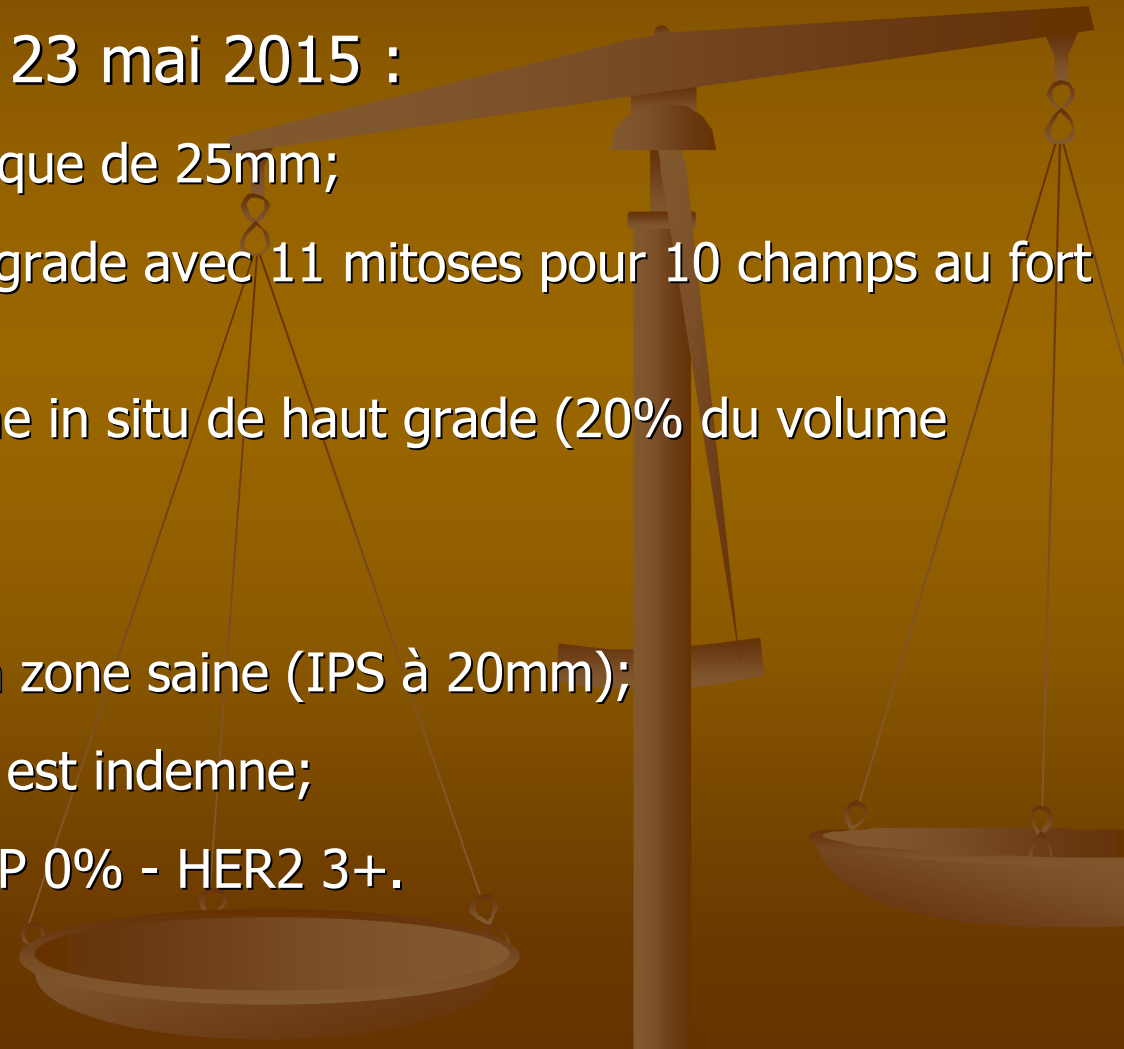


**Peut-on ne pas proposer de traitement adjuvant chez une femme âgée présentant un cancer « à risque » ?**

# CAS CLINIQUE

Madame L... Paulette, née le 23/04/1929 (86 ans), ancienne secrétaire, mariée (médecin biologiste), sans enfant.

- Bon état général (âge physiologique < 86 ans), sans antécédent, autonome (conduit);
- Découvre en avril à l'autopalpation un nodule du quadrant inféro-interne du sein droit;
- Elle consulte immédiatement : la lésion est classable T2 (3cm) N0;
- Le bilan sénologique retrouve une lésion classée ACR5 qui va faire l'objet d'une biopsie.

- 
- Carcinome infiltrant non spécifique grade 3 avec un Ki67 à 30%
  - RE : 100%    RP: 0%    HER2 3+
  - Tumorectomie + GAS le 23 mai 2015 :
    - Carcinome non spécifique de 25mm;
    - Grade 3 - MSBR haut grade avec 11 mitoses pour 10 champs au fort grossissement;
    - Associé à du carcinome in situ de haut grade (20% du volume tumoral);
    - Étendu sur 25mm;
    - Marge de résection en zone saine (IPS à 20mm);
    - Le ganglion sentinelle est indemne;
    - Rappel : RE 100% - RP 0% - HER2 3+.

# Que proposez-vous en RCP?

1. Hormonothérapie?
2. Radiothérapie?
3. chimiothérapie + Herceptin ?



# DISCUSSION



ELSEVIER

Critical Reviews in Oncology/Hematology 83 (2012) 422–431

CRITICAL REVIEWS IN

*Oncology  
Hematology*

*Incorporating Geriatric Oncology*

[www.elsevier.com/locate/critrevonc](http://www.elsevier.com/locate/critrevonc)

## Target therapy in elderly breast cancer patients

Paolo Carli <sup>a,\*</sup>, Elisa Turchet <sup>b</sup>, Daniela Quitadamo <sup>b</sup>, Antonella Spada <sup>b</sup>, Gianmaria Miolo <sup>c</sup>,  
Elda Lamaj <sup>a</sup>, Simon Spazzapan <sup>a</sup>, Vincenzo Di Lauro <sup>a</sup>, Riccardo Dolcetti <sup>d</sup>, Andrea Veronesi <sup>a</sup>,  
Diana Crivellari <sup>a</sup>

<sup>a</sup> *Division of Medical Oncology C, National Cancer Institute, Centro di Riferimento Oncologico via Franco Gallini 2, 33081 Aviano, Italy*

<sup>b</sup> *Biological Sc, Scientific Directorate, National Cancer Institute, Centro di Riferimento Oncologico via Franco Gallini 2, 33081 Aviano, Italy*

<sup>c</sup> *Division of Medical Oncology B, National Cancer Institute, Centro di Riferimento Oncologico via Franco Gallini 2, 33081 Aviano, Italy*

<sup>d</sup> *Cancer Bio-Immunotherapy Unit, National Cancer Institute, Centro di Riferimento Oncologico via Franco Gallini 2, 33081 Aviano, Italy*

Accepted 22 December 2011



Contents lists available at SciVerse ScienceDirect

## Cancer Treatment Reviews

journal homepage: [www.elsevierhealth.com/journals/ctrv](http://www.elsevierhealth.com/journals/ctrv)



### Anti-Tumour Treatment

## Trastuzumab in small tumours and in elderly women



Joan Albanell<sup>a,1</sup>, Eva M. Ciruelos<sup>b,1</sup>, Ana Lluch<sup>c,\*1</sup>, Montserrat Muñoz<sup>d,1</sup>, César A. Rodríguez<sup>e,1</sup>

<sup>a</sup> *Medical Oncology Service, Hospital del Mar, IMIM (Hospital del Mar Research Institute), Pompeu Fabra University, Barcelona, Spain*

<sup>b</sup> *Medical Oncology Service, Hospital 12 de Octubre, Madrid, Spain*

<sup>c</sup> *Haematology and Medical Oncology Service, Hospital Clínico de Valencia, Valencia, Spain*

<sup>d</sup> *Medical Oncology Service, Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, Spain*

<sup>e</sup> *Medical Oncology Service, Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca, Spain*

VOLUME 32 · NUMBER 19 · JULY 1 2014

JOURNAL OF CLINICAL ONCOLOGY

ONCOLOGY GRAND ROUNDS

# Adjuvant Chemotherapy in Older Women With Breast Cancer: Who and What?

Hyman B. Muss, *University of North Carolina, Chapel Hill, NC*

See accompanying article on page 2010



# Management of elderly patients with breast cancer: updated recommendations of the International Society of Geriatric Oncology (SIOG) and European Society of Breast Cancer Specialists (EUSOMA)

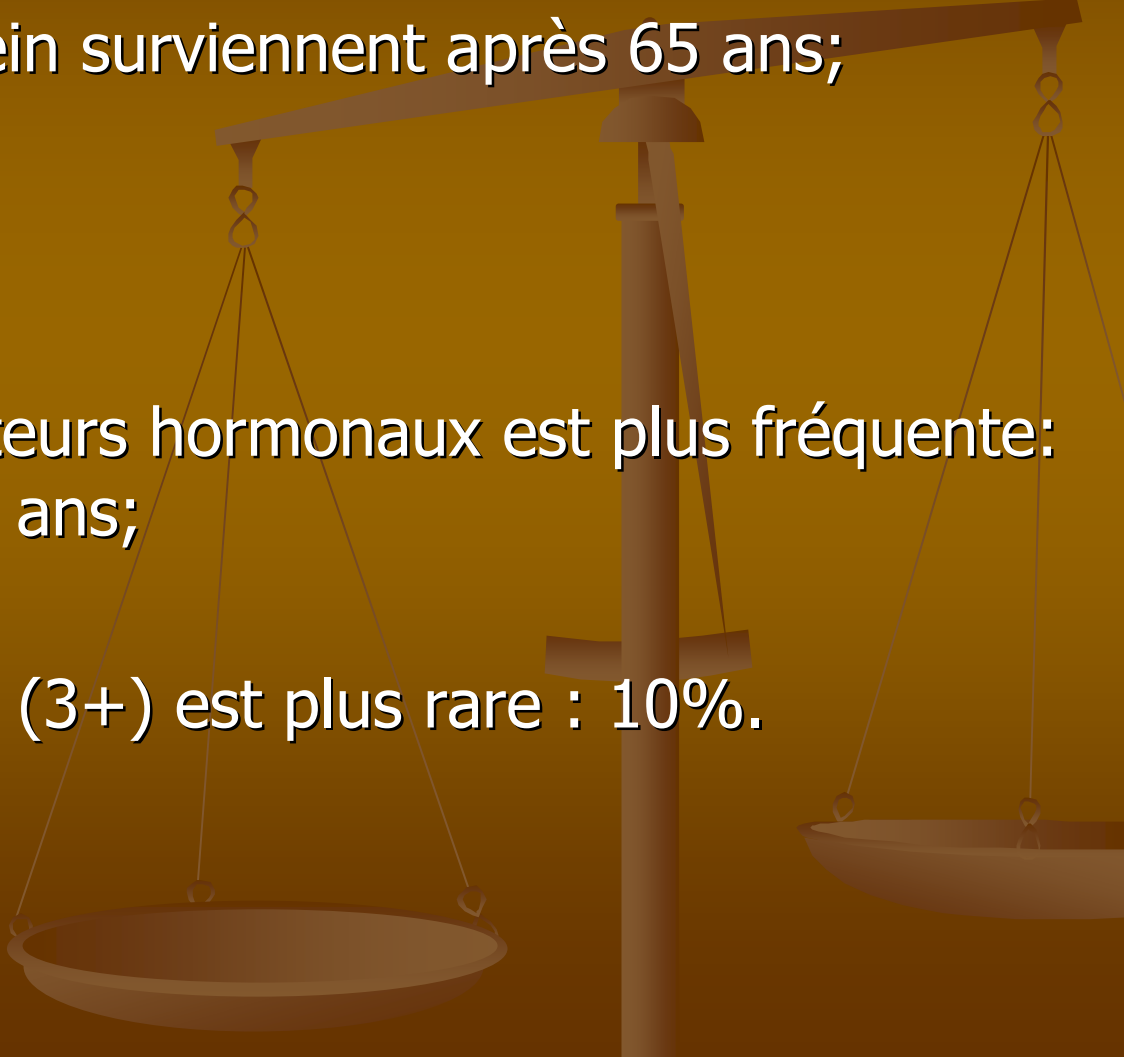
*Laura Biganzoli, Hans Wildiers, Catherine Oakman, Lorenza Marotti, Sibylle Loibl, Ian Kunkler, Malcolm Reed, Stefano Ciatto, Adri C Voogd, Etienne Brain, Bruno Cutuli, Catherine Terret, Margot Gosney, Matti Aapro, Riccardo Audisio*



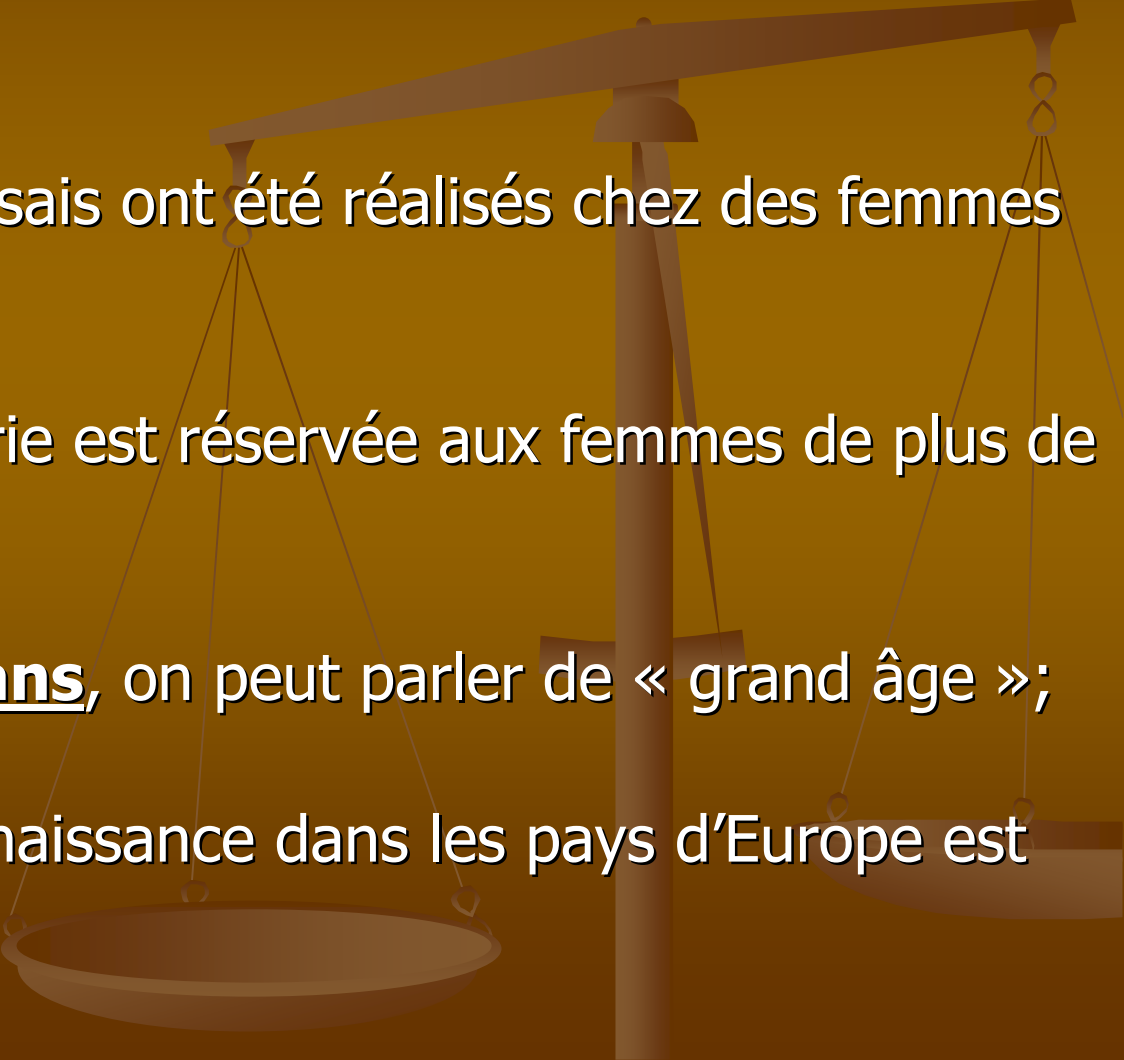
Lancet Oncol 2012; 13: e148-60



# LE CANCER DU SEIN DE LA FEMME ÂGÉE

- 50% des cancers du sein surviennent après 65 ans;
  - 35% après 75 ans;
  - La positivité des récepteurs hormonaux est plus fréquente: 85% des tumeurs à 80 ans;
  - La surexpression HER2 (3+) est plus rare : 10%.
- 

# QU'EST-CE QU'UNE FEMME ÂGÉE ?

- 60 ans : on peut entrer en maison de retraite sans dérogation;
  - 65 ans : beaucoup d'essais ont été réalisés chez des femmes de moins de 65 ans;
  - Aujourd'hui l'oncogériatrie est réservée aux femmes de plus de 70 voire 75 ans;
  - Au delà de 80 ou 85 ans, on peut parler de « grand âge »;
  - L'espérance de vie à la naissance dans les pays d'Europe est de 85 ans.
- 

# ARGUMENTS JUSTIFIANT LES DECISIONS DE LA RCP

## ■ HORMONOTHERAPIE :

Son efficacité a été montrée dans de nombreux essais, depuis longtemps, à tout âge.

### ■ Inhibiteurs de l'aromatase ou Tamoxifene?

- Les études randomisées sont en faveur des inhibiteurs de l'aromatase;
- Avec un bénéfice en PFS mais très peu en survie;
- Les toxicités sont différentes, pouvant influencer le choix;
- Les inhibiteurs de l'aromatase peuvent majorer des douleurs articulaires, engendrer une ostéoporose, des troubles métaboliques et cognitifs;
- Le Tamoxifene augmente de façon significative le risque thromboembolique.

**L'efficacité de l'hormonothérapie est cependant PLUS FAIBLE  
chez les femmes HER2 3+**

# ARGUMENTS JUSTIFIANT LES DECISIONS DE LA RCP

## ■ RADIOTHERAPIE:

**Elle ne semble pas faire objet de discussion du fait du caractère « agressif » de la tumeur.**

**- Cependant, il s'agit d'une femme très âgée:**

- dont la tumeur mesure 25 mm sans atteinte ganglionnaire;
- Le bénéfice de la radiothérapie n'est pas prouvé à cet âge;
- On ne possède pas de données sur le taux de récurrence locale chez les femmes âgées HER2 3+

**- Quel protocole proposer? -**

**- l'hypofractionnement**

dans l'étude canadienne, les femmes « âgées » étaient bien représentées (pas de différences) - 32,5 gy en 5 fractions à raison d'une fraction par semaine.

**- radiothérapie partielle du sein**

recul insuffisant. Semble intéressant chez les femmes âgées, fragiles pour supporter un traitement classique.

# ARGUMENTS JUSTIFIANT LES DECISIONS DE LA RCP

## ■ CHIMIOOTHERAPIE + HERCEPTIN (1)

Plusieurs essais ont montré le bénéfice indiscutable de cette association avec une réduction de risque de rechute d'environ 50%

- **Cependant, ces études ont été réalisées chez des femmes plus jeunes:**
  - Les femmes de plus de 60 ans ne représentent que 16% des malades;
  - Dans le PACS 04, les femmes de plus de 65 ans étaient exclues;
  - Les études montrent que l'âge n'influence pas le bénéfice obtenu;
  - Les toxicités cardiaques sont par contre plus élevées, en particulier s'il existe des comorbidités : HTA ou diabète

# ARGUMENTS JUSTIFIANT LES DECISIONS DE LA RCP

## ■ CHIMIOOTHERAPIE + HERCEPTIN (2)

### - Peut-on utiliser l'Herceptin seule, sans chimiothérapie?

- En situation métastatique, des réponses sont obtenues chez 1 malade sur 3 mais pour 2 à 3 mois seulement;
- Les recommandations de Saint Gallen en 2011 retenir cette indication chez la femme âgée fragile;
- Herceptin + hormonothérapie sans chimiothérapie :
  - En situation métastatique, l'Herceptin augmente le taux de réponse par rapport à l'hormonothérapie seule;
  - Cependant, l'hormonosensibilité des malades HER2 3+ apparaît faible;
  - L'Herceptin n'a pas l'AMM en adjuvant associée à l'hormonothérapie;
  - Des études chez des femmes très âgées seraient certainement utiles.

# ARGUMENTS JUSTIFIANT LES DECISIONS DE LA RCP

## ■ CHIMIOTHERAPIE + HERCEPTIN (3)

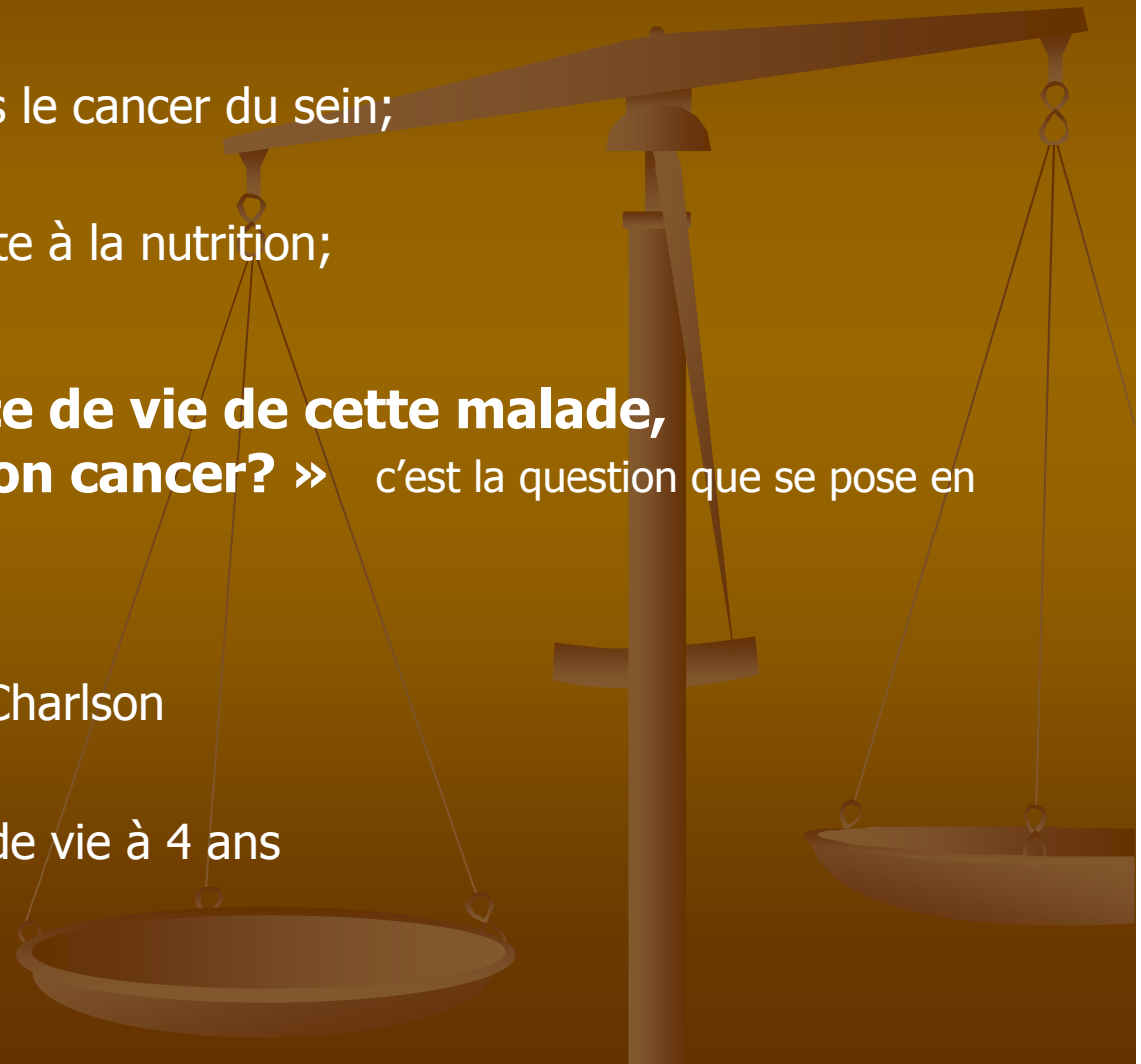
### - C'est le schéma aujourd'hui autorisé. Mais, quelle association ?

- La tendance est à ne pas utiliser les anthracyclines mais de débiter au plus tôt l'herceptin associé à un taxane;
- Chez la femme très âgée, c'est bien la chimiothérapie qui pose problème. Peut-on extrapoler les résultats obtenus chez les femmes plus jeunes?
- Le gain en survie est-il l'objectif à cet âge?
- C'est un des enjeux de L'ONCOGERIATRIE

# DEPISTAGE DE LA FRAGILITE GERIATRIQUE

## ■ G8 (oncodage)

- Son intérêt est moindre dans le cancer du sein;
- Il donne une place importante à la nutrition;
- **« Quelle est l'espérance de vie de cette malade, indépendamment de son cancer? »** c'est la question que se pose en permanence l'oncologue
- Le score de comorbidité de Charlson
- L'indice de Lee : espérance de vie à 4 ans



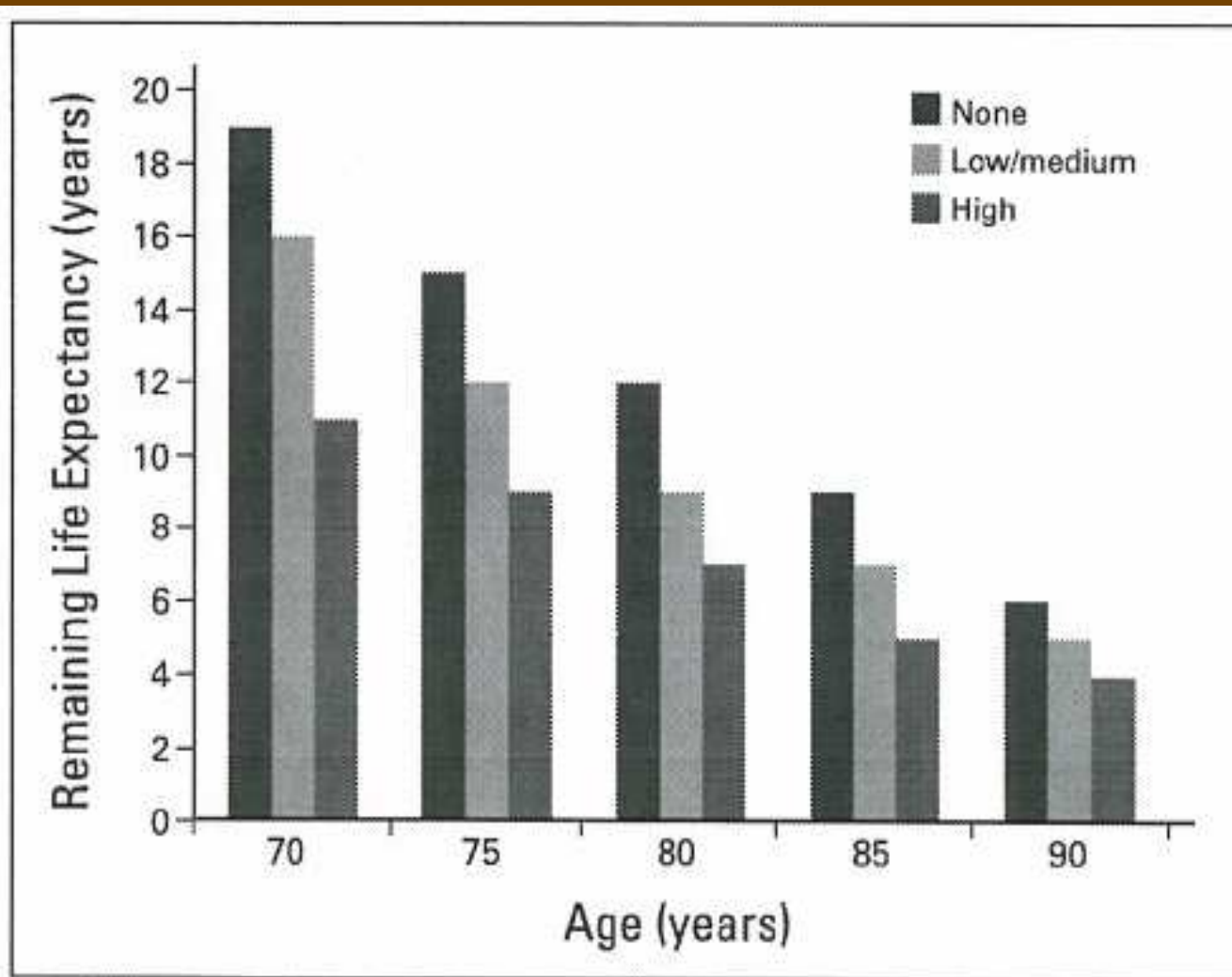


	Items	Score
A	Le patient présente-t-il une perte d'appétit ? A-t-il mangé moins ces 3 derniers mois par manque d'appétit, problèmes digestifs, difficultés de mastication ou de déglutition ?	0 : anorexie sévère 1 : anorexie modérée 2 : pas d'anorexie
B	Perte récente de poids (< 3 mois)	0 : perte de poids > 3 kilos 1 : ne sait pas 2 : perte de poids entre 1 et 3 kilos 3 : pas de perte de poids
C	Motricité	0 : du lit au fauteuil 1 : autonome à l'intérieur 2 : sort du domicile
E	Problèmes neuropsychologiques	0 : démence ou dépression sévère 1 : démence ou dépression modérée 2 : pas de problème psychologique
F	Indice de masse corporelle	0 : IMC < 19 1 : IMC = 19 à IMC < 21 2 : IMC = 21 à IMC < 23 3 : IMC = 23 et > 23
H	Prend plus de 3 médicaments	0 : oui 1 : non
P	Le patient se sent-il en meilleure ou moins bonne santé que la plupart des personnes de son âge ?	0 : moins bonne 0,5 : ne sait pas 1 : aussi bonne 2 : meilleure
	Âge	0 : > 85 1 : 80-85 2 : < 80
	<b>SCORE TOTAL</b>	<b>0 – 17</b>



**Score ≤ 14 : EGS**  
Mais fonction du projet thérapeutique

## L'espérance de vie est liée aux comorbidités



**Fig 1.** Estimated life expectancy by age and comorbidity level (none, low/medium, or high). Data adapted.<sup>3</sup>

# CANCER DU SEIN DE LA FEMME ÂGÉE

## Les souhaits des patientes

Une étude réalisée chez les femmes de plus de 60 ans montre que :

- 75% préfèrent mourir plutôt que de recevoir un traitement qui entraîne un déclin fonctionnel sévère;
- 89% préfèrent mourir si ce traitement entraîne une perte des fonctions cognitives.

*Les personnes âgées semblent donc désireuses d'un maintien de leur **QUALITE DE VIE.***

- on sait de plus que sur les années d'espérance de vie, il faut en moyenne compter 1,5 an en situation de dépendance physique ou psychique;
- tous les jours on entend : « J'ai fait ma vie, je souhaite rester chez moi. Le plus important c'est « avoir sa tête... »

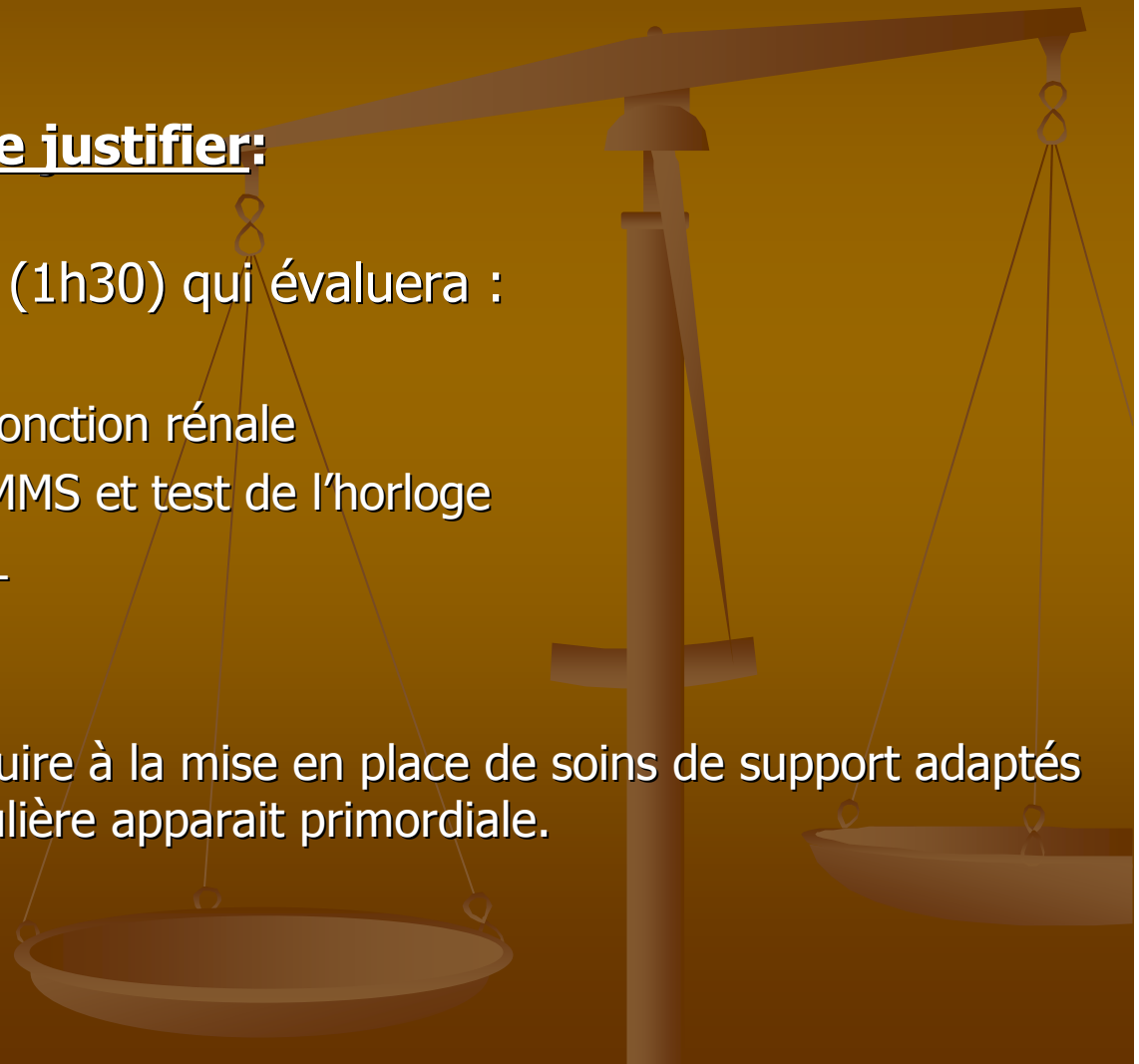
# ARGUMENTS JUSTIFIANT LES DECISIONS DE LA RCP

## ■ CHIMIOOTHERAPIE + HERCEPTIN (4)

### - Un avis gériatrique peut se justifier:

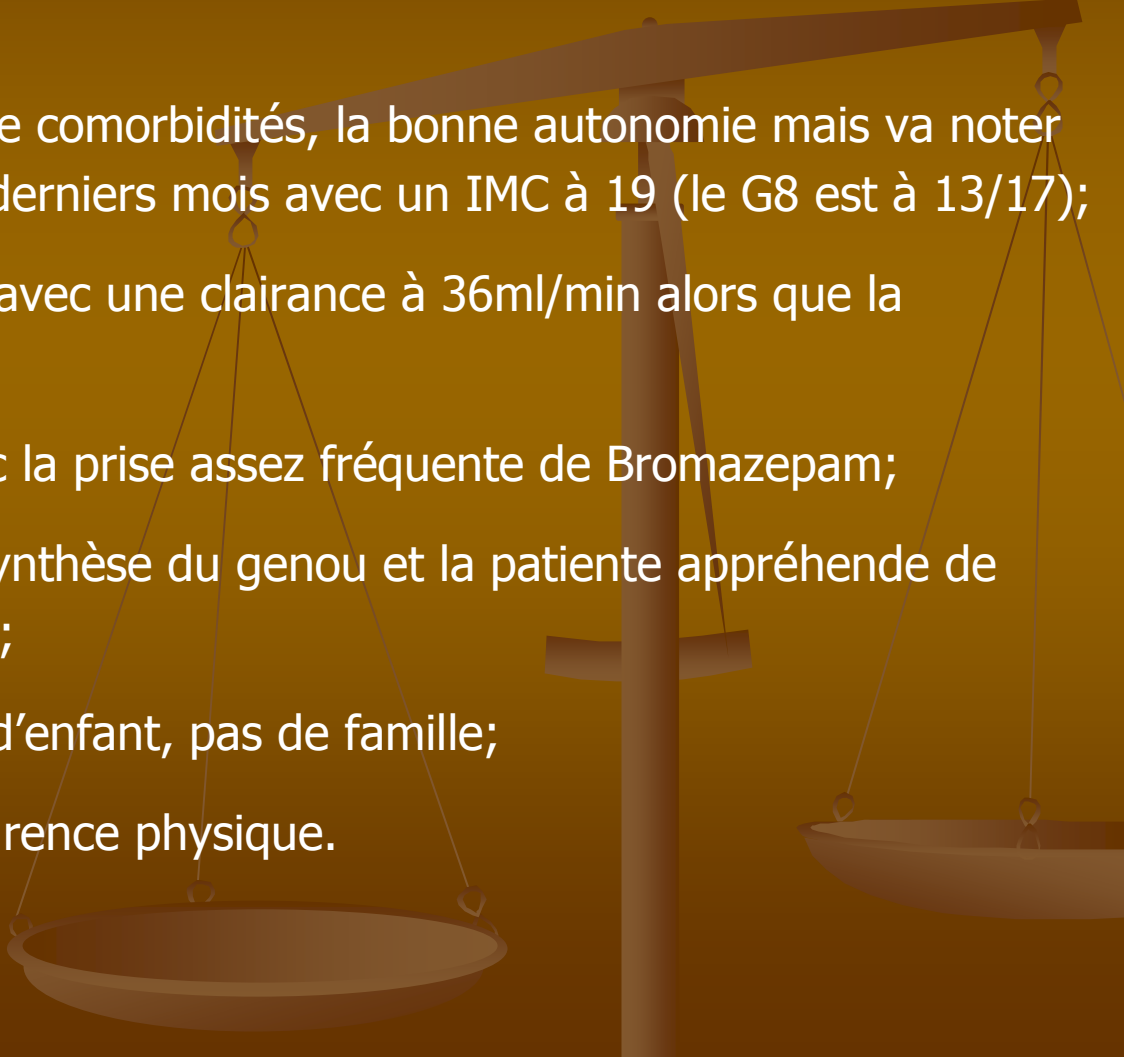
- Celui-ci réalisera une EGS (1h30) qui évaluera :
  - Les comorbidités
  - L'état nutritionnel et la fonction rénale
  - Les troubles cognitifs : MMS et test de l'horloge
  - L'autonomie : ADL, IADL
  - .....

Les résultats peuvent conduire à la mise en place de soins de support adaptés et une réévaluation régulière apparaît primordiale.



# ARGUMENTS JUSTIFIANT LES DECISIONS DE LA RCP

## ■ RESULTATS DE LA CONSULTATION D'ONCOGERIATRIE

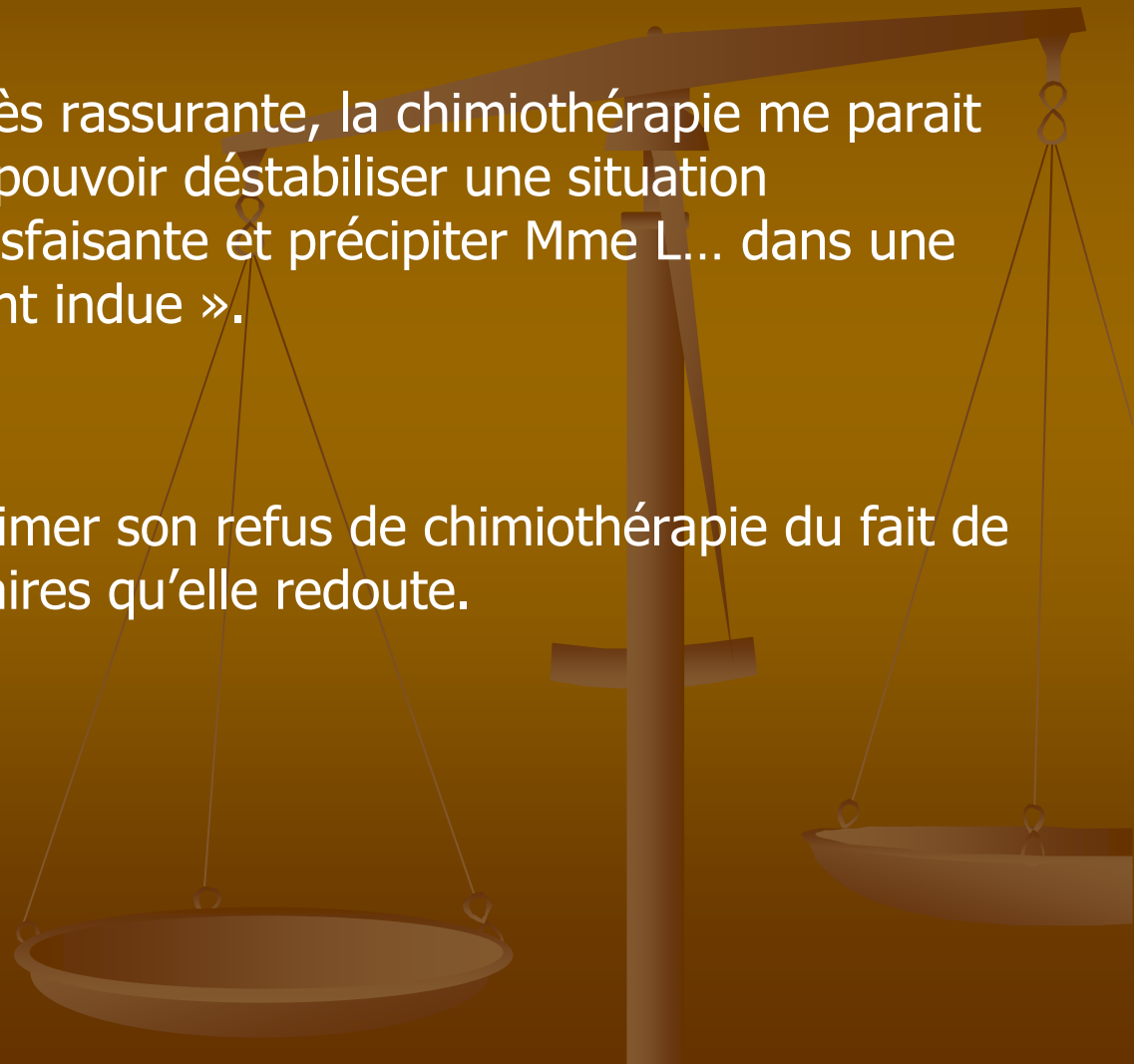
- le gériatre a confirmé l'absence de comorbidités, la bonne autonomie mais va noter une perte de poids de 2kg ces 3 derniers mois avec un IMC à 19 (le G8 est à 13/17);
  - une insuffisance rénale modérée avec une clairance à 36ml/min alors que la créatinine apparaît normale à 78;
  - un terrain anxieux colopathe avec la prise assez fréquente de Bromazepam;
  - une chute au décours de l'ostéosynthèse du genou et la patiente appréhende de sortir seule par crainte de tomber;
  - un certain isolement social : pas d'enfant, pas de famille;
  - patiente très attachée à son apparence physique.
- 

# ARGUMENTS JUSTIFIANT LES DECISIONS DE LA RCP

## ■ Le gériatre conclut

« Malgré l'évaluation plutôt très rassurante, la chimiothérapie me paraît malgré tout susceptible de pouvoir déstabiliser une situation actuellement tout à fait satisfaisante et précipiter Mme L... dans une perte d'autonomie paraissant induite ».

La patiente va clairement exprimer son refus de chimiothérapie du fait de son âge, des effets secondaires qu'elle redoute.



# CONCLUSIONS

La patiente a été vue en consultation d'oncologie médiale au décours de la RCP et après la consultation d'oncogériatrie.

La patiente, vu son grand âge, confirme qu'elle ne souhaite pas de chimiothérapie.

Elle accepte l'hormonothérapie et la radiothérapie.

Des propos rassurant vont lui être tenus en insistant sur la taille de la lésion, l'absence d'atteinte ganglionnaire et la positivité des récepteurs hormonaux.

Le suivi ultérieur sera assuré à proximité de son domicile.

**Mme L... est très satisfaite de cette proposition de prise en charge thérapeutique.**

# CONCLUSIONS

Chez les femmes âgées (>80 voire 85 ans), les traitements doivent faire l'objet d'une DECISION PARTAGEE, avec la patiente, sa famille et le médecin traitant.

Le test G8 devrait être systématique mais il est souvent insuffisant.

Une prise en charge oncogériatrique à la recherche de troubles cognitifs, d'un état dépressif latent... sont des éléments importants dans le choix des traitements médicaux adjuvants comme la chimiothérapie et/ou les thérapies ciblées.

