



Année 2016/2017

N°

## Thèse

Pour le

### DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État

par

## Alexandre GRENIER

Né le 21 avril 1985, à Chambray-les-Tours (37)

---

### TITRE

#### COMMENT SONT DIAGNOSTIQUÉS LES CANCERS DU SEIN DES FEMMES DE PLUS DE 75 ANS ? ÉTUDE D'UNE COHORTE AU CHRU DE TOURS

---

Présentée et soutenue publiquement le vendredi 10 novembre 2017 devant un jury composé de :

**Président du Jury :**

Professeur Henri MARRET, Gynécologie Obstétrique, Faculté de Médecine – Tours

**Membres du Jury :**

Professeur Claude LINASSIER, Cancérologie, radiothérapie, Faculté de Médecine – Tours

Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ, Médecine générale, Faculté de Médecine – Tours

Docteur Ken HAGUENOER, Santé Publique, PH CHRU - Tours

Docteur Anne VILDÉ, Radiologie Sénologie, PH CHRU - Tours

## RESUME EN FRANÇAIS

Les femmes de plus de 75 ans à risque moyen de cancer du sein n'ont plus accès au dépistage national organisé. L'incidence reste élevée (projection 2015 ; 12 106 cas de plus de 75 ans). Le dépistage individuel reste clinique, assuré par le médecin généraliste. Nous nous sommes intéressés aux modalités de diagnostic des cancers du sein des femmes de plus de 75 ans à risque moyen de cancer du sein.

Une étude quantitative rétrospective monocentrique a été menée au CHRU de Tours.

Les critères d'inclusion étaient : Femme ; âgée de plus de 75 ans ; Décédée ou non ; à risque moyen de cancer du sein (femme et âge comme facteurs de risque) ; avec un cancer du sein de novo ; avec une preuve anatomopathologique analysée par le service d'anatomopathologie du CHRU de Tours obtenue entre 2014 et 2016.

Les critères d'exclusion étaient : femme ayant eu un cancer du sein avant 75 ans et pour lequel il s'agit d'une récidive ou un autre primitif mammaire ; celles qui sont à haut risque de cancer du sein.

Le critère principal était le mode de diagnostic du cancer du sein retenu : L'autopalpation, la palpation par un professionnel de santé, la mammographie de dépistage, l'imagerie dans un autre contexte.

Les critères secondaires étaient : la présence des éléments cliniques cutanés pouvant faire envisager un cancer ainsi que la présence d'une adénopathie axillaire ; les facteurs pronostiques immuno-histologiques.

127 femmes ont été incluses. Au moment du diagnostic de cancer du sein, elles ont en moyenne 81,2 ans avec 49% de femmes entre 75 et 80 ans, 49% entre 81 et 90 ans et 2% au-delà de 91 ans.

64% des diagnostics de cancer du sein ont été effectué par autopalpation, 17% par mammographie de dépistage, 13% par la palpation d'un professionnel de santé et 6% par une imagerie dans un autre contexte. Parmi les 13% diagnostiqués par un professionnel de santé, on retrouve 70% de diagnostic fait par un médecin généraliste, 12% par une aide-soignante d'EHPAD, 12% par un médecin d'un Service Accueil des Urgences et 6% par un médecin de SSR.

La présence d'un signe clinique cutané était de 42% des cas au moment du diagnostic et celle d'une adénopathie axillaire de 20% des cas.

Les statuts immuno-histologiques retrouvaient Luminal A 71%, Luminal B 14%, Triple négatif 9%, HER2 5%.

La palpation par le médecin généraliste n'est pas faite de manière systématique et des mammographies de dépistage individuel persistent.

Au moment du diagnostic les femmes de plus de 75 ans ont des cancers du sein plus avancés que pour les femmes plus jeunes. Afin de diagnostiquer les cancers le plus tôt possible, l'information et la formation des aides-soignantes est une voie d'amélioration de la qualité des soins. L'édition de recommandations simples est nécessaire pour stimuler et faciliter la palpation par les médecins généralistes.

## RESUME EN ANGLAIS

Women over 75 years old with a moderate risk of breast cancer don't have any more access to the national organised screening because of their age while the incidence remains high (2015 projection ; 12 106 cases over 75 years old ).

The individual screening remains clinic provided by the general practitioner. We focused on breast cancer diagnostic modalities

Concerning women over 75 with risk of breast cancer .

A quantitative retrospective single center study was conducted at the university hospital of TOURS . Inclusion criteria were women aged more than 75 ; deceased or not ; with an average risk of breast cancer ( women and age as risk factors ) ; with a de Novo cancer ; with histological evidence analysed by the histological service of the university hospital of Tours , obtained between 2014 - 2016 The exclusion criteria were : women with breast cancer before 75 and for whom it is a recidivism or another breast primitive ; those who are at high risk of breast cancer .

The main criteria was the breast cancer diagnosis method used : Auto breast palpation, palpation by a professional , screening mammogram , medical imaging in another context .

The secondary criteria were : The presence of clinical skin elements that could be considered as a cancer and also the presence of an axillary lymphadenopathy ; the immunohistological prognostic factors .

127 women were included. At the time of breast cancer diagnosis, the average age is 81,2 with 49% of women between 75 and 80 , and 49% between 81 and 90 and 2% beyond 91 .

64 % of the diagnostics of breast cancer were performed by auto palpation, 17% by screening mammogram ,13% by palpation by a health professional and 6% by medical imaging in another context .Among the 13% by health professionals we find 70% of diagnosis by a general practitioner ,12% by a caregivers in nursing homes, 12% by a doctor in an emergency reception service and 6% by a doctor working in a care and rehabilitation service.

The presence of cutaneous clinical signs was of 42% of cases at diagnosis and 20% of cases concerning the axillary lymphadenopathy.

The histological immuno statues were of Luminal A 71%, Luminal B 14%, Triple negative 9%, HER2 5%.

Palpation by the G P is not made systematically and personal screening mammography persist.

At diagnosis, women over 75 have more advanced breast cancer than the younger women. To diagnose the cancer as early as possible, the information and training of the caregivers is improving the quality of care. The edition of simple recommendations is required to stimulate and to facilitate palpation of the general practitioners.

## MOTS CLEFS

CANCER DU SEIN,  
FEMME AGEE,  
DEPISTAGE,  
DIAGNOSTIC,  
MAMMOGRAPHIE,  
EXAMEN CLINIQUE,  
MEDECIN GENERALISTE

# LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE







# SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,  
de mes chers condisciples  
et selon la tradition d'Hippocrate,  
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur  
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,  
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux  
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira  
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas  
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,  
je rendrai à leurs enfants  
l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime  
si je suis fidèle à mes promesses.  
Que je sois couvert d'opprobre  
et méprisé de mes confrères  
si j'y manque.

# REMERCIEMENTS

*Aux membres du jury,*

**A Monsieur le Professeur Henri MARRET**, vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse. Veuillez trouver ici le témoignage de ma considération et de mon estime. Je vous remercie de m'avoir permis de mener à bien ce travail.

**A Monsieur le Professeur Claude LINASSIER**, je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse. Votre domaine d'excellence – l'oncologie – apporte un regard complémentaire sur mon travail.

**A Madame le Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ**, je vous remercie d'avoir accepté la direction de ma thèse. Merci pour votre rigueur et pour l'enthousiasme avec lequel vous avez entouré ce travail.

**A Monsieur le Docteur Ken HAGUENOER**, votre regard en tant que responsable du déploiement du Dépistage National Organisé en Région Centre Val de Loire me semblait nécessaire pour juger ce travail. Merci d'avoir accepté de faire partie de mon jury.

**A Madame le Docteur Anne VILDÉ**, engagée dans le Dépistage National Organisé du cancer du sein, votre approche en tant que Radiologue était indispensable. Merci d'avoir accepté de faire partie de mon jury.

*A tous ceux qui ont participé au projet,*

**A Madame le Docteur Flavie ARBION**, un grand merci pour l'accueil bienveillant que vous avez fait à mon projet. Vous m'avez fait gagner un temps considérable.

**A Madame le Docteur Yaëlle SARFATI**, je te remercie pour tous nos échanges qui ont permis au thème de ma thèse de prendre forme.

**A Madame le Docteur Véronique DARDAINE-GIRAUD**, je vous remercie pour votre soutien dans le choix de ce sujet de thèse.

**A Monsieur le Docteur Thomas FLAMENT**, qui outre les souvenirs de mon passage en pneumologie, m'a permis d'utiliser son bureau pendant tout le recueil des données de ce travail, merci.

**Au personnel du PMSI du CHRU de Tours**, merci.

*A ceux qui comptent pour moi,*

**A ma femme Marie-Camille**, rien n'aurait été possible sans ton soutien indéfectible. Je t'aime.

**A mes parents, ma famille et mes amis**, merci pour votre aide inestimable.

**Aux équipes médicales et paramédicales, à mes co-internes**, rencontrés tout au long de mon cursus, merci pour votre amitié et votre bienveillance.

# TABLE DES MATIERES

RESUME EN FRANÇAIS .....	2
RESUME EN ANGLAIS .....	3
MOTS CLEFS .....	4
LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE .....	5
SERMENT D'HIPPOCRATE .....	9
REMERCIEMENTS .....	10
TABLE DES MATIERES .....	12
INTRODUCTION .....	14
MATÉRIEL ET MÉTHODE .....	17
1. Schéma d'étude et population : .....	17
2. Recueil des données : .....	18
3. Variables et mesures : .....	18
4. Analyse statistique .....	19
5. Critères de jugement principal et secondaire .....	20
RÉSULTATS .....	21
1. Caractéristique de la population étudiée : .....	21
2. Mode de diagnostic .....	22
3. Présence d'éléments cliniques au moment du diagnostic .....	23
4. Les types histologiques .....	24
5. Les facteurs pronostics immuno-histologiques .....	25
6. Les stades tumoraux .....	26
DISCUSSION .....	27
1. A propos de la méthode .....	27
2. Informations manquantes .....	27
3. A propos des résultats .....	28
CONCLUSION .....	31

BIBLIOGRAPHIE.....	32
Annexe : ACRONYMES.....	34
Annexe : TABLEAUX.....	35
Annexe : CLASSIFICATION TNM DU CANCER DU SEIN.....	37
Annexe : CLASSIFICATION PAR STADE UICC .....	39
PAGE DE SIGNATURE.....	40
DEPOT DE SUJET DE THESE.....	41

## INTRODUCTION

Le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez la femme. Il constitue également la principale cause de mortalité par cancer chez les femmes.(1)

Le dépistage national organisé en France s'adresse aux femmes à risque moyen de cancer du sein de 50 à 74 ans. Elles ont comme facteurs de risque le fait d'être une femme et leur âge, ce qui correspond à la majorité. Il leur est proposé d'effectuer un examen clinique sénologique et une mammographie avec double lecture systématique chez le médecin radiologue agréé de leur choix.

Les femmes à risque élevé de cancer du sein bénéficient d'un dépistage individualisé et ne sont donc pas conviées à la mammographie biennale.

Du fait de leur antécédent personnel de cancer du sein, de l'ovaire, de l'endomètre ; de la surveillance d'une lésion mammaire, d'antécédent familial de cancer du sein ; d'irradiation thoracique médicale à haute dose ; d'une prédisposition génétique dont BRCA1 et 2 ; ces femmes ont une surveillance sénologique spécifique et personnalisée.(2)

Parmi les problèmes de santé publique touchant les femmes âgées, le cancer du sein occupe une place de choix, qui va s'amplifier considérablement dans les années à venir avec l'inéluctable vieillissement de la population.(3)

Le diagnostic du cancer du sein est souvent porté plus tardivement chez la personne âgée, alors que le stade au diagnostic est un paramètre déterminant de la curabilité. Il est également un paramètre important de la conservation de l'autonomie et du maintien à domicile : pour cette population fragile, la lourdeur du traitement d'une tumeur évoluée et des hospitalisations multiples peuvent faire basculer les patientes vers la dépendance. (4)(5)

D'autant plus qu'une mammectomie de propreté ou un traitement hormonal par anti-aromatase ou thérapie ciblée, augmente considérablement l'espérance de vie et limite la survenue de métastases.(6)

Les femmes de plus de 75 ans à risque moyen de cancer du sein n'ont plus accès au Dépistage National Organisé et leur médecin généraliste est sans directive nette de la Haute Autorité de Santé (HAS) ou de la part du Collège National des Gynécologues et des Obstétriciens Français (CNGOF), concernant le diagnostic du cancer du sein.

L'HAS recommande de ne plus faire de mammographie pour cette population.(7)

Les échographies ont une moins bonne sensibilité, il reste l'examen clinique régulier mais à quel rythme, annuel, biannuel ? Avec la limite d'une population peu encline à montrer spontanément leurs seins à leur médecin.

Le cancer du sein de la personne âgée est-il réellement plus indolent que celui de la femme plus jeune ?

Il s'avère que les femmes âgées de demain ne seront pas celles d'aujourd'hui. Elles seront beaucoup plus attentives à leur santé. Elles seront en meilleure santé comme l'indique le rapport 2015 de l'état de santé de la population en France. (8).

La population vieillissante, la question de la prise en charge des cancers du sein de ces femmes est, on ne peut plus, d'actualité (3).

Leur espérance de vie est estimée en 2015-2020 à 85,6 ans.

L'incidence du cancer du sein en France est estimée en 2015 (projection) à 54 062 nouveaux cas de cancer du sein. Avec une survie nette standardisée sur l'âge à 5 ans : 87 % ; à 10 ans : 76 %.

Stratifiée par l'âge l'incidence annuelle du cancer du sein en France en 2015 est {65 ;74} 13177 nouveaux cas, {75 ;84} 7481 nouveaux cas, {85 et plus} 4625 nouveaux cas.(9)

Ce travail de thèse a été motivé par l'absence de directives claires pour les médecins généralistes. La question de recherche provient des difficultés rencontrées par des médecins généralistes au quotidien.

L'objectif principal de notre étude était : Quelles sont les modalités de diagnostic et de dépistage des cancers du sein des femmes de plus de 75 ans à risque moyen de cancer du sein, ayant une preuve anatomopathologique au Centre Hospitalier Régional Universitaire de Tours de 2014 à 2016 ?

L'objectif secondaire étaient : Quels éléments cliniques cutanés ou adénopathies sont présents au moment du diagnostic dans cette population ? Quels sont les facteurs pronostics histologiques et immunologiques pour les cancers des femmes de cette population ?

# MATÉRIEL ET MÉTHODE

## 1. Schéma d'étude et population :

Nous avons réalisé une étude descriptive, rétrospective, mono centrique au Centre Hospitalier Régional Universitaire de Tours (CHRU 37).

L'échantillon a été constitué par des femmes de plus de 75 ans, ayant eu une preuve anatomopathologique au CHRU, hospitalisées ou vues en consultation entre 2014 et 2016.

Critères d'inclusion :

- Femme
- Âgée de plus de 75 ans ;
- Décédée ou non ;
- À risque moyen de cancer du sein (femme et âge comme facteurs de risque)
- Avec un cancer du sein de novo
- Avec une preuve anatomopathologique analysée par le service d'anatomopathologie du CHRU de Tours (biopsie diagnostique, pièce anatomique de zonectomie ou mammectomie) obtenue entre 2014 et 2016.

Seuls les cancers du sein de novo après 75 ans sont intégrés, afin d'avoir une approche diagnostique clinique la plus primaire possible.

Critères d'exclusion :

- Femme ayant eu un cancer du sein avant 75 ans et pour lequel il s'agit d'une récurrence ou un autre primitif mammaire ;
- Celles qui ont un cancer oestro-sensible (endomètre, ovaire) ;
- Celles qui sont à haut risque de cancer du sein (du fait de leur antécédent personnel de cancer du sein, de l'ovaire, de l'endomètre ; de la surveillance d'une lésion mammaire, d'antécédent familial de cancer du sein ; d'irradiation thoracique médicale à haute dose ; d'une prédisposition génétique dont BRCA 1 et 2)

Pour la seule raison que ces femmes sont suivies cliniquement de manière régulière et que la palpation des seins et la recherche de récurrences sont faites de manière systématique et organisée.

## 2. Recueil des données :

La première étape a été de récupérer via le PMSI (Programme de médicalisation des systèmes informatiques) du CHRU de Tours, toutes les entrées au CHRU avec un codage cancer du sein (C50 et D05) et femme de plus de 75 ans, séjour dans tout services.

La seconde étape a été de trier le listing obtenu en fonction des critères d'inclusion et d'exclusion.

Pour le critère d'inclusion preuve anatomopathologique enregistrée au CHRU, un tri a été effectué en collaboration avec le service d'anatomopathologie du CHRU à l'aide de leur logiciel interne.

Le recueil de données a consisté à fusionner les données de la feuille de RCP (réunion de concertation pluridisciplinaire), l'observation médicale adulte du service de gynécologie et le document de synthèse de radiothérapie.

L'anonymisation a été faite par la séparation des éléments administratifs (premier fichier Excel®) dans lequel le nom de la patiente a été associé à un numéro, numéro reproduit dans un second fichier Excel® dans lequel les éléments médicaux ont été renseignés.

La CNIL a autorisé ce travail de recherche qui est inscrit sous le n° 2016\_103.

## 3. Variables et mesures :

Le tableau Excel® de recueil de données comporte :

- Numéro d'anonymisation ;
- Age de la patiente au moment du recueil (et le cas échéant âge du décès) ;
- Mode de diagnostic du cancer du sein (autopalpation, mammographie de dépistage, palpation par un professionnel de santé, Imagerie dans un autre contexte) ;
- Age de la patiente au moment du diagnostic du cancer du sein ;

- Type histologique ;
- Grade SBR ;
- TNM et UICC ;
- Facteur pronostic histologique et immunologique (HER2, Luminal A ou B, Triple négatif) ;
- Présence ou non de ganglion axillaire ;
- Lésion cutanée visible à l'inspection (ombilication du mamelon, peau d'orange, ulcération, rétraction/induration/infiltration/inflammation de la peau)

Les statuts immunohistologiques Luminal A ou B, triple négatif ou HER2 ont été notés, sans l'aide du Ki 67 qui n'était pas recherché de manière systématique, selon la règle suivante (10):

- Groupe Luminal A : tumeurs exprimant au moins un récepteur hormonal et n'exprimant pas le HER2 (RE+ et/ou RP+, HER2-).
- Groupe Luminal B : tumeurs exprimant au moins un récepteur hormonal et exprimant le HER2 (RE+ et/ou RP+, HER2+).
- Groupe HER2 : tumeurs surexprimant le HER2 sans expression de récepteur hormonal (RE-, RP-, HER2+).
- Groupe Triple Négatif : tumeurs n'exprimant ni récepteur hormonal ni HER2 (RE-, RP-, HER2-).

#### 4. Analyse statistique

Les résultats ont été fournis en pourcentages, une analyse en sous-groupe a été faite chaque fois que cela était possible.

Les méthodes statistiques étaient celles de la statistique descriptive.

Le groupe 1 correspondant au diagnostic par palpation (autopalpation et palpation par un professionnel de santé) et le groupe 2 par le diagnostic par l'imagerie (mammographie de dépistage et imagerie dans un autre contexte)

La taille de l'échantillon de certains groupes n'a pas permis la réalisation de Chi 2.

L'impact du traitement hormonal substitutif n'a pu être évalué car le nombre de données manquantes était trop important.

## 5. Critères de jugement principal et secondaire

Le critère principal était le mode de diagnostic du cancer du sein. Quatre modes ont été retenus :

- L'autopalpation,
- La palpation par un professionnel de santé,
- La mammographie de dépistage,
- L'imagerie dans un autre contexte.

Les critères secondaires étaient :

- La présence des éléments cliniques pouvant faire envisager un cancer (modification de la peau, ombilication du mamelon, aspect peau d'orange et ulcération), ainsi que la présence d'une adénopathie axillaire.
- Le type histologique, les facteurs pronostiques immuno-histologiques.

# RÉSULTATS

## 1. Caractéristique de la population étudiée :

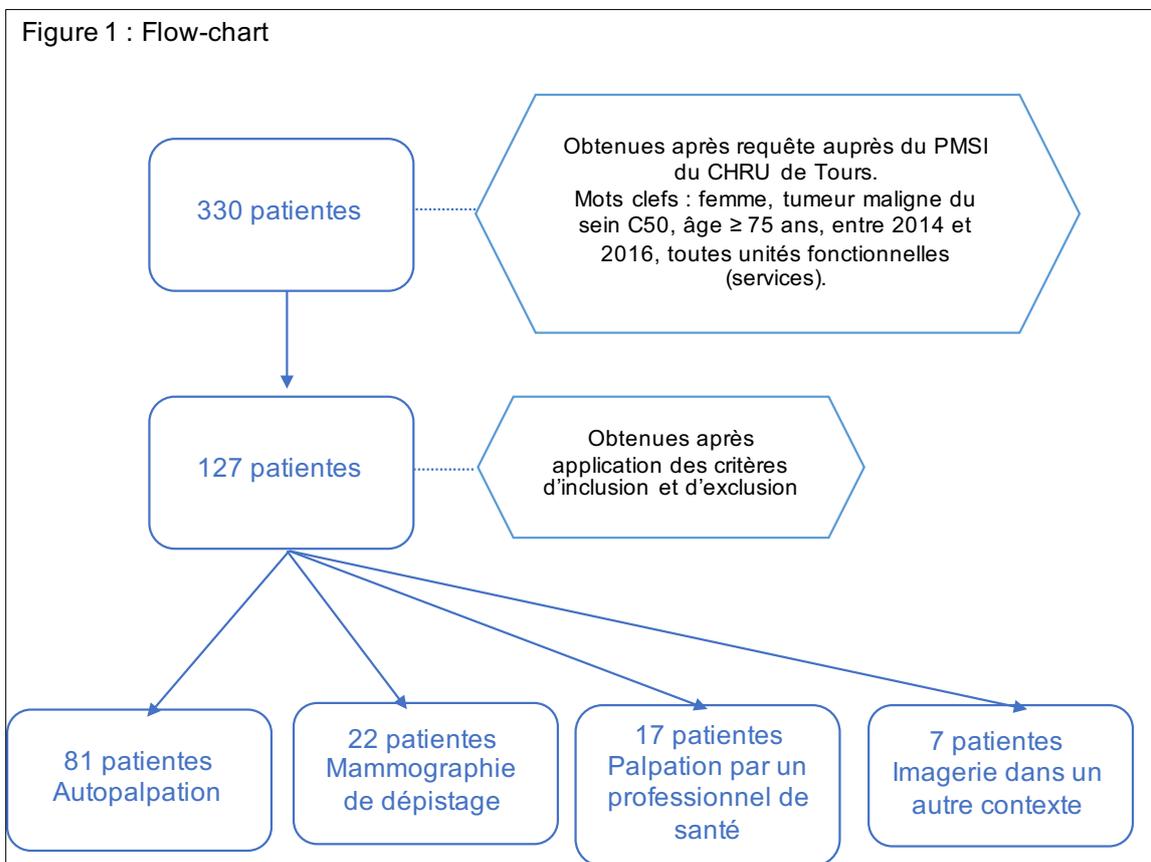
127 femmes ont été incluses dans cette étude.

Au moment du diagnostic de cancer du sein, elles ont en moyenne 81,2 ans avec 49% de femmes entre 75 et 80 ans, 49% entre 81 et 90 ans et 2% au-delà de 91 ans.

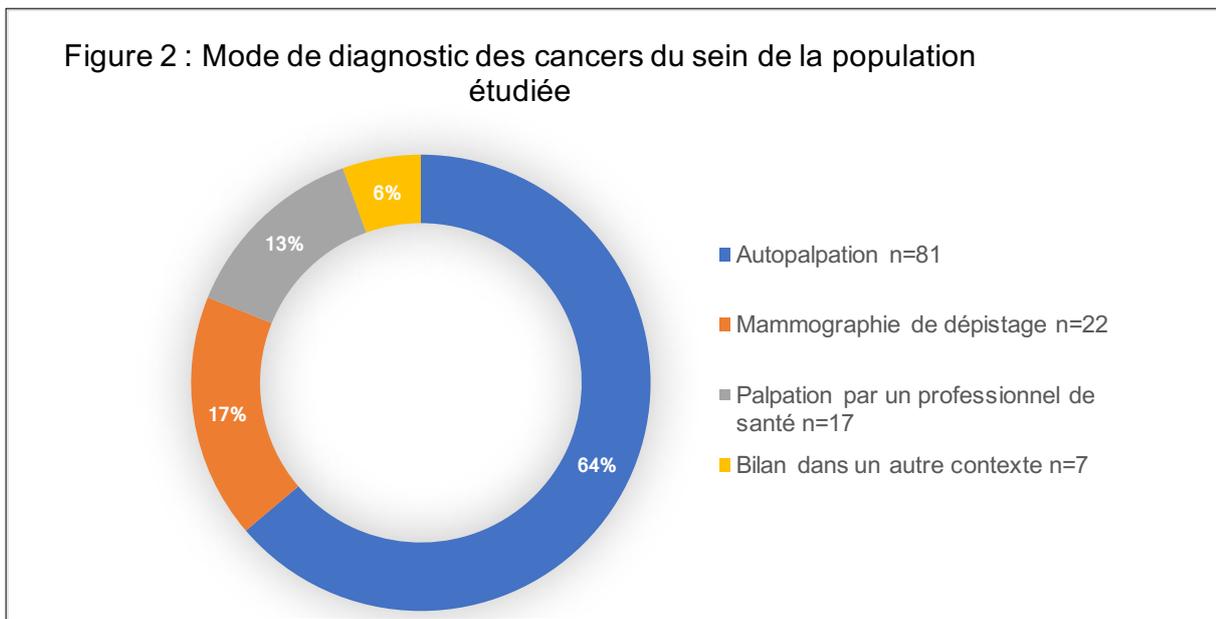
Au moment du recueil de données, elles ont en moyenne 82,6 ans avec 42% de femmes entre 75 et 80 ans, 46% entre 81 et 90 ans, 9% au-delà de 91 ans et 3% de femmes décédées.

Elles proviennent de 5 départements différents, 79% en Indre et Loire (37), 9% dans l'Indre (36), 2% dans le Cher (18), 1% en Saône et Loire (71) et 1% dans la Sarthe (72) (1% non renseigné).

57 % étaient domiciliées à moins de 25km du Centre hospitalier Universitaire de Tours, 21% entre 26 et 50 km, 12% entre 51 et 100km et 9% au-delà (1% non renseigné).



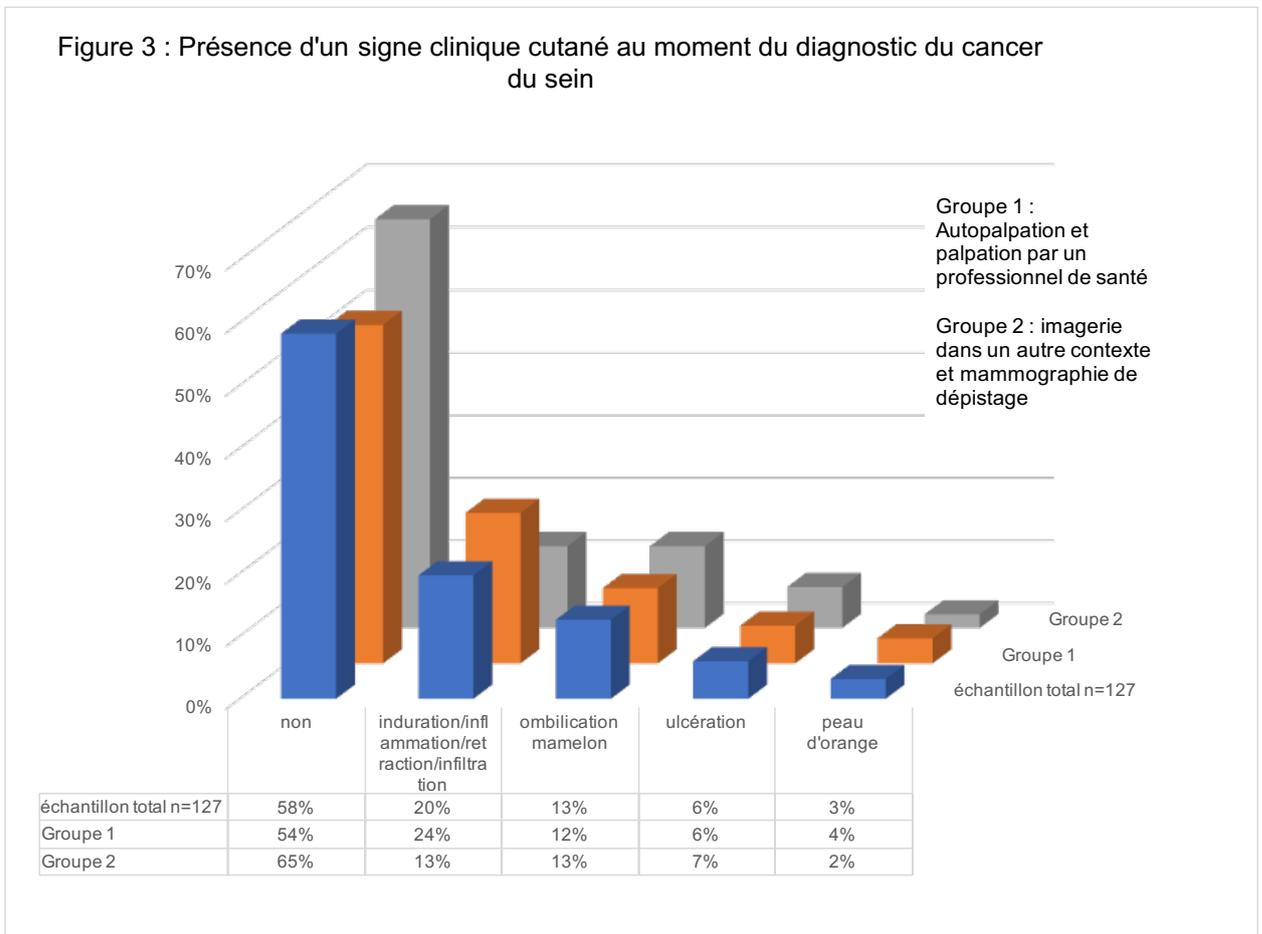
## 2. Mode de diagnostic



Parmi les 13% diagnostiqués par un professionnel de santé, on retrouvait 70% de diagnostic fait par un médecin généraliste, 12% par une aide-soignante d'EHPAD, 12% par un médecin d'un Service d'Accueil des Urgences, 6% par un médecin de SSR et aucun par un gynécologue.

### 3. Présence d'éléments cliniques au moment du diagnostic

La Figure 3 reprend les éléments cliniques cutanés présents au moment du diagnostic.

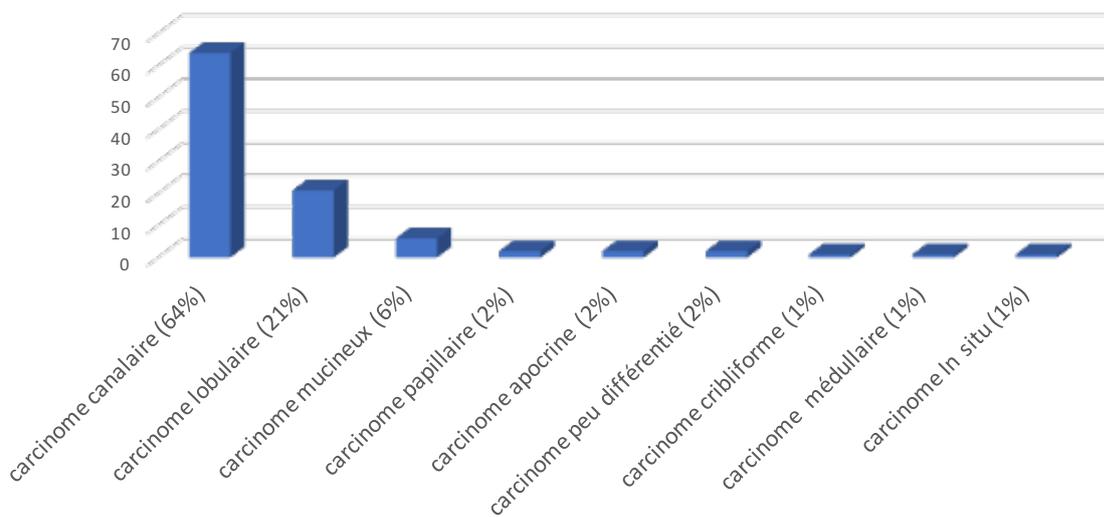


De même la présence d'une adénopathie axillaire homolatérale a été retrouvée dans 20% des cas.

L'analyse en sous-groupe a retrouvé la présence d'adénopathie axillaire pour 23% des cas dans le groupe 1 et 13% des cas dans le groupe 2.

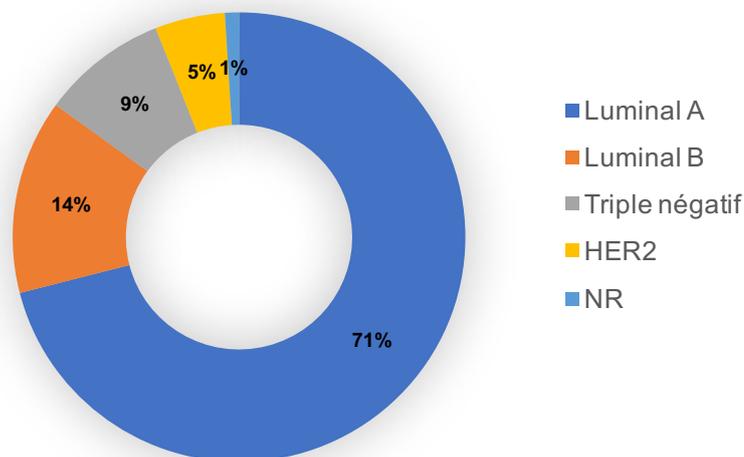
#### 4. Les types histologiques

Figure 4 : Type histologique en pourcentage



## 5. Les facteurs pronostics immuno-histologiques

Figure 5 : Facteurs pronostics histologiques et immunologiques des cancer du sein de la population.



L'analyse en sous-groupe (tableau 1) des facteurs pronostic versus le mode de diagnostic a permis de faire apparaitre que dans cette population, le mode de diagnostic par l'imagerie (groupe 2 : mammographie de dépistage et imagerie dans un autre contexte) n'a pas permis de révéler ni de lésion HER2 positive ni de lésion triple-négative.

Tableau 1 : Facteurs pronostics immunohistochimiques versus sous-groupe mode de diagnostics

	HER2		luminal A		Luminal B		Triple négatif		total patiente
	nombre de patientes	pourcentage HER2 dans chaque groupe	nombre de patientes	pourcentage Luminal A dans chaque groupe	nombre de patientes	pourcentage Luminal B dans chaque groupe	nombre de patientes	pourcentage Triple négatif dans chaque groupe	
<b>Groupe 1 : autopalpation et palpation par un professionnel de santé</b>	6	100%	65	71%	16	84%	11	100%	98
<b>Groupe 2 : bilan dans un autre contexte et mammographie de dépistage</b>	0	0%	26	29%	3	16%	0	0%	29
<b>Total</b>	6	100%	91	100%	19	100%	11	100%	127

## 6. Les stades tumoraux

Le stade UICC étaient répartis en 1% de stade 0, 31% de stade I, 40% de stade II, 18% de stade III et 7% de stade IV, 3% restant non renseigné.

L'analyse en sous-groupe est présentée dans le tableau 2.

Tableau 2 : Analyse en sous groupe des stades UICC

stade UICC	Groupe 1		Groupe 2	
	nombre	pourcentage	nombre	pourcentage
0	1	1%	0	0%
I	25	26%	14	48%
IIA	23	24%	8	28%
IIB	18	18%	2	7%
IIIA	4	4%	2	7%
IIIB	14	14%	0	0%
IIIC	3	3%	0	0%
IV	6	6%	3	10%
NR	4	4%	0	0%
Total	98	100%	29	100%

Stade UICC regroupé	nombre	pourcentage	nombre	pourcentage
O	1	1%	0	0%
I	25	26%	14	48%
II	41	42%	10	35%
III	21	21%	2	7%
IV	6	6%	3	10%
NR	4	4%	0	0%
Total	98	100%	29	100%

Le grade SGR a retrouvé 9 % de grade 1, 64% de grade 2, 23% de grade 3 et 4% de non renseigné. L'analyse en sous-groupe est présentée dans le tableau 3.

Tableau 3 : Stades SGR analysés en sous-groupe

Stade SGR	Groupe 1		Groupe 2	
	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage
1	7	7%	4	14%
2	62	63%	20	69%
3	27	28%	2	7%
NR	2	2%	3	10%
Total	98	100%	29	100%

# DISCUSSION

## 1. A propos de la méthode

Cette étude est mono centrique, ce qui ne permet pas d'extrapoler ces résultats à la population générale. Malgré tout, la taille de l'échantillon (127 femmes sur 3 ans) a permis d'avoir des résultats interprétables.

En Région Centre Val de Loire plusieurs structures privées participent au dépistage du cancer du sein.

Nos résultats sont proches de ceux publiés dans la thèse de médecine de M Louis-Marie ECOMARD (11), qui s'est intéressé aux patientes atteintes du cancer du sein, âgées de plus de 75 ans dans le département de la Gironde.

L'âge moyen de l'échantillon de cette étude est de 81,2 ans. Il est comparable à l'âge moyen de 81,1 ans indiqué dans le rapport PMSI d'Épidémiologie Hospitalière des Cancers des adultes âgés de 75 ans et plus domiciliés en Région Centre Val de Loire (12), (853 patientes pour l'année 2014).

## 2. Informations manquantes

Il existe un doute sur le mode de diagnostic autopalpation qui pourrait être marqué comme mode par défaut quand l'information manque au dossier avant le passage en RCP, créant donc un biais de classement.

Le statut immunohistologique de chaque tumeur n'était pas toujours indiqué dans les dossiers. Il a donc été créé pour l'étude à partir des données anatomopathologiques ; présence ou non des récepteurs hormonaux œstrogène et/ou progestérone, sur-expression ou non du gène de la protéine membranaire HER2. Le marqueur de prolifération Ki67 n'a pas été recherché de manière systématique, il a donc manqué pour établir le statut immunohistologique de chaque tumeur.

Concernant l'âge de la ménopause, la présence et la durée du traitement hormonal substitutif, les données manquantes étaient trop importantes pour pouvoir les intégrer à notre recueil.

### 3. A propos des résultats

Après 75 ans en France, le dépistage du cancer du sein est individualisé, réalisé par le médecin généraliste.

Or les résultats de cette étude montrent que seulement 13% des cancers du sein de la population de l'échantillon ont été diagnostiqués par un professionnel de santé, majoritairement leur médecin généraliste.

Il y a donc un défaut de dépistage des cancers du sein de ces femmes âgées par leur médecin généraliste, alors que le cancer du sein tout âge confondu reste une priorité du gouvernement dans le plan cancer 2014-2019 (13).

Les freins sont nombreux :

D'un côté des femmes peu enclines à montrer leurs seins même à leur médecin généraliste, un nombre important de vêtements, une minimisation, un déni, une lassitude face à une potentielle maladie (14) ;

De l'autre côté des médecins qui peuvent trouver inconvenant de palper les seins de femmes âgées, un temps de consultation dédié toujours plus court et la notion persistante de cancers plus indolents ou de comorbidités pouvant entraîner le décès.

La mammographie de dépistage persiste malgré la recommandation de L'HAS de ne pas continuer les mammographies après 75 ans (7) et de privilégier l'examen clinique. Or 17 % des diagnostics de cancer du sein de cette population ont été réalisés par une mammographie de dépistage.

Cela met à jour la discordance entre les recommandations et les faits.

Les arguments pour la poursuite des mammographies sont des appareils de moins en moins irradiants avec un risque de cancer radio-induits toujours plus bas (15), des tumeurs diagnostiquées plus petites, parfois non palpables et donc de meilleur pronostic.

La sensibilité et la valeur prédictive positive de la mammographie pour la détection des cancers mammaires augmentent avec l'âge, en raison de la diminution de la densité mammaire (16).

Les arguments en défaveur de la poursuite des mammographies sont un coût important pour la société, des cancers d'intervalle, l'existence de cancers radio-induits, un geste parfois mal vécu et douloureux, un nombre important de faux-positifs et de sur-diagnostic (17)(14).

Les femmes sortant de la phase d'éligibilité au Dépistage National Organisé, ne reçoivent pas toujours les mêmes conseils sur l'utilité de privilégier l'examen clinique ou de continuer les mammographies et cela crée un flou en défaveur de l'adhésion des femmes (18).

La palpation par un professionnel de santé retrouve un nombre 12% de diagnostics effectués par les aides-soignantes travaillant en maison de retraite. Cette voie d'alerte, n'est pas décrite dans la littérature et semble nécessaire à mettre en avant afin de diagnostiquer des cancers, potentiellement éligibles à une thérapeutique permettant un maintien d'une espérance de vie en bonne santé, et donc un maintien de l'autonomie.

Les femmes âgées de demain seront plus sensibilisées à leur santé et leur espérance de vie estimée à 85,5 ans (estimation INSEE 2015 projetée) (19) font que l'incidence du cancer du sein va continuer de croître.

A l'heure actuelle, les cancers du sein des femmes âgées sont diagnostiqués plus tardivement que pour les classes d'âges précédentes et ont une prise en charge thérapeutique moins agressive et avec de moins bons résultats. (20)

Lors de l'examen clinique, l'inspection est importante, c'est pourquoi nous nous sommes intéressés aux signes cliniques cutanés. Un ou des signes cliniques cutanés étaient présents dans 42% des cas au moment du diagnostic, ce qui est peu.

L'étude en sous-groupe permet de faire apparaître que les signes cliniques cutanés au moment du diagnostic sont présents dans 46% dans le groupe 1 (autopalpation et palpation professionnel de santé) contre 25% dans le groupe 2 (imagerie dans une autre contexte et mammographie de dépistage).

Ceci est aisément explicable par le fait que les cancers palpés sont souvent plus avancés que ceux trouvés par l'imagerie.

De plus, on remarque que les cancers du sein avec un signe clinique cutané ont un stade UICC plus avancé (voir tableau en Annexe).

La palpation des seins reste donc indispensable au diagnostic.

Les types histologiques des cancers du sein des femmes de cette étude diffèrent peu des données de la littérature. Les carcinomes canaux sont majoritaires à 64% vs 71%, carcinomes lobulaires 21% vs 23% et les autres 15% vs 6% en comparaison de l'étude de Robert Königsberg (21).

Les statuts immuno-histologiques des cancers du sein des patientes de cette étude (soit âgées de plus de 75 ans ) correspondent à la littérature (patientes âgées de plus de 70 ans) (22) ; Luminal A 71% versus 72%, Luminal B 14% versus 13%, Triple négatif 9% versus 10%, HER2 5% versus 5%.

Par rapport à une population des femmes âgées de 46 à 69 ans dans cette étude, les chiffres ne retrouvent pas de réelle différence ; Luminal A 71% versus 64%, Luminal B 14% versus 15%, Triple négatif 9% versus 13%, HER2 5% versus 8%. Les Luminal A sont plus nombreux en proportion mais il persiste des triple-négatifs au pronostic sombre.

On montre dans cette thèse que la mammographie n'a pas pu diagnostiquer de cancer HER2 ou triple négatif dans notre échantillon, élément en défaveur d'une augmentation du bornage du dépistage organisé.

Les stades UICC de cette étude montrent qu'effectivement, en accord avec la littérature, les tumeurs diagnostiquées par l'imagerie groupe 2 sont de plus petite taille, moins métastatique et donc de meilleur pronostic, que celles diagnostiquées par la palpation groupe 1. (23)

## CONCLUSION

La palpation des seins des femmes de plus de 75 ans par le médecin généraliste n'est pas faite de manière systématique comme le montre cette étude avec 64% des cancers du sein de l'échantillon diagnostiqués par autopalpation et seulement 17% par un professionnel de santé.

Cette étude n'apporte pas d'éléments nouveaux en faveur de l'augmentation du bornage du dépistage national organisé.

Pour stimuler le dépistage clinique par les professionnels de santé et pour obtenir l'adhésion de l'ensemble de la profession médicale, la publication d'une recommandation est nécessaire.

Cette recommandation pourrait être : « Il est recommandé d'inspecter, de palper les seins, de rechercher une adénopathie axillaire des femmes de plus de 75 ans, annuellement de préférence l'été ».

Car diagnostiquer les cancers le plus tôt possible participe à la conservation de l'autonomie, du maintien à domicile et de l'espérance de vie en bonne santé.

Or actuellement le pronostic des cancers du sein de ces femmes est moins bon que celui des femmes d'âge inférieur à 75 ans car ils sont à un stade plus avancé au moment du diagnostic. Il y a donc un retard au diagnostic.

La nouveauté qu'apporte cette étude, c'est l'ouverture d'un champ d'action via les aides-soignantes présentes dans les institutions ou au domicile.

Cette étude retrouve que parmi les 13% des cancers du sein diagnostiqués par la palpation d'un professionnel de santé, 12% étaient des aides-soignantes.

Il faut développer ce mécanisme d'alerte par une information et une formation en école d'aides-soignantes.

Ce travail pourrait être complété idéalement par une étude prospective mais dans un premier temps par un élargissement du recueil en intégrant les patientes de tous les centres de traitement des cancers du sein de la Région Centre Val de de Loire.

## BIBLIOGRAPHIE

1. France. Ministère des affaires sociales du travail et de la solidarité D de la recherche, editor. L'état de santé de la population en France: rapport 2015. Paris, France: Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques; 2015. 324 p.
2. Haute Autorité de Santé - Cancer du sein [Internet]. [consulté 2017 Oct 10]. Available from: [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1710848/fr/cancer-du-sein](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1710848/fr/cancer-du-sein)
3. Pignon T, Rafaramino F, Scalliet P. Cancer et sujets âgés.Prise en charge. Aspects décisionnels. Rev Médecine Interne. 2000 Sep 1;21(9):765–76.
4. 2009\_GO\_181\_sergent.pdf [Internet]. [consulté 2017 Oct 13]. Available from: [http://www.cngof.asso.fr/d\\_livres/2009\\_GO\\_181\\_sergent.pdf](http://www.cngof.asso.fr/d_livres/2009_GO_181_sergent.pdf)
5. Moriceau M, Weber C. Cancer chez la personne âgée : démarche oncogériatrique et dépistage des patients fragiles pour une prise en charge optimale, Summary. InfoKara. 2007 Nov 1;22(2):49–55.
6. Newschaffer CJ, Penberthy L, Desch CE, Retchin SM, Whittemore M. The effect of age and comorbidity in the treatment of elderly women with nonmetastatic breast cancer. Arch Intern Med. 1996 Jan 8;156(1):85–90.
7. note\_de\_cadrage\_-\_depistage\_du\_cancer\_du\_sein\_chez\_les\_femmes\_de\_40-49\_ans\_et\_70-79\_ans.pdf [Internet]. [consulté 2017 Oct 10]. Available from: [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-10/note\\_de\\_cadrage\\_-\\_depistage\\_du\\_cancer\\_du\\_sein\\_chez\\_les\\_femmes\\_de\\_40-49\\_ans\\_et\\_70-79\\_ans.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-10/note_de_cadrage_-_depistage_du_cancer_du_sein_chez_les_femmes_de_40-49_ans_et_70-79_ans.pdf)
8. L'état de santé de la population en France RAPPORT 2015 [Internet]. [consulté 2017 Oct 10]. Available from: [http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rappeds\\_v11\\_16032015.pdf](http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rappeds_v11_16032015.pdf)
9. Projection d'incidence et de mortalité par localisation cancéreuse en 2015 [Internet]. [cited 2017 Oct 10]. Available from: <http://lesdonnees.e-cancer.fr/Themes/epidemiologie/Incidence-mortalite-nationale/Les-projections-2015-d-incidence-et-de-mortalite-par-cancer/Projection-d-incidence-et-de-mortalite-par-localisation-cancereuse-en-2015>
10. Galant C, Berlière M, Leconte I, Marbaix E. Nouveautés dans les facteurs histopronostiques des cancers du sein. Imago Femme. 2010 Mar 1;20(1):9–17.
11. Ecomard L-M. Modalités diagnostiques du cancer du sein chez la femme, à partir de 75 ans, en Gironde: rôle du médecin généraliste [Thèse d'exercice]. [1970-2013, France]: Université de Bordeaux II; 2013.
12. Rapport\_Oncogériatrie\_2007-2014.pdf [Internet]. [consulté 2017 Oct 10]. Available from: [http://oncocentre.org/wp-content/uploads/Rapport\\_Oncog%C3%A9riatrie\\_2007-2014.pdf](http://oncocentre.org/wp-content/uploads/Rapport_Oncog%C3%A9riatrie_2007-2014.pdf)
13. France. Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche, France. Ministère des affaires sociales et de la santé. Plan cancer 2014-2019: guérir et prévenir les cancers :

donnons les mêmes chances à tous, partout en France. Lieu d'édition inconnu, France; 2014. 150 p.

14. Delcher A, Lemarcis-De Decker L. Le dépistage individuel du cancer du sein chez les femmes de plus de 74 ans: identification des pratiques des médecins généralistes. France; 2011.

15. Yaffe MJ, Mainprize JG. Risk of radiation-induced breast cancer from mammographic screening. *Radiology*. 2011 Jan;258(1):98–105.

16. Jalaguier-Coudray A, Thomassin-Piana J. Particularités histo-radiologiques des cancers du sein de la femme âgée. *Imag Femme*. 2013 Jun;23(2):100–6.

17. PDQ Screening and Prevention Editorial Board. Breast Cancer Screening (PDQ®): Health Professional Version. In: PDQ Cancer Information Summaries [Internet]. Bethesda (MD): National Cancer Institute (US); 2002. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK65906/>

18. Écomard L-M, Malingret N, Asad-Syed M, Dilhuydy M-H, Madranges N, Payet C, et al. Diagnostic du cancer du sein après 74 ans : information donnée par les structures de gestion du dépistage organisé à la sortie de la tranche d'âge concernée. *Bull Cancer (Paris)*. 2013 Jul 1;100(7):671–8.

19. Espérance de vie à divers âges en 2016 | Insee [Internet]. [consulté 2017 Oct 10]. Available from: <https://insee.fr/fr/statistiques/2416631#tableau-Donnes>

20. Ring A, Reed M, Leonard R, Kunkler I, Muss H, Wildiers H, et al. The treatment of early breast cancer in women over the age of 70. *Br J Cancer*. 2011 Jul 12;105(2):189–93.

21. Königsberg R, Pfeiler G, Hammerschmid N, Holub O, Glössmann K, Larcher-Senn J, et al. Breast Cancer Subtypes in Patients Aged 70 Years and Older. *Cancer Invest*. 2016 May 27;34(5):197–204.

22. Parise CA, Bauer KR, Caggiano V. Variation in breast cancer subtypes with age and race/ethnicity. *Crit Rev Oncol Hematol*. 2010 Oct;76(1):44–52.

23. Kolb TM, Lichy J, Newhouse JH. Comparison of the performance of screening mammography, physical examination, and breast US and evaluation of factors that influence them: an analysis of 27,825 patient evaluations. *Radiology*. 2002 Oct;225(1):165–75.

## Annexe : ACRONYMES

BRCA : Breast Cancer

CHRU : Centre Hospitalier Régional Universitaire

CNGOF : Collège National des Gynécologues et des Obstétriciens Français

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

HAS : Haute Autorité de Santé

HER 2: Human Epidermal Growth Factor Receptor-2

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

NR : Non Renseigné

PDS : Professionnel de Santé

PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information

RCP : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire

SBR : Scarff-Bloom-Richardson

SSR : Soins de Suite et Réadaptation

TNM : Tumor Node Metastasis

UICC : Union Internationale Contre le Cancer

## Annexe : TABLEAUX

Annexe : Tableau de répartition des patientes en fonction de leur âge.

Au moment du diagnostic			Au moment du recueil de données		
Age	Nombre	Pourcentage	Age	Nombre	Pourcentage
Total	127	100%	total	127	100%
75	9	7%	75	2	2%
76	10	8%	76	4	3%
77	10	8%	77	10	8%
78	15	12%	78	6	5%
79	9	7%	79	14	11%
80	9	7%	80	17	13%
81	12	9%	81	6	5%
82	7	6%	82	6	5%
83	7	6%	83	5	4%
84	9	7%	84	14	11%
85	9	7%	85	5	4%
86	3	2%	86	12	9%
87	3	2%	87	3	2%
88	6	5%	88	5	4%
89	3	2%	89	2	2%
90	3	2%	90	1	1%
91	0	0%	91	4	3%
92	1	1%	92	4	3%
93	1	1%	93	1	1%
94	0	0%	94	1	1%
95	1	1%	96	1	1%
			DCD	4	3%

Période d'âge	Âge de la patiente au moment du diagnostic (%)	âge de la patiente au moment du recueil de données (%)
75-80	49%	42%
81-90	49%	46%
sup 91	2%	9%
DCD	0%	3%
Total	100%	100%

Annexe : Facteurs histopronostic en fonction des âges

Age	Luminal A	Luminal B	HER2	Triple négatif	NR	total
75	6	2	0	1	0	9
76	8	2	0	0	0	10
77	8	1	0	1	0	10
78	10	2	1	2	0	15
79	8	1	0	0	0	9
80	8	1	0	0	0	9
81	10	0	2	0	0	12
82	5	2	0	0	0	7
83	4	1	0	2	0	7
84	5	2	1	1	0	9
85	6	1	0	2	0	9
86	1	0	0	1	1	3
87	3	0	0	0	0	3
88	5	0	1	0	0	6
89	2	1	0	0	0	3
90	1	1	1	0	0	3
91	0	0	0	0	0	0
92	1	0	0	0	0	1
93	0	0	0	1	0	1
94	0	0	0	0	0	0
95	0	1	0	0	0	1
Ages regroupés	Luminal A	Luminal B	HER2	Triple négatif	NR	
75-80	48	9	1	4	0	
81-90	42	8	5	6	1	
sup 91	1	1	0	1	0	
<b>total</b>	<b>91</b>	<b>18</b>	<b>6</b>	<b>11</b>	<b>1</b>	<b>127</b>
<b>pourcentage</b>	<b>71%</b>	<b>14%</b>	<b>5%</b>	<b>9%</b>	<b>1%</b>	<b>100%</b>

Annexe : Présence d'un traitement hormonal substitutif

Traitement hormonal substitutif		
oui	25	20%
non	50	39%
NR	52	41%
total	127	100%

Durée du traitement hormonal substitutif en années	
moyenne	8,14

Annexe : Signes cutanés versus stade UICC

	NR	0	I	IIA	IIB	IIIA	IIIB	IIIC	IV	Total	Pourcentage
oui	3	0	5	10	10	4	12	3	6	53	42%
non	1	1	34	21	10	2	2	0	3	74	58%
<b>Total</b>										<b>127</b>	<b>100%</b>

## Annexe : CLASSIFICATION TNM DU CANCER DU SEIN

Le système TNM distingue le stade clinique pré-thérapeutique noté "cTNM" et le stade anatomopathologique post-chirurgical noté "pTNM"

### Tumeur Primaire T

**Tx** : la tumeur primitive ne peut pas être évaluée

**T0** : la tumeur primitive n'est pas palpable

- **Tis** : carcinome *in situ*
- **Tis (DCIS)** : carcinome canalaire *in situ*
- **Tis (CLIS)** : carcinome lobulaire *in situ*
- **Tis (Paget)** : maladie de Paget du mamelon sans tumeur sous-jacente

NB : la maladie de Paget associée à une tumeur est classée en fonction de la taille de la tumeur

**T1** : tumeur  $\leq 2$  cm dans sa plus grande dimension

**T1mic** : micro-invasion  $\leq 1$  mm dans sa plus grande dimension

- **T1a** :  $1 \text{ mm} < \text{tumeur} \leq 5 \text{ mm}$  dans sa plus grande dimension
- **T1b** :  $5 \text{ mm} < \text{tumeur} \leq 1 \text{ cm}$  dans sa plus grande dimension
- **T1c** :  $1 \text{ cm} < \text{tumeur} \leq 2 \text{ cm}$  dans sa plus grande dimension

**T2** :  $2 \text{ cm} < \text{tumeur} \leq 5 \text{ cm}$  dans sa plus grande dimension

**T3** : tumeur  $> 5$  cm dans sa plus grande dimension

**T4** : tumeur, quelle que soit sa taille, avec une extension directe soit à la paroi thoracique (a), soit à la peau (b)

- **T4a** : extension à la paroi thoracique en excluant le muscle pectoral
- **T4b** : œdème (y compris peau d'orange) ou ulcération de la peau du sein, ou nodules de perméation situés sur la peau du même sein
- **T4c** : T4a+T4b
- **T4d** : cancer inflammatoire

### Ganglions lymphatiques régionaux pN

**Nx** : l'envahissement des ganglions lymphatiques régionaux ne peut pas être évalué (par exemple déjà enlevés chirurgicalement ou non disponibles pour l'analyse anatomopathologique du fait de l'absence d'évidement)

**N0** : absence d'envahissement ganglionnaire régional histologique et absence d'examen complémentaire à la recherche de cellules tumorales isolées

- **N0(i-)** : absence d'envahissement ganglionnaire régional histologique, étude immunohistochimique négative (IHC)
- **N0(i+)** : absence d'envahissement ganglionnaire régional histologique, IHC positive, avec des amas cellulaires  $\leq 0,2$  mm (considéré comme sans métastase ganglionnaire)

- **N0(mol-)** : absence d'envahissement ganglionnaire régional histologique, biologie moléculaire négative (RT-PCR : *reverse transcriptase polymerase chain reaction*)
- **N0(mol+)** : absence d'envahissement ganglionnaire régional histologique, biologie moléculaire positive (RT-PCR)

**N1mi** : micrométastases > 0,2 mm et ≤ 2 mm

**N1** : envahissement de 1 à 3 ganglions axillaires ou/et envahissement des ganglions de la CMI détecté sur ganglion sentinelle sans signe clinique

- **N1a** : envahissement de 1 à 3 ganglions axillaires
- **N1b** : envahissement des ganglions de la CMI détecté sur ganglion sentinelle sans signe clinique
- **N1c** : envahissement de 1 à 3 ganglions axillaires et envahissement des ganglions de la CMI détecté sur ganglion sentinelle sans signe clinique (pN1a + pN1b)

**N2** : envahissement de 4 à 9 ganglions axillaires ou envahissement des ganglions mammaires internes homolatéraux suspects, en l'absence d'envahissement ganglionnaire axillaire

- **N2a** : envahissement de 4 à 9 ganglions axillaires avec au moins un amas cellulaire > 2 mm
- **N2b** : envahissement des ganglions mammaires internes homolatéraux suspects, en l'absence d'envahissement ganglionnaire axillaire

**N3** : envahissement d'au moins 10 ganglions axillaires ou envahissement des ganglions sous-claviculaires (niveau III axillaire) ou envahissement des ganglions mammaires internes homolatéraux suspects avec envahissement ganglionnaire axillaire ou envahissement de plus de 3 ganglions axillaires et envahissement des ganglions de la CMI détecté sur ganglion sentinelle sans signe clinique ou envahissement des ganglions sus-claviculaires homolatéraux

- **N3a** : envahissement d'au moins 10 ganglions axillaires (avec au moins un amas cellulaire > 2 mm) ou envahissement des ganglions sous-claviculaires
- **N3b** : envahissement des ganglions mammaires internes homolatéraux suspects avec envahissement ganglionnaire axillaire ou envahissement de plus de 3 ganglions axillaires et envahissement des ganglions de la CMI détecté sur ganglion sentinelle sans signe clinique.
- **N3c** : envahissement des ganglions sus-claviculaires homolatéraux

### **Métastases à distance (M)**

**Mx** : renseignements insuffisants pour classer les métastases à distance

**M0** : absence de métastases à distance

**M1** : présence de métastase(s) à distance

## Annexe : CLASSIFICATION PAR STADE UICC

**0** : Tis N0 M0

**I** : T1 N0 M0

**IIA** : T0 N1 M0 ; T1 N1 M0 ; T2 N0 M0 ;

**IIB** : T2 N1 M0 ; T3 N0 M0

**IIIA** : T0 N2 M0 ; T1 N2 M0 ; T2 N2 M0 ; T3 N1 M0 ; T3 N2 M0

**IIIB** : T4 N0 M0 ; T4 N1 M0 ; T4 N2 M0

**IIIC** : Tous T N3 M0

**IV** : Tous T Tous N M1

## PAGE DE SIGNATURE

**Avis favorable de la Commissions des thèses  
du Département de Médecine Générale  
en date du**

Le Directeur de Thèse

A handwritten signature in black ink, consisting of several loops and a long horizontal stroke extending to the left.

**Vu le Doyen  
de la Faculté de Médecine de  
Tours**

## DEPOT DE SUJET DE THESE

## **GRENIER Alexandre**

44 pages – 3 tableaux – 5 figures

### **Résumé :**

Les femmes de plus de 75 ans à risque moyen de cancer du sein n'ont plus accès au dépistage national organisé. L'incidence reste élevée (projection 2015 ; 12 106 cas de plus de 75 ans). Le dépistage individuel reste clinique, assuré par le médecin généraliste. Nous nous sommes intéressés aux modalités de diagnostic des cancers du sein des femmes de plus de 75 ans à risque moyen de cancer du sein.

Une étude quantitative rétrospective monocentrique a été menée au CHRU de Tours.

Les critères d'inclusion étaient : Femme ; âgée de plus de 75 ans ; Décédée ou non ; à risque moyen de cancer du sein (femme et âge comme facteurs de risque) ; avec un cancer du sein de novo ; avec une preuve anatomopathologique analysée par le service d'anatomopathologie du CHRU de Tours obtenue entre 2014 et 2016.

Les critères d'exclusion étaient : femme ayant eu un cancer du sein avant 75 ans et pour lequel il s'agit d'une récurrence ou un autre primitif mammaire ; celles qui sont à haut risque de cancer du sein.

Le critère principal était le mode de diagnostic du cancer du sein retenu : L'autopalpation, la palpation par un professionnel de santé, la mammographie de dépistage, l'imagerie dans un autre contexte.

Les critères secondaires étaient : la présence des éléments cliniques cutanés pouvant faire envisager un cancer ainsi que la présence d'une adénopathie axillaire ; les facteurs pronostiques immuno-histologiques.

127 femmes ont été incluses. Au moment du diagnostic de cancer du sein, elles ont en moyenne 81,2 ans avec 49% de femmes entre 75 et 80 ans, 49% entre 81 et 90 ans et 2% au-delà de 91 ans.

64% des diagnostics de cancer du sein ont été effectué par autopalpation, 17% par mammographie de dépistage, 13% par la palpation d'un professionnel de santé et 6% par une imagerie dans un autre contexte. Parmi les 13% diagnostiqués par un professionnel de santé, on retrouve 70% de diagnostic fait par un médecin généraliste, 12% par une aide-soignante d'EHPAD, 12% par un médecin d'un Service Accueil des Urgences et 6% par un médecin de SSR.

La présence d'un signe clinique cutané était de 42% des cas au moment du diagnostic et celle d'une adénopathie axillaire de 20% des cas.

Les statuts immuno-histologiques retrouvaient Luminal A 71%, Luminal B 14%, Triple négatif 9%, HER2 5%.

La palpation par le médecin généraliste n'est pas faite de manière systématique et des mammographies de dépistage individuel persistent.

Au moment du diagnostic les femmes de plus de 75 ans ont des cancers du sein plus avancés que pour les femmes plus jeunes. Afin de diagnostiquer les cancers le plus tôt possible, l'information et la formation des aides-soignantes est une voie d'amélioration de la qualité des soins. L'édition de recommandations simples est nécessaire pour stimuler et faciliter la palpation par les médecins généralistes.

**Mots clés :** Cancer du sein, femme âgée, dépistage, diagnostic, mammographie, examen clinique, médecin généraliste

**Jury :**  
*Président du Jury :* Professeur Henri MARRET  
*Membres du Jury :* Professeur Claude LINASSIER  
Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ  
Docteur Ken HAGUENOER  
Docteur Anne VILDÉ

**Date de soutenance :** Vendredi 10 novembre 2017