

ETUDE EPIDEMIOLOGIQUE DU CANCER DU SEIN CHEZ LES FEMMES AGEES

EPIDEMIOLOGICAL STUDY OF BREAST CANCER IN ELDERLY WOMEN

F. KHANFIR^{1,2,*}; A. BOUATTOR^{1,2}; H. TBORBI^{1,2}; F. CHEKER^{1,2}; K. TRIGUI^{1,2};
I. BEN MEFTEH^{1,2}; D. LOUATI^{1,2}; K. CHAABENE^{1,2} ET M. DERBEL^{1,2}

1: Service de gynécologie obstétrique CHU Hédi Cheker Sfax –Tunisie.

2: Faculté de Médecine de, Université de Sfax - Tunisie.

E-mail de l'auteur correspondant : dr.khanfir.fatma@gmail.com

Résumé

Les sujets âgés constituent une grande partie de la population touchée par le cancer du sein. En Tunisie, on a recensé 428 nouveaux cas en 2020. Notre étude rétrospective a colligé les dossiers des femmes âgées de 70 ans et plus sur la période allant de janvier 2015 à Décembre 2019 opérées pour cancer du sein. Nous avons opéré 58 femmes âgées de 70 ans et plus durant cette période. Des antécédents familiaux ont été retrouvés dans 29,3% des cas. Le délai moyen de consultation était de 21,98 semaines. Les signes inflammatoires ont été retrouvés chez 15 patientes. La taille tumorale moyenne était de 5.2 cm. Nous avons conclu à un carcinome canalaire infiltrant dans 65,52%. Les récepteurs à l'œstrogène et progestérone étaient positifs chez 41 patientes. Dix patientes étaient métastatiques d'emblée. Les comorbidités font que cette tranche d'âge est souvent sous-traitée.

Mots - clés : Cancer du sein ; Femme âgée ; Epidémiologie ; Traitement.

Abstract

Elderly people make up a large part of the population affected by breast cancer. In Tunisia, the number of new cases reached 428 in 2020. Our study is retrospective conducted over a 5-year period from January 2015 to December 2019 including women aged 70 years and older. 58 women over 70 years of age were operated on for breast cancer. A family history was found in 29.3% of cases. Breastfeeding was noted in 44 women. The average time of consultation was 21.98 weeks. Inflammatory signs were found in 15 patients. The average tumor size was 5.2 cm. 48.3% had palpable adenopathy. Invasive ductal carcinoma was the most predominant histological type. Estrogen and progesterone receptors were positive in 41 patients. 10 patients were metastatic. Breast cancer is often diagnosed at a late stage in elderly patients. The presence of comorbidities means that this age group is most often undertreated.

Key - words : Breast cancer; Elderly women; Epidemiology; Diagnosis; Treatment.

ملخص

يشكل كبار السن جزءًا كبيرًا من المصابين بسرطان الثدي. غالبًا ما يتم ملاحظته في مرحلة متقدمة. في تونس، بلغ عدد حالات الإصابة الجديدة بسرطان الثدي لدى المرضى المسنين 428 حالة في عام 2020. هذه دراسة على مدى 5 سنوات من 1 يناير 2015 إلى 31 ديسمبر 2019 بما في ذلك النساء في سن 70 وما فوق. تم إجراء عملية جراحية لـ 58 امرأة تزيد أعمارهن عن 70 عامًا بسبب سرطان الثدي. تم العثور على تاريخ عائلي في 29.3% من الحالات. كان متوسط وقت الانتشار 21.98 أسبوعًا. تم العثور على علامات التهابية في 15 مريضة. كان متوسط حجم الورم 5.2 سم. 48.3% لديهم تضخم واضح في العقد اللمفية. كانت مستقبلات هرمون الاستروجين والبروجسترون موجبة في 41 مريضة وسلبية في 16 مريضة. غالبًا ما يتم تشخيص سرطان الثدي في مرحلة متأخرة عند المرضى المسنين يعني وجود أمراض مصاحبة أن هذه الفئة العمرية لا يتم علاجها في أغلب الأحيان.

الكلمات المفتاحية: سرطان الثدي ; امرأة مسنة ; وبائيات ; تشخيص ; علاج.

INTRODUCTION

Le cancer du sein est le premier cancer chez la femme dans le monde. Plus de 2,2 millions de cas ont été recensés en 2020. C'est la première cause de mortalité par cancer chez les femmes. La plupart des cas de cancer du sein et des décès sont recensés dans des pays à revenu faible ou intermédiaire. [1]. Le cancer du sein affectera de plus en plus la vie des femmes âgées, en particulier dans les pays développés [2]. De plus, la démographie se caractérise par une forte augmentation de la population âgée, qui deviendra encore plus prononcée au cours des prochaines décennies. Il est donc clair pourquoi l'augmentation la plus remarquable du nombre absolu de patientes nouvellement diagnostiquées d'un cancer du sein et de survivantes à long terme se situe de plus en plus dans les tranches d'âge supérieures. A titre d'exemple, la prévalence de cancer du sein a doublé de 3,5% en 2000 à plus de 7% en 2015 aux Pays-Bas pour les femmes âgées de plus de 65 ans. [3] L'âge avancé confronte ces personnes à de nombreux problèmes d'ordre diagnostique et thérapeutique. Il s'agit d'un cancer observé le plus souvent à un stade avancé. Ceci résulte certainement de la méconnaissance ou la négligence des patientes vis-à-vis de ce cancer, mais aussi du manque de moyens diagnostiques dans nos pays en voie de développement. A cela, s'ajoute le problème de la comorbidité qui interfère avec les possibilités thérapeutiques de ces malades. En Tunisie, le nombre de nouveau cas atteints de cancer du sein dont l'âge est supérieur à 70ans, a atteint 428 en 2020.

MATERIELS ET METHODES

Il s'agit d'une étude rétrospective observationnelle réalisée sur une période de 5 ans allant du 1er janvier 2015 au 31 Décembre 2019 portant sur l'ensemble des femmes âgées de 70 ans et plus et opérées pour cancer du sein au service de gynécologie obstétrique du CHU Hedi CHAKER Sfax.

Tout d'abord, nous avons ressorti tous les dossiers des patientes opérées pour cancer du sein, puis, nous avons sélectionné les dossiers des femmes âgées de 70 ans et plus. Ont été exclues les malades perdues de vue avant le début ou au cours de leur traitement. Les différentes données épidémiologiques, cliniques, anatomo-pathologiques, thérapeutiques et évolutives des patientes ont été répertoriées dans des fiches d'exploitation détaillées pour chaque patiente.

Cette fiche a été établie pour toute patiente remplissant les conditions de l'étude.

Ont été incluses dans notre étude, les femmes opérées pour cancer du sein confirmé histologiquement et dont l'Age est ≥ 70 ans.

Les patientes perdues de vue et celles n'ayant pas reçues de traitement chirurgical (les patientes ayant bénéficié d'un traitement palliatif ou qui ont refusé le traitement chirurgical n'ont pas consulté notre service) ont été exclues.

Dans une seconde étape, un dépouillement de l'ensemble des fiches a été effectué avec le recours au logiciel de biostatistique SPSS dans sa version 20.0, permettant ainsi d'analyser ces données et d'en tirer les conclusions caractérisant le cancer mammaire chez cette population âgée.

RESULTATS

Durant notre période d'étude (de 2015 à 2019), 560 patientes ont été opérées pour cancer du sein, parmi lesquelles 58 sont âgées de plus de 70 ans, soit une fréquence de 10,3%. Notre échantillon composé de 58 cas a été fractionné en 3 tranches d'âge, une première tranche d'âge allant de 70 à 75 ans avec une fréquence de 51,72%, ensuite une tranche d'âge allant de 76 à 80 ans avec une fréquence de 29,31%, puis une troisième tranche d'âge allant de 80 à 85 ans représentant 18,97%. L'âge moyen de nos malades est de 75,45 ans, avec des extrêmes allant de 70 et 85ans. 51% de nos malades appartenait à la région du sud-est, quatre patientes seulement proviennent du centre ouest. 74,1% des femmes étaient d'origine citadine. Des antécédents personnels de mastopathie fibrokystique ont été retrouvés chez 2 patientes soit 3,4%. Des antécédents familiaux de cancer du sein ont été retrouvés chez 17 patientes soit 29,3% des cas. L'âge de la ménarche a été précisé chez toutes les patientes, dont la moyenne était de 11,3 ans. Nous avons noté 33 femmes qui ont eu une ménarche à un âge < 12 ans soit 56,6% des cas. 58% de nos patientes ont eu plus que 4 enfants. L'âge de la première grossesse a été noté chez 47 de nos patientes, il est de 19,8 ans en moyenne avec des extrêmes de 14 à 35 ans.

Parmi nos patientes, une seule patiente a eu recours à une contraception oestrogénique avec une durée de 6 mois soit 1,7%. L'allaitement au sein a été noté chez les 44 femmes qui ont eu au moins un enfant. Dans notre série, aucune patiente n'a subi d'irradiation médiastinale dans ses antécédents ni d'habitudes toxiques particulières.

Sur le plan clinique, le délai entre l'apparition des premiers symptômes et la date de la première consultation a été précisé chez toutes les patientes. Ainsi, le délai moyen était de 21,98 semaines avec des extrêmes de 1 mois allant jusqu'à cinq ans. Le cancer du sein a été découvert dans 94,83% des cas par la patiente elle-même devant des signes révélateurs. L'autopalpation d'un nodule était le mode de découverte le plus fréquent (65,52% des cas). L'examen des seins a permis d'objectiver une prédominance de l'atteinte du sein gauche chez 37 patientes. Une atteinte bilatérale a été observée chez 2 patientes soit 3,44%. Le quadrant supéro-externe (QSE) était le siège de prédilection du cancer du sein dans 39,7 % des cas. Une atteinte bifocale a été observée chez 4 patientes soit 6,9% ; l'atteinte multifocale a été retrouvée chez une seule patiente. Les signes inflammatoires ont été retrouvés chez 15 patientes soit 25,9%. Ces signes sont dominés par la rétraction cutanée. La taille tumorale a été précisée chez toutes les patientes soit 100% des cas avec une taille moyenne de 5,2 cm, avec des extrêmes de 1 à 8 cm. 12 patientes soit 20,08% ont une taille tumorale supérieure à 5 cm, alors que les tailles comprises entre 2 et 5 cm chez 39 patientes soit 67,24%, les tailles inférieures ou égales à 2 cm chez 7 patientes représentent 12,5% des cas. 28 patientes soit 48,3% avaient des adénopathies palpables dont 22 avaient des adénopathies homolatérales mobiles, 5 patientes soit 8,62% avaient des adénopathies homolatérales fixes et une patiente soit 1,7% avait des adénopathies axillaires associées à des adénopathies sus claviculaires.

Sur le plan paraclinique, la présence d'une opacité suspecte à la mammographie était la lésion la plus retrouvée avec un taux de 67,24%, suivie d'une opacité associée à des microcalcifications chez 16 patientes. Une mammographie normale était retrouvée chez une seule patiente. La classification BI RADS de L'ACR des anomalies radiologiques était distribuée de la façon suivante : ACR5 chez 48 cas soit 82,8%, ACR4 chez 10 cas soit 17,2%.

Le type histologique sur micro-biopsie a été précisé chez toutes les patientes.

Le carcinome Canalaire infiltrant (CCI), actuellement appelé carcinome infiltrant de type non Spécifique, était le plus prédominant avec un taux de 79,31%. Le grade histopronostique de Scarff-Bloom et Richardson (SBR) II était le plus fréquent avec un taux de 56,9%, suivi du grade SBR III à un taux de 22,41%. Les récepteurs à l'œstrogène (RE) et à la progestérone (RP) étaient tous les deux positifs chez 41 patientes soit 70,7%

des cas, et négatifs chez 16 patientes soit 27,6%. Nous avons noté un HER2neu – dans 42 cas soit 72,4%.

La classification moléculaire a pu être établie à partir des données sur les récepteurs hormonaux, KI67 et le statut HER2. Ainsi, le sous type Luminal A était le plus fréquent avec un taux de 49,12%.

Dans notre série, toutes les patientes ont bénéficié d'un bilan d'extension en pré opératoire en fonction de la taille de la tumeur à base d'une radiographie thoracique, une scintigraphie osseuse et une échographie hépatique ou une TDM thoraco-abdomino-pelvienne.

A l'issue de l'examen et du bilan d'extension, la classification clinique TNM a pu être établie en se basant sur la classification TNM 7ème édition 2010.

Une prédominance des formes T2 a été observée chez 22 patientes soit 37,93%, suivies des formes T4 chez 18 patientes soit 31,03%.

L'étude clinique de l'atteinte ganglionnaire a montré : que les formes N0 ont été retrouvées chez 30 patientes soit 51,7% des cas suivies des formes N1 chez 26 patientes soit 44,8%. Sur l'ensemble des patientes, 10 patientes soit 17,2% présentaient des métastases d'emblée.

Le site de métastase le plus fréquent est l'os chez 6 patientes soit 10,3%, suivi du foie chez 3 patientes soit 5,2%.

Quant au traitement chirurgical, 65,52% des femmes ont bénéficié d'un Patey, suivi de 27,59% des patientes qui ont eu recours à un traitement conservateur.

Dans notre série on a noté 2 cas d'hématome du site opératoire, ces deux patientes étaient sous AVK pour un problème cardiaque. Et aucun cas d'infection de la paroi.

Dans notre série, parmi les 58 patientes ayant subi une chirurgie carcinologique, 42 soit 72,4% ont bénéficié d'une radiothérapie externe par accélérateur linéaire.

Sur l'ensemble des patientes, 28 ont bénéficié d'une chimiothérapie soit 48,3%. Une hormonothérapie a été prescrite chez 41 patientes soit 70,7% des cas. L'Herceptin a été prescrite chez seulement 3 patientes soit 5,2 des cas.

Une récurrence locale a été notée dans un seul cas ou la patiente a été traitée par un traitement conservateur en 1er temps. L'apparition de métastases à distance est retenue chez 14 patientes comme suit : 5 cas de métastase osseuse, 3 cas de métastase pulmonaire, 3 cas de métastase hépatique, un cas de métastase cérébrale, et deux cas de métastase osseuse + pulmonaire + hépatique.

Le délai d'apparition des métastases était de 6,5 mois en moyenne.

21 de nos patientes sont décédées : 14 patientes à la suite de leur statut métastatique, deux patientes sont décédées par IDM, et 5 de cause non précisée. 37 patientes sont en vie soit 63,79% et sont encore sous contrôle clinique et paraclinique.

On note que 25 patientes sont actuellement en rémission complète et sont sous simple surveillance.

DISCUSSION

Le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez la femme partout dans le monde. Selon l'organisation mondiale de la santé (OMS), c'est le 2ème cancer le plus fréquent après celui du poumon pour les deux sexes réunis.

Le cancer du sein est le cancer le plus fréquent de la femme et son incidence croît avec l'âge. Cette incidence s'infléchit après 75 ans. [4]

Aux USA, l'âge avancé est le facteur de risque majeur de développer un cancer du sein avec un risque estimé à 1 cas pour 14 femmes âgées de 60 à 79 ans contre 1 cas pour 229 femmes âgées de moins de 39 ans [5]. L'âge moyen retrouvé dans la littérature est de 70 à 73 ans si les patientes sélectionnées sont âgées de plus de 65 ans [6 ;7 ;8 ;9], et de 77 à 78 ans si elles sont âgées de plus de 70 ans [4 ;10 ;11]. L'âge le plus élevé rapporté dans la littérature est de 101 ans. [12]

Dans notre série, la tranche d'âge de 70 à 75 ans était la plus touchée, dans 51,72% des cas ; alors que la moyenne d'âge était de 75,45 ans, avec des extrêmes allant de 70 et 85ans. La limite d'âge étudiée est différente d'une série à une autre. Elle est égale ou supérieure à 65 ans pour certains [6 ;7 ;8 ;9 ;13 ; 14] et à 70 ans pour d'autres [4 ;10 ; 11 ;15 ;16 ;17 ; 18]. Le problème réside dans l'hétérogénéité des décisions engendrées par ces définitions.

Dans notre série, la moyenne d'âge a été de 75,45 ans et la limite a été fixée à 70 ans en tenant compte de l'espérance de vie en Tunisie qui est de plus de 75ans.

Pour le statut hormonal, le cancer du sein est un cancer hormone -dépendant. La plupart des études incriminent la puberté précoce comme un facteur de risque de cancer du sein (RR= 2). James [19] a trouvé qu'après 65ans, 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 [20] 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 s'explique par l'âge du mariage très jeune pour les femmes nées vers les années 1940. De même, la nulliparité a été retenue dans la littérature comme un facteur de risque de cancer du sein même chez les femmes âgées [21].

Concernant les facteurs histologiques, Ce sont essentiellement les hyperplasies atypiques qui majorent le risque ultérieur de cancer du sein avec un risque relatif variable suivant les séries publiées mais toujours significatif. Ce risque est souvent plus important chez les femmes avant la ménopause et pour certains en cas d'antécédent familial de cancer du sein [23].

Le rôle des radiations ionisantes a été clairement établi en matière de cancer du sein surtout lorsque l'irradiation a été effectuée dans l'enfance et l'adolescence. La surcharge pondérale semble jouer un rôle différent en fonction du statut ménopausique ; en effet, les femmes ménopausées présentant une surcharge pondérale ont un risque accru de cancer du sein, à l'inverse des femmes non ménopausées [23].

L'antécédent familial de cancer du sein ne joue apparemment pas de rôle pour les femmes âgées puisque les cancers du sein familiaux apparaissent généralement avant 65 ans. Selon Bignon, la probabilité de trouver un cancer du sein lié à une mutation de type BRCA-1 ou BRCA-2 n'est que de 3% chez les femmes de plus de 70 ans et de 1% chez les femmes de plus de 80 ans [22].

Chez la population âgée, l'examen systématique de dépistage est controversé, mais son bénéfice est établi. A défaut de ce dernier, un diagnostic précoce est la condition d'un meilleur pronostic, mais les comorbidités du sujet âgé entraînent un retard diagnostique. En effet, en France environ 20% des patientes âgées attendent près d'un an avant de consulter pour des symptômes identifiés [24]. Dans notre série, le délai moyen de consultation était de 15,3 mois avec 41% des malades qui ont consulté après un an. 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

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 retrouvé au moment du diagnostic.

La découverte d'un nodule de sein était le symptôme le plus révélateur dans la majorité des études. Pour Hieken [14], le nodule du sein était révélateur du diagnostic chez 58% de ses malades âgées de plus de 65 ans. Dans la série de Gajdos [17], 52% des patientes avaient consulté pour un nodule. Ben Ahmed [25] 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. Concernant notre série, le nodule du sein était le motif de consultation le plus fréquent, et ce dans 65,52% des cas.

Le siège habituel des cancers du sein est le quadrant supéro-externe dans 39,7% des cas, suivi de la région centrale, les autres quadrants sont moins souvent atteints. Cette topographie s'explique par la quantité du tissu glandulaire plus présente dans la partie centrale et supéro-externe du sein [26]. Dans notre série, nous avons retrouvé une prédominance du côté gauche de 63%, contrairement à la littérature où il n'y avait pas de prédominance d'un côté par rapport à l'autre [10 ; 27]. Et conformément aux données précédemment citées, le quadrant supéro-externe était le plus souvent atteint (dans 55,5% des cas). La taille des tumeurs varie selon les études. Pour Truong (Canada) [28], Chapgar (USA) [7] et Djordjevic (Yougoslavie) [6], plus de la moitié des malades présentait une tumeur mesurant moins de 2 cm. Pour Lee (Canada), la majorité des patientes présentaient une tumeur évoluée, mesurant plus de 5 cm [15]

La comparaison de la taille tumorale moyenne mesurée chez nos patientes (52,2 mm) avec les séries occidentales montre que les tumeurs des femmes âgées de notre série semblent être localement plus avancées [29] ; ceci témoignant du retard diagnostique précédemment constaté. Dans notre série, 25% de nos malades présentaient des signes inflammatoires au moment du diagnostic. Ce chiffre est supérieur à celui retrouvé par Chekrine (19%) [31] et par Yancik (0,4%) [32].

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. Dans la série de Djordjevic [6], 28,52% des malades âgées de plus de 65 ans ne présentaient pas d'adénopathies cliniques. Dans la série de 1143 femmes de plus de

70 ans de Garbay [4], 46,6% des patientes n'avaient pas d'adénopathie. Plus de la moitié avait une adénopathie axillaire mobile, et seulement 1,8% présentait une adénopathie axillaire fixe. En ce qui concerne l'extension à distance, le pourcentage des stades d'emblée métastatiques varie dans la littérature de 8 à 16% [33,34].

Pour la mammographie, sa sensibilité et sa valeur prédictive positive dans la détection du cancer du sein augmentent avec l'âge. La performance de la mammographie chez la femme âgée est largement démontrée par une étude de San Francisco, qui a montré que le taux de détection des cancers du sein chez la femme âgée de plus de 65 ans est de 9,2 pour 1000 femmes alors qu'il n'est que de 5,7 pour 1000 pour celles âgées de moins de 65 ans. Le stade précoce du cancer du sein (stade 0 ou 1) peut être diagnostiqué par la mammographie dans 84% chez les femmes de plus de 65 ans, alors qu'il ne l'est que dans 75% des cas chez les femmes jeunes. [35]

Aucune donnée morphologique ne permet de penser que les cancers du sein développés chez la femme âgée diffèrent de ceux développés chez la femme jeune. Ainsi, les carcinomes canaux prédominent (> 80 %) et les mucineux, papillaires et lobulaires sont plus fréquents après 70 ans ; mais il existe moins de composantes intra canaux extensives. [36] Les carcinomes in situ sont moins fréquents chez la femme âgée, probablement en rapport avec le retard diagnostique habituellement constaté dans cette tranche d'âge. Cheung retrouve un taux de 4% de carcinomes in situ dans sa série [37]. Dans la nôtre, aucun carcinome in situ n'a été diagnostiqué.

Nous avons trouvé un grade SBR I dans 20.69% des cas et un grade SBR III dans 22.41% des cas. David [38] a trouvé un grade SBR élevé chez les femmes jeunes non ménopausées dans 67,1 %, chez les femmes âgées nonménopausées dans 52% et chez les femmes âgées ménopausées dans 39,9%. La majorité des auteurs trouvent chez la femme âgée des taux des récepteurs hormonaux positifs plus fréquents. [25 ;29]. L'expression de l'HER2 est faible chez les femmes âgées, comme le démontre Durbec [39] dans sa série où 7% des malades de plus de 70 ans expriment l'HER2 contre 15% des malades de moins de 50 ans.

Concernant l'envahissement ganglionnaire, Fisher et Jaquemier [40 ;41] 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. En revanche Juhan [29] 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 55,7%.

Selon la classification TNM, nous avons pu confronter nos résultats à ceux d'autres séries s'intéressant également aux patientes appartenant à la même tranche d'âge (voir tableau I).

Tableau I : comparaison de notre étude avec la littérature concernant la classification TNM du cancer du sein

Classification TNM		Notre étude	Garbay France (Paris)	Chekrine Casablanca	Courdi France (Nice)
Taille tumorale	T0	3,4%	3%	-----	-----
	Stades localisés T1-T2	50%	71,3%	38%	67%
	Stades avancés T3-T4	46,5%	25,7%	62%	33%
	Adénopathies cliniques	48,3%	53,4%	58%	28%
	Métastases	12,7%	16,6%	46%	-----

Concernant le traitement conservateur, malgré des résultats similaires à celles observées chez les femmes plus jeunes, le taux du traitement conservateur diminue avec l'âge à stade égal de la maladie [43,44]. Solin [45], 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. Il a été noté par différents auteurs que l'indication du curage ganglionnaire diminuait avec l'âge avancé, comparé aux malades plus jeunes [46]. En effet, Pappo retrouve seulement 15,1% de curages ganglionnaires faits chez les patientes de plus de 70 ans, contre 30,3% chez les malades plus jeunes [47]. Chez la femme âgée, une étude comparative randomisée publiée par Martelli [48] a conclu, après un suivi de 60 mois, que les tumeurs classées T1N0 pouvaient être traitées par chirurgie conservatrice sans curage ganglionnaire.

Les complications de la chirurgie loco-régionale du sein sont essentiellement liées au curage ganglionnaire. Ces complications ne sont pas plus fréquentes chez la femme âgée comparée à la femme jeune, comme le confirment Djordjevic [6] et August [49] qui ont retrouvé 35% de complications chez la malade jeune comparé à 25% chez la patiente âgée.

Les femmes âgées sont moins susceptibles de recevoir une chimiothérapie, en raison de plusieurs facteurs comme le manque d'études menées pour cette tranche d'âge, l'existence de comorbidités, la forte positivité des récepteurs hormonaux et l'inquiétude concernant d'éventuelles toxicités [50].

Les indications de la chimiothérapie doivent faire l'objet d'une discussion collégiale au cas par cas.

CONCLUSION

Dans ce travail, nous nous sommes intéressés à étayer le diagnostic, le traitement et le pronostic du cancer du sein chez les femmes âgées et à comparer nos résultats à la littérature sur ce sujet. La limite principale de notre travail est sa nature rétrospective, avec une taille relativement limitée de l'échantillon. Cependant, en raison des limites rencontrées chez les personnes âgées pour réaliser des essais cliniques randomisés, d'autres stratégies de recherche doivent également être explorées.

Malgré les facteurs biologiques plus favorables du cancer du sein chez la femme âgée, la tumeur est souvent diagnostiquée à un stade tardif. La présence de comorbidités et la crainte d'éventuelles toxicités font que cette tranche d'âge est le plus souvent sous-traitée. Ainsi, l'âge en lui-même ne doit pas être considéré comme un élément discriminant de l'offre de soins chez la femme âgée atteinte de cancer du sein. Il est nécessaire de standardiser les protocoles thérapeutiques, les échelles d'évaluation et de promouvoir la gériatrie en Tunisie pour une bonne prise en charge de cette tranche d'âge.

REFERENCES

- [1]Rositch AF, Unger-Saldaña K, DeBoer RJ, Ng'ang'a A, Weiner BJ. The role of dissemination and implementation science in global breast cancer control programs: Frameworks, methods, and examples. *Cancer* 2020;126:2394–2404. <https://doi.org/10.1002/cncr.32877>.

- [2] Poll-Franse LV van de, Coebergh JW, Houterman S, Mols F, Alers JC, Berg FA van den, et al. Kanker in Nederland: Trends, prognoses en implicaties voor zorgvraag. Signaleringscommissie Kanker van KWF Kankerbestrijding; 2004.
- [3] Louwman WJ, Vulto JCM, Verhoeven RHA, Nieuwenhuijzen GAP, Coebergh JWW, Voogd AC. Clinical epidemiology of breast cancer in the elderly. *European Journal of Cancer* 2007; 43:2242-2252. <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2007.08.005>.
- [4] GARBAY J-R, BERTHEAULT-CVITKOVIC F, COHEN-SOLAL C, STEVENS D, CHEREL P, BERLIE J, et al. Le traitement du cancer du sein après 70 ans : à propos de 1143 cas. *Académie nationale de chirurgie* du 11 Mars 1998; 123 :379-386
- [5] MUSS H-B. Adjuvant therapy for older women with breast cancer. *The breast* 2003; 12:550-557
- [6] DJORDJEVIC N, KARANIKOLIC A, PESIC M. Breast cancer in elderly women. *Archives of gerontology and geriatrics* 2004; 39:291-299
- [7] CHAPGAR A-B, MCMASTERS K-M, MARTIN R-C, THOENE C, NURKO J-Y, EDWARDS M-J, et al. Determinants of early distant metastatic disease in elderly patients with breast cancer. *The American journal of surgery* 2006; 192:317-321.
- [8] DE LORENZI F, RIETJENS M, SORESINA M, ROSSETTO F, BOSCO R, VENTO A-R, et al. Immediate breast cancer in the elderly: can it be considered an integral step of breast cancer treatment? The experience of the European Institute of Oncology, Milan. *Journal of Plastic, reconstructive and aesthetic surgery* 2010;63:511-515.
- [9] NUZZO F, MORABITO A, DE MAIO E, DI RELLA F, GRAVINA A, LABONIA V, et al. Weekly docetaxel versus CMF as adjuvant chemotherapy for elderly breast cancer: safety data from the multicenter phase 3 randomized ELDA trial. *Critical Reviews in Oncology/ Hematology* 2008; 66:171-180
- [10] TANG S-W, PARKER H, WINTERBOTTOM L, HASSELL K, ELLIS I-O, MORGAN D-A-L, et al. Early primary breast cancer in the elderly- pattern of presentation and treatment. *Surgical Oncology* 2011; 20 :7-12. [11] BENHAIM D-I, LOPCHINSKY R, TARTTER P-I. Lumpectomy with tamoxifen as primary treatment for elderly women with early-stage breast cancer. *The American Journal of Surgery* 2000; 180 :162-166.
- [12] VELANOVICH V, GABEL M, WALKER E-M, DOYLE T-J, O'BRYAN R-M, SZYMANSKI W, et al. Causes for the undertreatment of elderly breast cancer patients: tailoring treatments to individual patients *J Am Coll Surg* 2002; 194 :8-13.
- [13] DOYLE J, NEUGUT A-I, JACOBSON J-S, WANG J, MCBRIDE R, GRANN A, et al. Radiation therapy, cardiac risk factors, and cardiac toxicity in early-stage breast cancer patients *Int. J. Radiation oncology Biol. Phys* 2007;68(1) :82-93.
- [14] HIEKEN T-J, NETTNIN S, VELASCO J-M. The value of sentinel lymph node biopsy in elderly breast cancer patients. *The American Journal of Surgery* 2004; 188:440-442.
- [15] LEE J-C, TRUONG P-T, KADER H-A, SPEERS C-H, OLIVOTTO I-A. Postmastectomy radiotherapy reduces locoregional recurrence in elderly women with high-risk breast cancer. *Clinical oncology* 2005; 17 :623-629.
- [16] GENNARI R, ROTMENSZ N, PEREGO E, DOS SANTOS G, VERONESI U. Sentinel node biopsy in elderly breast cancer patients *Surgical Oncology* 2004; 13:193-196
- [17] GAJDOS C, TARTTER I-A, BLEIWEISS I-J, LOPCHINSKY R-A, BERNSTEIN J-L. The consequence of undertreating breast cancer in the elderly. *J Am Coll Surg* 2001;192: 698-707
- [18] FENTIMAN I-S, VAN ZIJL J, KARYDAS I, CHAUDARY M-A, MARGREITER R, LEGRAND C, et al. Treatment of operable breast cancer in the elderly: a randomized clinical trial EORTC 10850 comparing modified radical mastectomy with tumorectomy plus tamoxifen. *European Journal Cancer* 2003; 39:300-308.
- [19] James BK, Whittmore AS, Paffenbarger RS. Combined effect of childbearing, menstrualevents, and body size on age-specific breast cancer risk. *Am J Epidemiol* 1988 ;128 :962-979.
- [20] 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.
- [21] 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.
- [22] ESPIE M. Cancer du sein chez la femme âgée. *Cancer du sujet âgé*, 2ème édition ;2002 :99-116.
- [23] ESPIE M, TOURNANT B, CUVIER C, COTTU P-H. Epidémiologie des lésions malignes du sein. *Encycl Méd Chir, Gynécologie*, 840-A-15, 2001,10p.
- [24] AQUINO J-P. Prise en charge des cancers mammaires et gynécologiques chez les personnes âgées. *Ed Ecole Eur Oncol* ;1998 :23-27.
- [25] 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.
- [26] CABARROT E. Histoire naturelle des cancers du sein. *Encycl Med chir, Gynécologie* ; 865-A-10, 2000, 17 p.
- [27] KIROVA Y-M, CAMPANA F, SAVIGNONI A, LAKI F, MURESAN M, DENDALE R, et al. Breast-conserving treatment in the elderly: long-term results of adjuvant hypofractionated and normofractionated radiotherapy. *Int. J. Radiation Oncology Biol. Phys.* 2009; 75:76-81.
- [28] TRUONG P-T, LEE J, KADER H-A, SPEERS C-H, OLIVOTTO I-A. Locoregional recurrence risks in elderly breast cancer patients treated with mastectomy without adjuvant radiotherapy. *European journal of cancer* 2005 ;41 :1267-1277.
- [29] JuhanV. Cancer du sein de la femme âgée de plus de 70 ans. Thèse Med. Marseille 1997.
- [30] 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, Décembre2006, Pages 565-571
- [31] CHEKRINE T, EL OMRANI A, BENCHAKROUN N, JOUHADI H, TAWFIQ N, SAHRAOUI S, et al. Le cancer du sein chez les patientes de 70 ans et plus. *Cancer/radiothérapie* 2007 ;11 :385.
- [32] YANCIK R, RIES L-G, YATES J-W. Breast cancer in aging women : a population-based study of contrasts in stage, surgery and survival. *Cancer* 1989 ;63 :976-981.
- [33] Marray Law T., Marray Low MD., Poul J. et al. Breast cancer in elderly women: Presentation, survival and treatment option. *Surg. CLIN. North Am.* 1996; 76, N°2.
- [34] Sonja E, Singletary MD, Rick Shallenberger MP et al. Breast cancer in the elderly. *Ann Surg* 1993;218: 667-671.

- [35] FAULK R-M, SICKLES E-A. Clinical efficacy of mammographic screening in the elderly. *Radiology* 1995 ;194 :193-197.
- [36] SERIN D, ESCOUTE M. Cancer du sein de la femme âgée. *Encycl Med chir, Gynécologie*; 689-A-20, 1999, 6p.
- [37] CHEUNG K-L, WONG A-W-S, PARKER H, LI V-W-Y, WINTERBOTTOM L, MORGAN DA-L, et al
Pathological features of primary breast cancer in the elderly based on needle core biopsies- A large series from single center. *Critical reviews in oncology/hematology* 2008 ;67 :263-267.
- [38] 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.
- [39] DURBECQ V, AMEYE L, VEYS I. A significant proportion of elderly patients develop hormone-dependant ‘‘luminal-B’’ tumors associated with aggressive characteristics. *Critical reviews in oncology/hematology* 2008; 67:80-92.
- [40] 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
- [41] Jaquemier J. Anatomie pathologique et cancers du sein des femmes de plus de 70 ans. Dans: 19èmes journées nationales de la SFSPM. Paris: Arnette1997: 97-100.
- [42] SANDISON A-J, GOLD D-M, WRIGHT P. Breast conservation or mastectomy: treatment choice of women aged 70 years and older. *Br J Surg.* 1996; 83:994–996.
- [43] Grube BJ, HansenNM, YeW, HerlongT, Giuliano AE. Surgical management of breast cancer in the elderly patient. *Am J Surg* 2001; 182:359–364.
- [44] Laffargue F, Giacalone PL, D’Aurès JP, Gouzes C, Zimbris L. Les approches thérapeutiques chirurgicales. Dans : 19èmes journées nationales de la SFSPM. Paris: Arnette 1997: 129-136.
- [45] 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.
- [46] TRUONG P-T, BERNSTEIN V, WAI E, CHUA B, SPEERS C, OLIVOTTO I-A. Age-related variations in the use of axillary dissection: a survival analysis of 8038 women withT1-ST2 breast cancer. *Int J radiation oncology Biol. Phys* 2002; 54:794-803.
- [47] PAPPO I, KARNI T, SANDBANK J, DINUR I, SELLA A, STAHL-KENT V, et al. Breast cancer in the elderly: histological, hormonal, and surgical characteristics. *The breast* 2007; 16: 60- 67.
- [48] MARTELLI G, BORACCHI P, DE PALO M. A randomized trial comparing axillary dissection to no axillary dissection in older patients with T1N0 breast cancer: results after 5 years of follow-up. *Ann Surg.* 2005;242(1):1–6.
- [49] AUGUST D-A, REA T, SONDAK V-K. Age-related differences in breast cancer treatment. *Am. Surg. Oncol.* 1994 ;2 :180–188.
- [50] FOURQUET A, CUTULI B, LUPORSI E, MAURIAC L. Standards, Options et Recommandations 2001 pour la radiothérapie des patientes atteintes d’un cancer du sein infiltrant non métastatique. *Cancer/ radiother* 2002 ;6 :1-2.