

## LE CANCER DU SEIN CHEZ LA FEMME AGÉE ÉPIDÉMIOLOGIE ET CARACTÉRISTIQUES CLINIQUES

JEDIDI JIHEN<sup>1</sup>, AMOURI HABIB<sup>2</sup>, TOUMI NABIL<sup>3</sup>, YAICH SOUROUR<sup>1</sup>, CHTOUROU SLIM<sup>2</sup>,  
TRABELSI KHALED<sup>2</sup>, FRIKHA MOUNIR<sup>3</sup>, GUERMAZI MOHAMED<sup>2</sup>, DAMAK JAMEL<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Service de médecine communautaire et d'épidémiologie CHU Hedi Chaker Sfax, université de Sfax, Tunisie

<sup>2</sup> Service de Gynécologie et obstétrique CHU Hedi Chaker Sfax, université de Sfax, Tunisie

<sup>3</sup> Service de carcinologie médicale hôpital Habib Bourguiba Sfax, université de Sfax, Tunisie

### Résumé

Notre objectif a été d'analyser les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, et pronostiques du cancer du sein chez la femme âgée, ainsi que les particularités du traitement chirurgical. La comparaison de ces caractéristiques avec celles de la femme jeune a été possible grâce à une revue de la littérature.

Nous avons réalisé une étude rétrospective portant sur 68 cas de cancer du sein chez les femmes âgées traitées et suivies aux services de gynécologie obstétrique, de carcinologie médicale et de radiothérapie des CHU de Sfax, sur une période de 10 ans allant de 1995 à 2004. Nous avons inclus les femmes âgées de plus de 65 ans selon la définition américaine.

La moyenne de l'âge de nos patientes a été de 70 ans. Le délai moyen de consultation a été de 11,2 mois. Les manifestations cliniques ont été dominées par le syndrome tumoral. Le diagnostic a été porté au stade T4 dans 23,2% des cas. Le traitement chirurgical a été réalisé après une chimiothérapie néo adjuvante dans 5,9% des cas pour des cancers localement évolués.

Les complications de la chirurgie ont été observées dans 11% des cas.

A la date de mise à jour, 60,3% des patientes étaient vivantes et 26,5% décédées. La survie globale à 2 ans et 5 ans a été respectivement de 88% et 65%.

La comparaison des caractéristiques du cancer du sein chez la femme âgée avec celles de la femme jeune a montré que les femmes âgées consultent généralement dans un délai plus long, la découverte d'un nodule du sein a été le motif de révélation le plus fréquent chez les deux groupes, les tumeurs des femmes âgées de semblent être localement plus avancées, par contre la présence d'adénopathies axillaires était moins fréquente.

Pour le bilan radiologique, la sensibilité et la valeur prédictive positive de la mammographie étaient plus importantes, l'échographie mammaire apporte moins d'information chez la femme âgée.

Les taux des récepteurs hormonaux positifs étaient plus fréquents.

Concernant la prise en charge thérapeutique, la chirurgie du cancer du sein, en dehors des risques anesthésiques ne conduit pas en elle-même, à plus de complications chez la femme âgée, et d'une façon globale, nos résultats ont confirmé le meilleur pronostic des cancers du sein de la femme âgée par rapport à la femme jeune.

## Summary

Our objective was to analyze the characteristics of the breast cancer at the old woman. The comparison between these characteristics and those of the young woman was possible by a review of the literature.

We made a retrospective study relating to 68 cases of breast cancer among old women treated and followed to the services of obstetric gynaecology, medical cancerology and radiotherapy of the CHU of Sfax, over one 10 years period going of 1995 to 2004. We included the old women of more than 65 years according to the American definition.

The average age of our patients was 70 years. The average time of consultation was 11,2 months, the clinical demonstrations were dominated by the nodule. The diagnosis was carried at the stage T4 in 23, 2% of the cases. The surgical treatment was carried out after an auxiliary néo-chemotherapy in 5,9% of the cases for cancers locally advanced.

The complications of the surgery were observed in 11% of the cases

On the date of update, 60, 3% of the patients were alive and 26,5% died. Total survival at 2 years and 5 years was respectively 88% and 65%.

The comparison of the characteristics of the breast cancer at the old woman with those of the young woman showed that the old women generally consult within a longer time, the discovery of a nodule of the centre was the most frequent reason for revelation at the two groups, the tumours of the old women seem to be locally more advanced, on the other hand the presence of adenopathies axillaires was less frequent.

For the assessment of extension, the sensitivity and the positive predictive value of the mammography were more significant, echography mammaire brings less information at the old woman, the rates of the positive hormonal receivers were more frequent.

Concerning the therapeutic assumption of responsibility, the surgery of the breast cancer, apart from the anaesthetic risks does not even lead in it, with more complications at the old woman, and in a total way, our results confirmed the best forecast of the breast cancers of the old woman compared to the young woman.

## INTRODUCTION

Le cancer du sein est une affection fréquente et grave. Il représente la première cause de mortalité et de morbidité par cancer chez la femme dans toutes les tranches d'âge. La quasi-totalité des études cliniques ont montré une augmentation linéaire de l'incidence de ce cancer avec l'âge. Ainsi et devant l'augmentation de l'espérance de vie de la femme tunisienne et l'amélioration de la qualité de vie des sujets âgées, le cancer du sein chez la femme âgée devient un problème majeur de santé publique.

Notre étude a été menée dans le but de décrire les aspects sus-cités et de les comparer aux caractéristiques du cancer du sein chez la femme jeune.

## MATERIELS ET METHODES

Nous avons mené une étude descriptive rétrospective portant sur la totalité des cas de cancer du sein des femmes âgées d'au moins 65 ans et traités au service de gynécologie obstétrique du CHU Hédi chaker de Sfax entre 1995 et 2004. Les patientes n'ayant pas eu de traitement chirurgical ont été exclues de l'étude. Nous avons réalisé une mise à jour des dossiers au mois de mai 2005, en se référant à une consultation proche, à l'appel téléphonique des familles des patientes ou en se déplaçant aux domiciles des patientes pour quelques cas.

Cliniquement, la taille de la tumeur a été mesurée par les membres d'une équipe multidisciplinaire. Pour classer les tumeurs, nous avons opté la classification TNM de 1989. Le bilan écho mammographique et un bilan d'extension ont été réalisés systématiquement chez toutes les patientes. Le protocole et les indications thérapeutiques ont été décidés dans tous les cas de façon multidisciplinaire, nous ne nous sommes intéressés qu'au traitement chirurgical dans le détail du traitement.

L'analyse informatique des différentes variables a été réalisée par le logiciel Epi info. Les mesures d'associations ont été faites selon le test chi deux ( $\chi^2$ ). Les estimations des survies ont été réalisées selon la méthode de Kaplan-Mayer.

## RESULTATS

La médiane et la moyenne des âges ont été de 70 ans, avec des extrémités allant de 65 à 93 ans avec 4,4% d'âge supérieur à 80 ans, l'origine

géographique a été urbaine dans 66%, la couverture sociale a été de type indigent dans 44,7 et assurance sociale dans 44,7% des cas.

Concernant le terrain, l'HTA a été notée chez 74,4% des patientes et le diabète chez 52,9%. Des Antécédents familiaux de cancer du sein ont été notés dans 13,23% des cas, et des antécédents personnels de cancer de l'endomètre ont été notés dans 4,41%. Le score de l'OMS a été de 0 dans 10,3%, de 1 dans 77,6%, de 2 dans 10,3% et de 3 dans 1,8% des cas.

Pour ce qui est statut hormonal, l'âge moyen à la puberté a été de 11,1 avec 8,6% de puberté avant 12 ans et 5,2% après 15 ans. Le nombre moyen de grossesses a été de 6,4. La nulliparité a été notée dans 13% des cas. L'âge moyen à la première grossesse a été de 20,5 ans avec un âge supérieur à 35 ans dans 1,7% des cas. La notion d'allaitement au sein a été notée chez 80% des patientes ayant eu des enfants. L'âge moyen à la ménopause a été de 49,2 ans avec un âge à la ménopause supérieur à 55 ans dans 10,8% des cas. Aucune patiente n'a reçu de traitement inducteur de l'ovulation ni de traitement hormonal substitutif (THS).

Le motif de consultation a été la découverte d'un nodule du sein à l'autopalpation dans 77,9% des cas (53 cas), Le délai moyen de consultation a été de 11,2 mois avec une médiane de 4 mois. La bilatéralité a été observée chez une seule patiente (1,5%). La taille tumorale moyenne estimée à l'examen clinique a été de 44,8 mm avec des extrêmes allant de 5 à 150 mm. Les lésions cutané- mamelonnaires ont été observées dans 45,6% des cas (soit 31 patientes). Les adénopathies axillaires homolatérales étaient mobiles dans 91,2% des cas.

Selon la classification TNM, la majorité des tumeurs (47,8%) ont été classées T2. Les formes classées T4 ont représenté 23,2% des tumeurs, dont 14 cas classés T4b et 2 cas T4d. La taille tumorale a été  $\leq 3$  cm dans 25% des cas. Les lésions cutanées ont été observées pour 39 cas. Les ADP axillaires homolatérales ont été diagnostiquées pour 33 cas. Les métastases à distance ont été d'emblée diagnostiquées chez 6 patientes dont 4 localisations osseuses et 2 cas d'envahissement des ganglions axillaires controlatéraux. (Tableau I).

**Tableau I : Caractéristiques des patientes à l'examen clinique**

| Motif de consultation    |                            |        |
|--------------------------|----------------------------|--------|
| nodule à l'autopalpation | 53                         | 77,9%  |
| modifications cutanées   | 15                         | 22%    |
| écoulement mamelonnaire  | 7                          | 10,29% |
| mastodynies              | 5                          | 7,35%  |
| ADP                      | 1                          | 1,47%  |
| examen systématique      | 3                          | 4,4%   |
| Délai de consultation    |                            |        |
| < 3mois                  |                            | 39,4%  |
| 3 à 6 mois               |                            | 25,8%  |
| 7 à 12 mois              |                            | 19,8%  |
| > 12mois                 |                            | 15%    |
| Classification TNM       |                            |        |
| T0/T1/T2/T3/ T4/Tx* (%)  | 5,8/4,3/47,8/17,4/23,2/1,4 |        |
| N0/N1/N2 (%)             | 51,5/45,6/2,9              |        |
| M0/M1(%)                 | 91,2/8,8                   |        |

\*Une tumorectomie préalable a été réalisée

Concernant le bilan d'extension, la mammographie a été réalisée dans 100% des cas. Les dimensions radiologiques de la tumeur ont varié de 12 à 100 mm avec une taille moyenne de 31,6 mm. La taille échographique de la tumeur a varié de 10 à 76 mm avec une taille moyenne de 29 mm. L'épaississement cutané a été trouvé dans 29,3% des cas (17 patientes).

**Tableau II : Caractéristiques para cliniques des patientes**

| Aspect mammographique   |    |      |
|-------------------------|----|------|
| Nodule                  | 58 | 95,1 |
| Micro calcification     | 23 | 37,7 |
| Image stellaire         | 26 | 42,6 |
| Rétraction cutanée      | 18 | 29,5 |
| Ectasie galactophorique | 2  | 3,3  |
| Aspect échographique    |    |      |
| évocateur               |    |      |
| Non évocateur           |    |      |

\* 2 ou plusieurs signes peuvent s'associer.

La radiographie du thorax et l'échographie abdominale ont été pratiquées dans 100% sans anomalies détectées. La scintigraphie osseuse a été réalisée pour 67 patientes et a objectivé des hyperfixations osseuses suspectes pour 12 cas toutes infirmées par d'autres examens spécifiques (TDM et IRM).

Le taux de CA 15 – 3 a été initialement dosé chez 80,8 % des patientes (55 cas). Il était pathologique chez 9 patientes (16,4%).

Concernant l'acte chirurgical, la chirurgie première a intéressé 64 femmes (94,1%), elle a fait suite à une chimiothérapie néo adjuvante pour seulement 4 patientes (5,9%) diagnostiquées à un stade évolué. La mastectomie avec curage axillaire selon PATEY a été réalisée dans la majorité des cas (73,9%) avec une chirurgie bilatérale chez une patiente, un traitement conservateur a été réalisé dans 17,4% des cas, alors que la mastectomie de propreté a été réalisée dans 8,7% des cas.

L'examen extemporané a été indiqué et pratiqué dans 73,9% des cas (51 patientes). Cet examen était concluant dans la totalité des cas.

L'évaluation post opératoire de la tumeur a conduit à une taille macroscopique qui varie de 10 à 160 mm avec une taille moyenne de 38,3 mm (tableau III).

**Tableau III : Comparaison des estimations cliniques, mammographiques, échographiques et macroscopiques des tumeurs**

|                           | Moyenne | Extrêmes     |
|---------------------------|---------|--------------|
| Estimation clinique       | 44,8 mm | 5 à 150 mm   |
| Estimation mammographique | 31,6 mm | 12 à 100 mm. |
| Estimation échographique  | 29 mm.  | 10 à 76 mm   |
| Taille vraie              | 38,3 mm | 10 à 160 mm. |

Nous avons trouvé que la tumeur était bifocale dans 4,3% des cas (3 cas) et multifocale dans 5,8 % des cas (4 cas).

Le type histologique le plus fréquent était le carcinome canalaire infiltrant (84% des cas). Il était pur (56,6% des cas) ou associé à d'autres types histologiques (27,4% des cas) (Tableau IV)

**Tableau IV: Les différents types histologiques retrouvés**

| Grade SBR                    |    |       |
|------------------------------|----|-------|
| Grade I                      | 6  | 10    |
| Grade II                     | 34 | 56,7  |
| Grade III                    | 20 | 33,3  |
| Nombre de ganglions envahis  |    |       |
| 0                            | 29 | 45,3  |
| 1 à 3                        | 20 | 31,3  |
| ≥ 3                          | 15 | 23,4  |
| Types d'embolies vasculaires |    |       |
| Lymphatiques                 | 10 | 62,5  |
| Sanguins                     | 2  | 12,5  |
| Les deux                     | 4  | 25    |
| Récepteurs hormonaux         |    |       |
| Positifs à l'oestrogènes     | 33 | 64,7% |
| Positifs à la progestérone   | 27 | 52,9% |

Le curage ganglionnaire a été indiqué et réalisé pour 64 cas (92,8 %), il a été positif dans 35 cas (54,68%). Le nombre moyen des ganglions prélevés était de 11,8 avec un nombre maximal de 26 ganglions. Le nombre moyen des ganglions envahis était 2,7 avec des extrêmes allant de 1 à 18. La sensibilité de l'examen clinique a été de 72,7% et la spécificité de 67,7% (tableau V)

**Tableau V: Comparaison N clinique, N histologique**

|       | N - | N + | Total |
|-------|-----|-----|-------|
| N0    | 21  | 10  | 31    |
| N1    | 9   | 24  | 33    |
| Total | 30  | 34  | 64    |

Les complications de la chirurgie ont été observées dans 11% des cas, dont 3 cas de lymphocèle, 1 cas d'hématome et 1 cas de nécrose cutanée. L'évolution après le traitement de première intention a été marquée par l'apparition de récurrences loco régionales (RLC) et/ ou métastatiques (RM) chez 15 cas (22% des cas) (Tableau VI)

**Tableau VI : Evolution**

|                              | M <sub>0</sub> au moment du diagnostic |        | M <sub>1</sub> au moment du diagnostic |        |
|------------------------------|--|--------|--|--------|
|                              | N (/62)                                | %      | N (/6)                                 | %      |
| RM                           | 7                                      | 11,3%  | 1                                      | 16,66  |
| RLC ET RM                    | 3                                      | 4,8%   | 3                                      | 50     |
| Cancer du sein controlatéral | 1                                      | 1,61%  | 0                                      | 0      |
| Total                        | 11                                     | 17,74% | 4                                      | 66,66% |

A la date de mise à jour, le recul moyen a été de 59,7 mois : 41 patientes étaient vivantes (60,3%), 18 étaient décédées (26,5%) et 9 étaient perdues de vue (13,2%). La médiane de survie des patientes a été de 33 mois. La moyenne était de 38,7 mois. Le taux de survie globale a été de 88 % à 2 ans, 80% à 3 ans et 65% à 5 ans. La moyenne de survie sans récurrence a été de 34 mois. La survie sans récurrence à 5 ans a été de 66%.

## DISCUSSION

Le cancer du sein représente en Tunisie 30,1% des cancers à l'exclusion des carcinomes de la peau (1). L'âge est le facteur de risque le plus connu du cancer en général et du cancer du sein en particulier : Aux USA, 50% des cas de cancers du sein sont diagnostiqués chez des femmes âgées de plus de 65 ans (2). En Europe, pour les femmes âgées de 50 à 54 ans, l'incidence de cancer du sein est de 210 par 100.000, montant à plus de 300 par 100.000 femmes à l'âge de 70 ans et à plus de 430 par 100.000 femmes pour celles âgées de plus de 80 ans (3). Concernant les antécédents familiaux et la prédisposition génétique, le cancer du sein dit héréditaire est rare chez la femme âgée (4,5). En effet, il survient à un âge moyen de 43 à 47 ans alors que le cancer sporadique survient à un âge moyen de 63 ans (6). Claus (7) a trouvé un risque de 33% attribuable à une origine génétique pour les femmes âgées de 20 à 29 ans versus 2% pour les femmes de plus de 70 ans. Dans notre série, le taux relativement élevé des antécédents familiaux de cancer du sein (13,23%) pourrait être expliqué par le nombre important de mariages consanguins dans la région de Sfax surtout dans la première moitié du 20<sup>ème</sup> siècle.

Pour le statut hormonal, le cancer du sein est un cancer hormono-dépendant. La plupart des études épidémiologiques incriminent la puberté précoce comme un facteur de risque de cancer du sein (RR = 2) (4,8,9,10). James (11) a trouvé qu'après 65 ans, une ménarche précoce inférieure à 12 ans n'augmente pas le risque de cancer du sein alors

qu'une puberté tardive confère une protection. Concernant l'âge des premières naissances, A. Lesur (12) a plutôt étudié l'intervalle entre l'âge à la puberté et l'âge à la première grossesse, il a noté chez les femmes âgées de plus de 62 ans un risque de développer un cancer du sein de 2,4 versus 1,2 pour la tranche d'âge 51-61 ans et 0,9 pour les moins de 51 ans lorsque cet intervalle est supérieur à 14 ans. Dans notre série le taux élevé de femmes ayant eu leur première grossesse à terme avant l'âge de 20 ans (66,8%) s'explique par l'âge du mariage très jeune pour les femmes nées vers les années 1930. De même, la nulliparité a été retenue dans la littérature comme un facteur de risque de cancer du sein même chez les femmes âgées (13). L'étude des antécédents personnels a montré que l'obésité est considérée comme facteur de risque en particulier pour les femmes ménopausées (14); Ceci est dû à l'aromatation des androgènes en oestrone au niveau du tissu adipeux provoquant la prolongation de la durée d'exposition du tissu mammaire aux oestrogènes (15). D'autre part, la présence de tares chez les femmes âgées est responsable de la limitation du choix thérapeutique et d'une survie moindre par rapport aux femmes plus jeunes (16).

Concernant le rôle du traitement hormonal substitutif de la ménopause, Il a été montré que pour la femme âgée, la prise d'un THS est un facteur de risque de cancer du sein d'autant plus important que la durée du traitement est plus longue et plus particulièrement en cours du traitement (17).

Une étude a été réalisée par Khanfir (18) au service d'oncologie médicale du CHU H. Bourguiba de Sfax- Tunisie entre janvier 1995 et décembre 2002 et a consisté à comparer les caractéristiques du cancer du sein chez la femme jeune (<35 ans) avec celles de la femme âgée non ménopausées (35 à 50 ans). Etant donné qu'il s'agit de la même population et devant l'effectif faible de femmes n'ayant pas eu de traitement chirurgical (8,33%), nous nous sommes permis de comparer nos résultats avec ceux rapportés dans ce travail (la réalisation des tests statistiques étant impossible, nous rapportons les données dans un but descriptif):

**Tableau VII : Comparaison des caractéristiques des femmes de moins de 35 ans avec les femmes de plus de 65 ans**

|  | Âge ≤ 35 ans     | Âge : 36–50 ans | age ≥ 65 ans      |
|--|------------------|-----------------|-------------------|
| Délai moyen de consultation                | 5 mois           | 6,9 mois        | 11,2 mois         |
| <b>Motif</b>                               |                  |                 |                   |
| Nodule (%)                                 | 81,4             | 87,7            | 77,9              |
| Mastodynie (%)                             | 24,3             | 17              | 7,4               |
| Modifications cutanées                     |                  |                 | 22                |
| Écoulement (%)                             | 10               | 7               | 10,3              |
| Adénopathies (%)                           | 8,5              | 7,5             | 1,5               |
| Systématique (%)                           | 0                | 1,6             | 4,4               |
| Taille tumorale ≤ 3 cm                     | 36,5 %           | 24,5 %          | 25 %              |
| <i>Classification TNM</i>                  |                  |                 |                   |
| T0/T1/T2/T3 (%)                            | 1,3/2,7/32/13,8  | 2/5/38/18       | 5,8/4,3/47,8/17,4 |
| T4b/T4c/T4d/Tx (%)                         | 8,3/2,7/5,5/29   | 14,6/1,5/6/13,5 | 20,3/0/2,9/1,4    |
| N0/N1/N2/Nx (%)                            | 27,7/45,8/2,7/23 | 25/60/5/9       | 51,5/45,6/2,9/0   |
| M1 au diagnostic (%)                       | 7                | 14,6            | 8,8%              |
|  |                  |                 |                   |
| Grade SBR I                                |                  |                 | 10%               |
| Grade SBR II                               | 62,9%            |                 | 56,7              |
| Grade SBR III                              | 37%              |                 | 33,3              |
| RH+ à l'oestrogène                         | 47,7%            |                 | 64,7%             |
| RH+ à la progestérone                      | 63,6%            |                 | 52,9%             |
| Curage axillaire positif                   | 45%              |                 |                   |
| ≥ 3 ganglions envahis                      | 31%              |                 | 23,4%             |
| Evolution                                  |                  |                 |                   |
| Récidives et métastases (après traitement) | 47%              |                 | 22%               |
| Survie globale à 5 ans                     | 57%              |                 | 65%               |

La comparaison des délais moyens de consultation montre que les femmes âgées consultent généralement dans un délai plus long que les femmes jeunes. Ce fait peut être expliqué par les problèmes psychologiques de la femme âgée, l'insuffisance de l'information des femmes âgées sur l'utilité du diagnostic précoce et du dépistage malgré les efforts déployés dans ce sens, les difficultés économiques et la dépendance de la personne âgée limitant l'accès aux centres de soins. Ce retard de diagnostic pourrait expliquer le stade avancé au moment du diagnostic.

La découverte d'un nodule du sein a été le motif de révélation le plus fréquent dans notre série (81,4%), de même pour les femmes jeunes (77,9%) (18). L'examen systématique a intéressé 4,4% des femmes âgées contre 0% des femmes jeunes. Martin (19) a trouvé que les patientes âgées de 70 à 74 ans ont découvert elles-mêmes le nodule dans 51 % des cas contre 30% pour les femmes âgées de 75 à 85 ans. Ben Ahmed (20) a montré que l'auto examen des seins chez la femme tunisienne passe de 41,5% à l'âge de 30 ans à 0% après 60 ans.

La comparaison de la taille tumorale moyenne mesurée chez nos patientes (44,8 mm) avec les séries occidentales montre que les tumeurs des femmes âgées de notre série semblent être localement plus avancées (21) ; (Tableau VIII). Ces constatations témoignent de l'insuffisance du diagnostic précoce des cancers du sein en Tunisie.

**Tableau VIII : Taille tumorale selon les différents auteurs**

|             | T <sub>0</sub> | T <sub>1</sub> | T <sub>2</sub> | T <sub>3</sub> | T <sub>4</sub> |
|-------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| JUHAN (21)  | 12,7           | 13             | 51,9           | 9,3            | 13             |
| MARTIN (19) | 2              | 12             | 41             | 22             | 23             |
| Notre Série | 5,8            | 4,3            | 47,8           | 17,4           | 23,2           |

De même nous avons noté que le pourcentage des tumeurs de moins de 3cm a été plus important chez les femmes jeunes (18). Juhan (21) a trouvé que la moyenne des tailles tumorales est plus importante chez les femmes âgées de plus de 70 ans que chez celles âgées de 50 à 69 ans (30mm versus 25mm). Concernant la présence d'adénopathies, nous avons noté la présence d'adénopathies axillaires dans 48,3%, contre 71,5% pour les femmes jeunes (18). Les données de la littérature montrent que les adénopathies axillaires cliniquement suspectes sont moins fréquentes chez les femmes âgées de plus de 70 ans que les femmes plus jeunes (22).

En ce qui concerne l'extension à distance, le pourcentage des stades d'emblée métastatiques varie dans la littérature de 8 à 16% (23,24).

Pour le bilan d'extension, chez la femme âgée, les particularités mammographiques tiennent essentiellement à l'involution adipeuse qui rend le sein radio transparent et permet une visualisation plus aisée de la moindre anomalie [25]. Ainsi, la sensibilité et la valeur prédictive positive de la mammographie dans la détection des cancers mammaires augmentent avec l'âge [26]. Todd [27] a trouvé une sensibilité de 97% et une valeur prédictive positive de 70% contre 28% dans la population générale. Ainsi, et en raison de l'excellente performance de la mammographie, l'échographie mammaire apporte moins d'information chez la femme âgée que chez la femme jeune.

Nous avons trouvé un grade SBR I dans 10% des cas (contre 0% pour les femmes jeunes) et un grade SBRIII dans 33% des cas (contre 37% pour les femmes jeunes). David [28] a trouvé un grade SBR élevé chez les femmes jeunes non ménopausées dans 67,1 %, chez les femmes âgées non ménopausées dans 52% et chez les femmes âgées ménopausées dans 39,9%.

En ce qui concerne les récepteurs hormonaux, nous avons trouvé des récepteurs positifs à l'œstrogène dans 64,7% des cas (contre 47,7 % pour les femmes jeunes) et des récepteurs positifs à la progestérone dans 52,9% des cas (63,6 % pour les femmes jeunes). La majorité des auteurs trouvent chez la femme âgée des taux des récepteurs hormonaux positifs plus fréquents. [20-21].

Concernant l'envahissement ganglionnaire, Fisher et Jaquemier [29-30] ont observé un envahissement ganglionnaire moins fréquent dans la population des femmes âgées de plus de 70 ans en les comparant avec celles de moins de 40 ans. Par contre Juhan [21] en comparant deux groupes des femmes âgées de plus et de moins de 70 ans, n'a pas trouvé de différence d'envahissement ganglionnaire pour les cancers infiltrants. Dans notre série, nous avons trouvé un taux d'envahissement ganglionnaire de 54,7% (55% pour les femmes jeunes) avec plus de 3 ganglions envahis dans 23,4% des cas (31 % pour les femmes jeunes).

Concernant la prise en charge thérapeutique, avant de proposer une conduite thérapeutique d'un cancer du sein chez la femme âgée, il semble utile de considérer certains éléments tels que l'espérance de vie [12], l'âge physiologique et les conditions physiques (supposées plus faible chez les femmes



âgées [31]). Plusieurs études ont montré que la femme âgée n'est pas traitée de façon standard et ceci n'est pas toujours influencé par la comorbidité [31, 32, 33]. Toutefois, la chirurgie du cancer du sein, en dehors des risques anesthésiques ne conduit pas en elle-même, à plus de complications chez la femme âgée [34], ceci implique qu'une consultation pré-anesthésique est indispensable. Concernant le traitement conservateur, malgré des résultats similaires à celles observées chez les femmes plus jeunes [35], le taux du traitement conservateur diminue avec l'âge à stade égal de la maladie [47]. Solin [36], n'a pas trouvé de différence en matière de survie globale et de récurrences loco-régionales dans le traitement conservateur chez les femmes de plus et de moins de 65 ans. Il a conclu que ce type de traitement doit être considéré comme un standard même chez les femmes âgées. Concernant le curage axillaire, la diminution de la pratique du curage axillaire chez la femme âgée est une tendance générale. Lafargue [37], en comparant quatre groupes de femmes âgées respectivement de 50-59 ans, 60-69 ans, 70-79 ans et de plus de 80 ans, a trouvé que la proportion des patientes N+ est équivalente dans les quatre groupes, tandis que le nombre moyen des ganglions enlevés est significativement plus faible dans le groupe des femmes âgées de plus de 80 ans (12,6 avant 80 ans versus 4,5). Bland [38] a montré que l'absence systématique de geste axillaire chez la femme âgée est associée à une diminution significative de la survie à 10 ans même dans le sous-groupe des femmes âgées. Concernant les complications post-chirurgicales, elles ne sont pas plus fréquentes chez la femme âgée [39]. Elles dépendent de l'extension du curage, de l'association à la radiothérapie, mais sont indépendantes de l'âge. De même pour le curage axillaire, il est aussi bien toléré par les patientes âgées que par les plus jeunes [40]. Toutefois, certaines complications du curage axillaire peuvent être particulièrement invalidantes chez la femme âgée dont l'autonomie est parfois précaire et toujours précieuse [41]. Dans notre série, la survie globale à 2 ans, 3 ans et 5 ans a été respectivement de 88%, 80% et 65% contre respectivement 75%, 70% et 57% pour les femmes jeunes [18]. Ces données confirment le pronostic péjoratif des cancers du sein de la femme jeune [18].

## CONCLUSION

Nous avons procédé dans ce travail à analyser les caractéristiques cliniques épidémiologiques, thérapeutiques et pronostiques du cancer du sein chez la femme âgée, en se limitant au traitement chirurgical. Nous avons trouvé que nos patientes ont consulté souvent tardivement avec un délai moyen de 11,2 mois et que le diagnostic a été porté au stade T4 dans 23,2% des cas.

L'analyse de nos résultats et une revue de la littérature nous a permis de proposer certaines recommandations qui nous paraissent utiles pour la prise en charge du cancer du sein chez la femme âgée afin d'améliorer le pronostic. Ainsi, nous avons détecté la nécessité d'insister sur l'information des équipes soignantes et de la population sur l'intérêt de l'examen clinique annuel des seins chez la femme âgée et de prescrire une mammographie de dépistage tous les 2 ans chez les patientes à risque même chez les femmes âgées. Le facteur âge ne doit pas être à lui seul un critère de décision thérapeutique, une compréhension des multiples facettes de l'état de santé physique et psychologique de la patiente et de son environnement médical, social et familial doit être prise en compte.

## REFERENCES

- 1-Sellami A., Hsairi M., Achour N. et al. Registre du cancer du sud tunisien. Incidence des cancers années 1997-1999. C.H.U. Habib Bourguiba et Institut National de la Santé Publique, Edition 2002.
- 2-Robert J, Kenn MC. Clinical aspect of cancer in the elderly. *Cancer* 1994 ;74 : 2107-2117.
- 3-Arpana M, Naik, M.D., Kathy Joseph, M.D., Marcia Harris, M.D., Christine Davis, Richard Shapiro, M.D., Karen L. Hiotis, M.D. Indigent breast cancer patients among all racial and ethnic groups present with more advanced disease compared with nationally reported data. *The American Journal of Surgery* 2003; 186: 400-403.
- 4-Espie M., Tournant B., Cuvier C, et al. Epidémiologie des lésions malignes du sein. *Encycl Med chir, Paris, Gynécologie*, 840 A 15, 2001.
- 5-Lasset C, Bonadona V. Prise en charge des femmes à risque héréditaire de cancer du sein : indications et modalités du dépistage par mammographie. *Bull Cancer* 2001 ; 88 : 677-686.
- 6-Marcus J, Watson P, Page D et al. Heredity breast cancer: pathology, prognosis, and BRCA1 and BRCA2 gene linkage. *Cancer* 1996; 77: 697-709.

- 7-Claus EB, Schildkraut J, Thompson WD, Risch NJ. The genetic attributable risk of breast and ovarian cancer. *Cancer* 1996 ; 77 : 2318-2324.
- 8-Hamilton AS, Mack TM. Puberty and genetic susceptibility to breast cancer — a case – control study in twins. *N Engl J Med* 2003;348:2313-2322.
- 9-MacPherson K, Stal CM, Dixon JM. ABS of breast cancer diseases Breast cancer : epidemiology, risk factor and genetic. *Br Med J* 2000 ; 321 : 624-628.
- 10-Plu-Bureau C, Touraine P, Kutteen F. Sein et hormones. *Encycl Med Chir, Paris, Gynécologie, 810 A 10, 2002.*
- 11-James BK, Whittmore AS, Paffenbarger RS. Combined effect of childbearing, menstrual events and body size on age-specific breast cancer risk. *Am J Epidemiol* 1988; 128: 962-979.
- 12-Lesur-Shwander A, Rios M. Epidémiologie descriptive du cancer du sein de la femme de plus de 70 ans. Dans: 19èmes journées nationales de la SFSPM. Paris: Arnette 1997 : 23 - 33.
- 13-sasco AJ., Gendre I. Le cancer de la femme de plus de 70 ans. Facteurs de risques. In : cancer du sein de la femme de plus de 70 ans. XIX ème Journées de la SFSPM Avignon. Paris : Arnette 1997 : 35-49.
- 14-Yong L, Brown C, Schatzkin A, Schairer C. Prospective study of relative weight and risk of breast cancer. *Am J Epidemiol* 1996; 106: 985-995.
- 15-Santen RJ, Leszczynski D, Tilson-Mallet N, et al. Enzymatic control of estrogen production in human breast cancer : relative significance of aromatase versus sulfatase pathways. *Ann N Y Acad Sci* 1986;464:126-137
- 16-Louwman W.J., Janssen-Heijnen M.L.G., Houterman S., and al. Less extensive treatment and inferior prognosis for breast cancer patient with comorbidity: A population-based study. *European Journal of Cancer* 41 ; 2005 : 779-785.
- 17-Graham A, Colditz MB, Walter C et al. Family history, âge, and risk of breast cancer. *JAMA* 1993 ; 270 : 338-343.
- 18- A. Khanfir, M. Frikha, F. Kallel et al. Le cancer du sein de la femme jeune dans le sud tunisien *Cancer/Radiothérapie, Volume 10, Issue 8, December 2006, Pages 565-571*
- 19-Martin LM, Le Pechoux C, Calitchi E et al. Management of breast cancer in the elderly. *Eur J Cancer*; 30A : 590-596.
- 20-Ben Ahmed S, Njah M, Hergli R et al. La pratique de l'auto-examen des seins en Tunisie à travers une enquête chez les consultantes en première ligne. *Rev Fr Gynécol Obstét* 1994 ; 89 : 198-201.
- 21-Juhan V. Cancer du sein de la femme âgée de plus de 70 ans. Thèse Med. Marseille 1997.
- 22-Bonnier P., Pian L. Tumeurs du sein : Epidémiologie, Anatomopathologie, dépistage, diagnostic évolution, pronostic, principes du traitement. *Rev. Prat.* 1992 ; 42 : 109-119.
- 23-Murray Law T., Murray Low MD., Poul J. et al. Breast cancer in elderly women : Presentation, survival and treatment option. *Surg. Clin.North Am.* 1996 ; 76, N°2.
- 24-Sonja E, Singletary MD, Rick Shallenberger MP et al. Breast cancer in the elderly. *Ann Surg* 1993 ; 218 : 667-671.
- 25- Marchal C, Spaeth D, Verhaeghe JL et al. Particularités diagnostiques et thérapeutiques du cancer du sein de la femme âgée. *Presse Med* 1996 ; 25 : 1636-1642.
- 26- Faulk RM, Sicles EA, Solitto RA et al. Clinical efficacy of mammographic screening in the elderly. *Radiol.* 1995 ; 194 : 193-197.
- 27- Todd E, Wilson MD, Mark A, Helvie MD, David A, August MD. Breast cancer in the elderly patient: early detection with mammography. *Radiology* 1994; 190: 203-207.
- 28- David P, Robert T, Herman R. The national cancer data base report on breast carcinoma characteristics and outcome in relation to age. *Cancer* 1996 ; 78 : 1838-1843.
- 29- Fisher CJ, Egan M, Smith P, wiks K, Millis R, Fentiman IS. Histopathology of breast cancer in relation to age. *Br J Cancer* 1997; 75 : 593-596
- 30 - Jaquemier J. Anatomie pathologique et cancers du sein des femmes de plus de 70 ans. Dans: 19èmes journées nationales de la SFSPM. Paris: Arnette 1997 : 97-100.
- 31-Bergman L, Dekker M, Flora E et al. The effect of age on treatment choice and survival in elderly breast cancer patients. *Cancer* 1991; 67: 2227-2234.
- 32- Nicole H, Brisson J, Latreille J, Blanchette C, Deschenes L. Compliance with consensus recommendations for the treatment of early stage breast carcinoma in elderly women. *Cancer* 1999 ; 85 : 1104-1113.
- 33- Pierga J.-Y.; Girre V., Laurence V. and al. Characteristics and outcome of 1755 operable breast cancers in women over 70 years of âge. *The Breast* 2004 ;13 : 369-375
- 34- Ivin D, Fleming MD, Martin D. Breast cancer in elderly women. Cancer data base study of patterns of omission and implication for survival. *Am J Surg* 1999 ; 188 : 586-596.
- 35- Grube BJ, Hansen NM, Ye W, Herlong T, Giuliano AE. Surgical management of breast cancer in the elderly patient. *Am J Surg* 2001;182:359-364.
- 36- Solin LJ, Schultz DJ, Fowble BL. Ten-year results of the treatment of early stage breast carcinoma in elderly women using breast conserving surgery and definitive breast irradiation. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1995; 33: 45-51.
- 37- Laffargue F, Giacalone PL, Daurès JP, Gouzes C, Zimbris L. Les approches thérapeutiques chirurgicales. Dans : 19<sup>èmes</sup> journées nationales de la SFSPM. Paris: Arnette 1997: 129-136.
- 38- Bland K, Scott-Conner C, Menk H, Winchester D. Axillary dissection in breast conserving surgery for stage I and II breast cancer: A national cancer patterns of omission and implication for survival. *Am J Surg* 1999 ; 188 : 586-596.

39- Kissin M, Querci G, Rovere D et al.  
Risk of the lymphoedema following the treatment of breast  
cancer.  
Br J Surg 1986 ; 73 : 580-584.

40- Martin LM, Le Pechoux C, Calitchi E et al.  
Management of breast cancer in the elderly.  
Eur J Cancer; 30A : 590-596.  
41- Morrow M.  
Breast disease in elderly women.  
Surg Clin North Am 1994; 74 : 145-161.