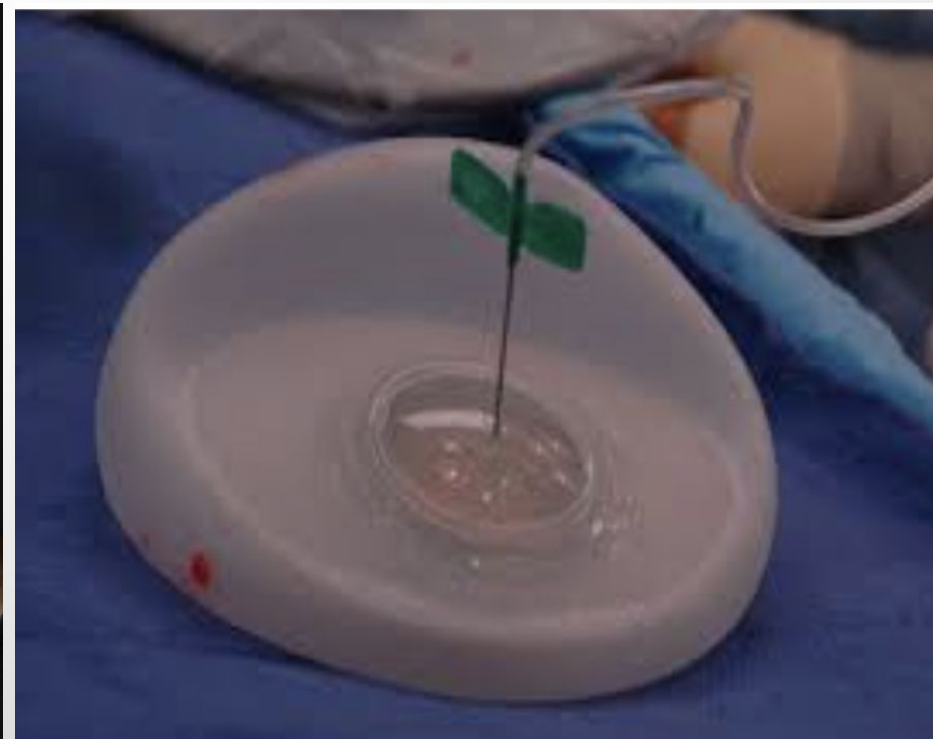
PRISE EN CHARGE CHIRURGICALE: RECONSTRUCTION



Prothèse mammaire
Externe



Prothèse mammaire
silicone

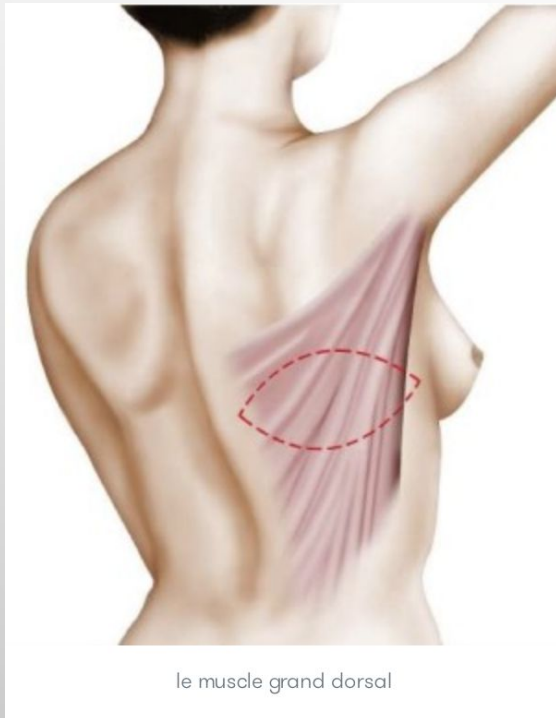


Expandeur

PRISE EN CHARGE CHIRURGICALE: RECONSTRUCTION



PRISE EN CHARGE CHIRURGICALE: RECONSTRUCTION



Lambeau de grand dorsal

2 cicatrices, 1 zone de prélèvement dorsale et une zone de transposition mammaire

PLACE DE L'INTRABEAM

- INDICATIONS
 - TUMEUR T1 < OU = 20 MM
 - OU T2 < OU = 30 MM
 - AGE > 50-60 ANS
 - LUMINAL A RH+
 - NO MO
- 1 FRACTION DE 20 GY DÉLIVRÉ DANS LE LIT DE TUMORECTOMIE PER OP.
- FAIBLE MORBIDITÉ
- NÉCESSITÉ D'EXAMEN EXTEMPORANNÉ PER OPÉATOIRE
- SURTOUT RISQUE DE COMPLICATIONS LOCALES POST OPERATOIRES



KINÉSITHÉRAPIE ET NUTRITION POST OPÉRATOIRE

- ENJEUX
 - RÉCUPÉRER UNE AMPLITUDE ARTICULAIRE APRÈS CHIR AXILLAIRE
 - LIMITER LES ADHÉRENCES ET LA DOULEUR
 - DRAINAGE LYMPHATIQUE
 - RKS ++
- PEC NUTRITIONNELLE
 - PARTICIPE À LA BONNE CICATRISATION
 - ALBU/PRÉ ALBU/PEC DIET



MERCI POUR VOTRE ATTENTION



Pour prendre un rendez-vous au Centre de Diagnostic Rapide des Maladies du Sein, contactez le 02 98 52 68 01

Une consultation médicale spécialisée avec un sénologue sous 48 heures afin d'assurer une prise en charge globale adaptée.