

La Reconstruction Mammaire chez la femme âgée

Dr Christine Tunon de Lara
G.Babin, A.Marroc,
M.Fournier, H.Charitansky.
Institut Bergonié Bordeaux

Octobre Rose

1° Symposium du Centre Du Sein du Valais Romand



Le cancer du sein en France

- ▶ 58459 nouveaux cas en 2018
- ▶ Âge moyen de diagnostic : 61 ans
- ▶ Survie nette de 76% à 10 ans.
- ▶ 30% de mastectomies.
- ▶ Taux global RM 22,9%.
- ▶ Amélioration qualité de vie
- ▶ Espérance de vie croissante.
- ▶ Manque de données des plus de 65 ans

A quel âge une femme est-elle âgée ?

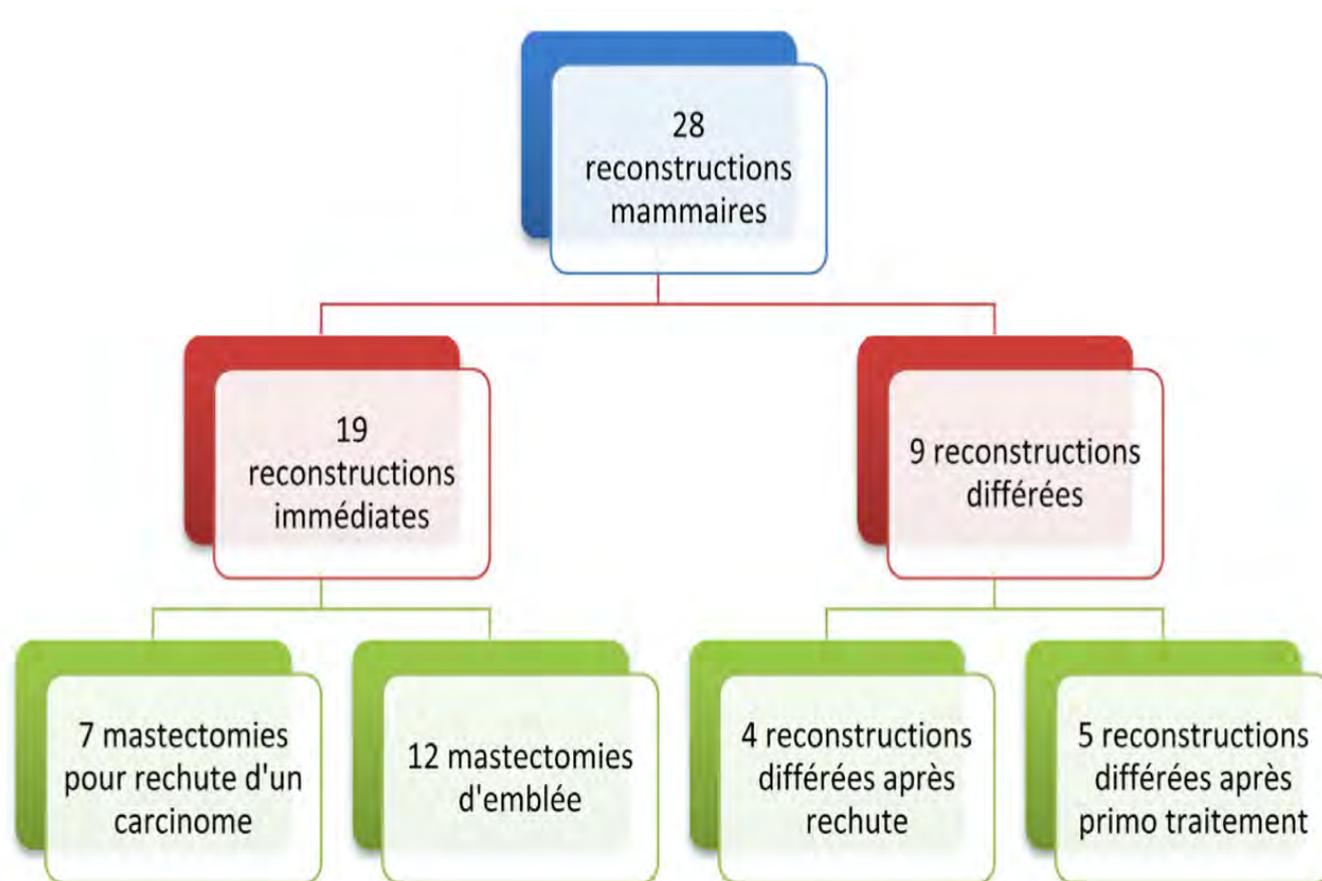
- ▶ Variation en fonction de l'âge du médecin
- ▶ Essais de RM critère d'exclusion > 65 ans
- ▶ Gériatres >70 ans (<75 ans jeunes vieux)
- ▶ Âge physiologique/comorbidités

- ▶ Score OMS (0-4)
- ▶ G8 test de dépistage du recours au gériatre chez un patient atteint de cancer (8 items score /17) normal si >14 (JCO 2011 P. Soubeyran ONCODAGE)

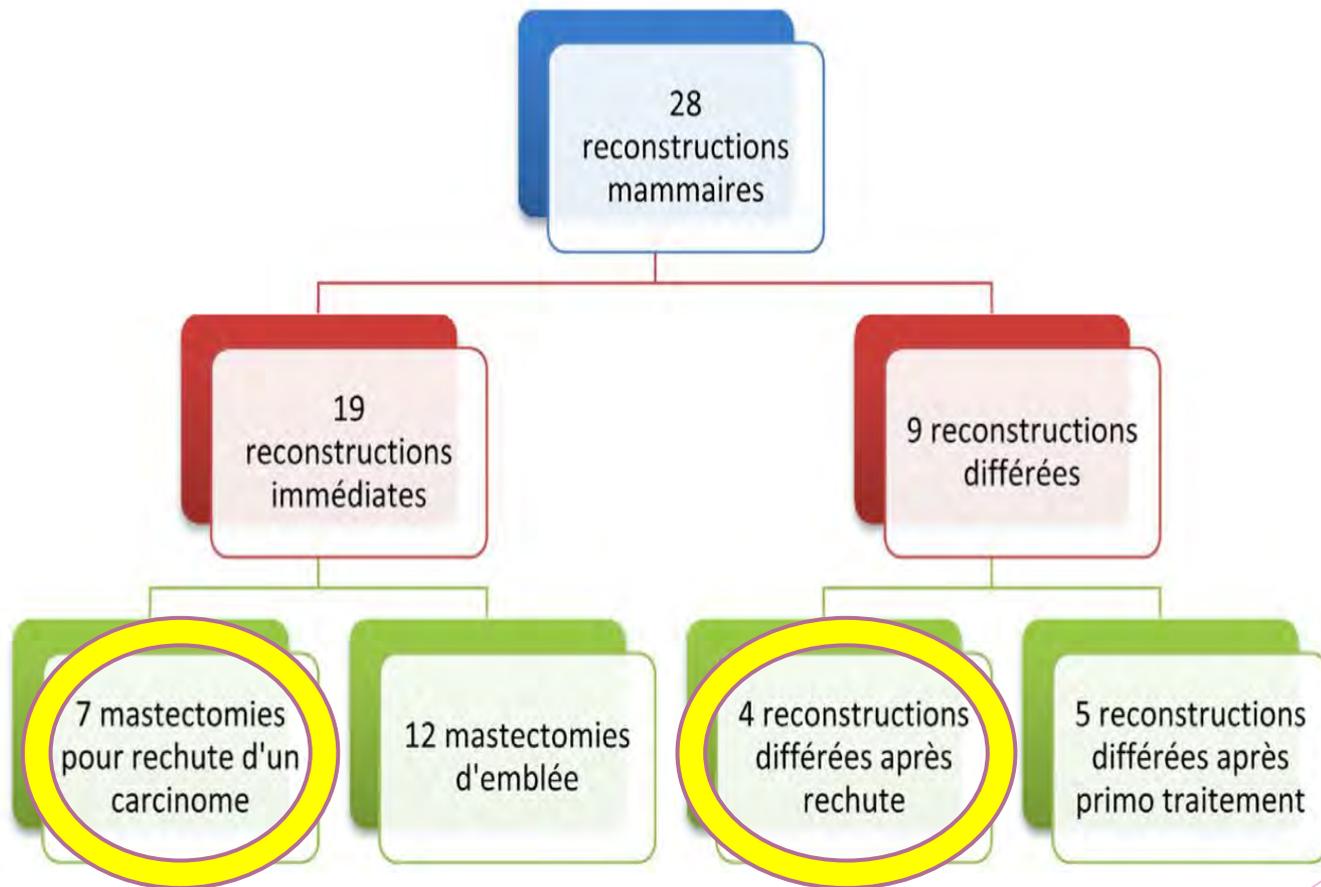
2016 : Quelles sont nos pratiques?

- ▶ Faisons-nous RM après 70 ans ?
- ▶ G.Babin Bull du cancer 2017
- ▶ 2005-2015
- ▶ 28 RM 19 RMI et 9 RMS
- ▶ Taux de RM 4,7%

Indications

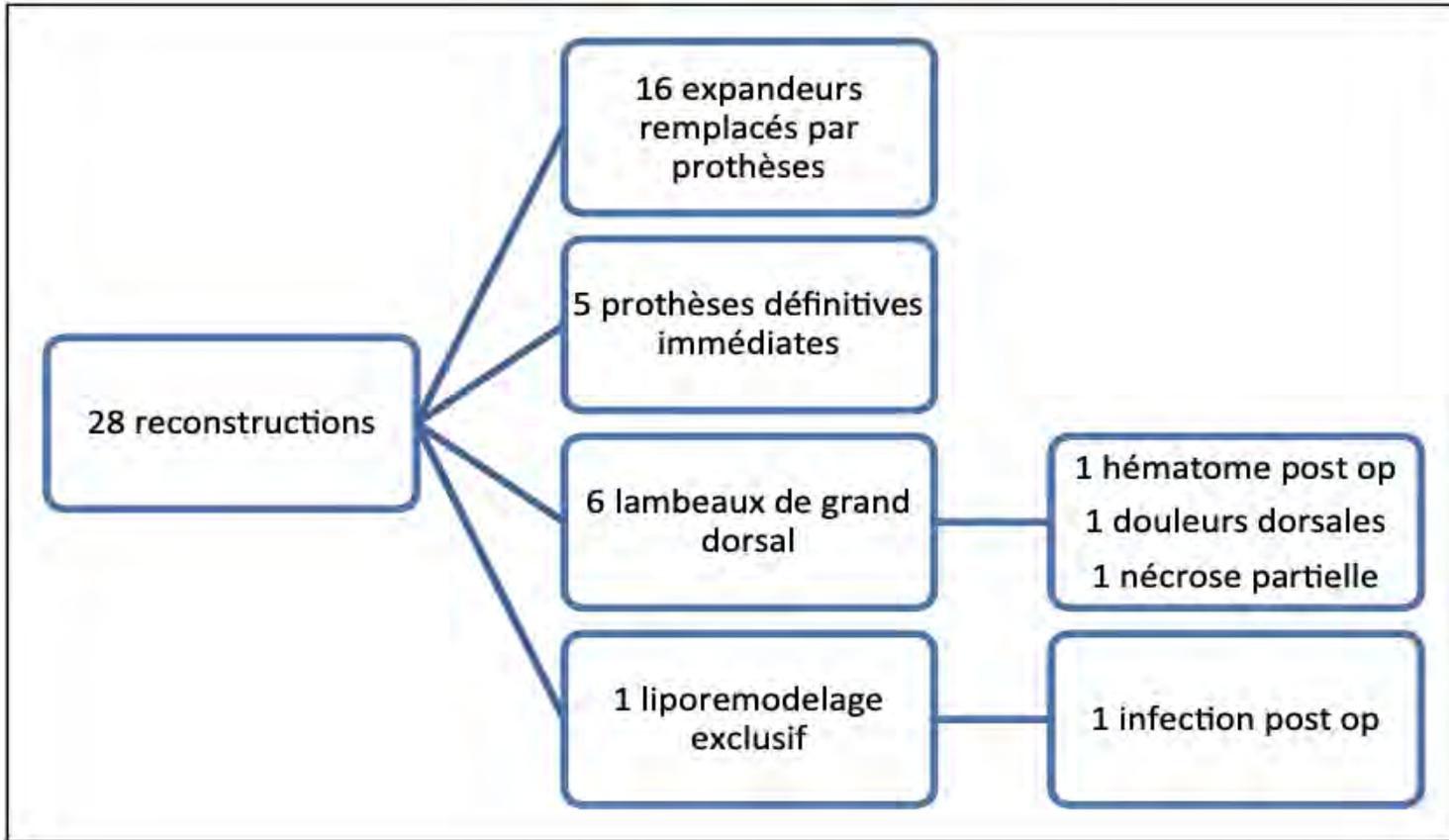


Indications

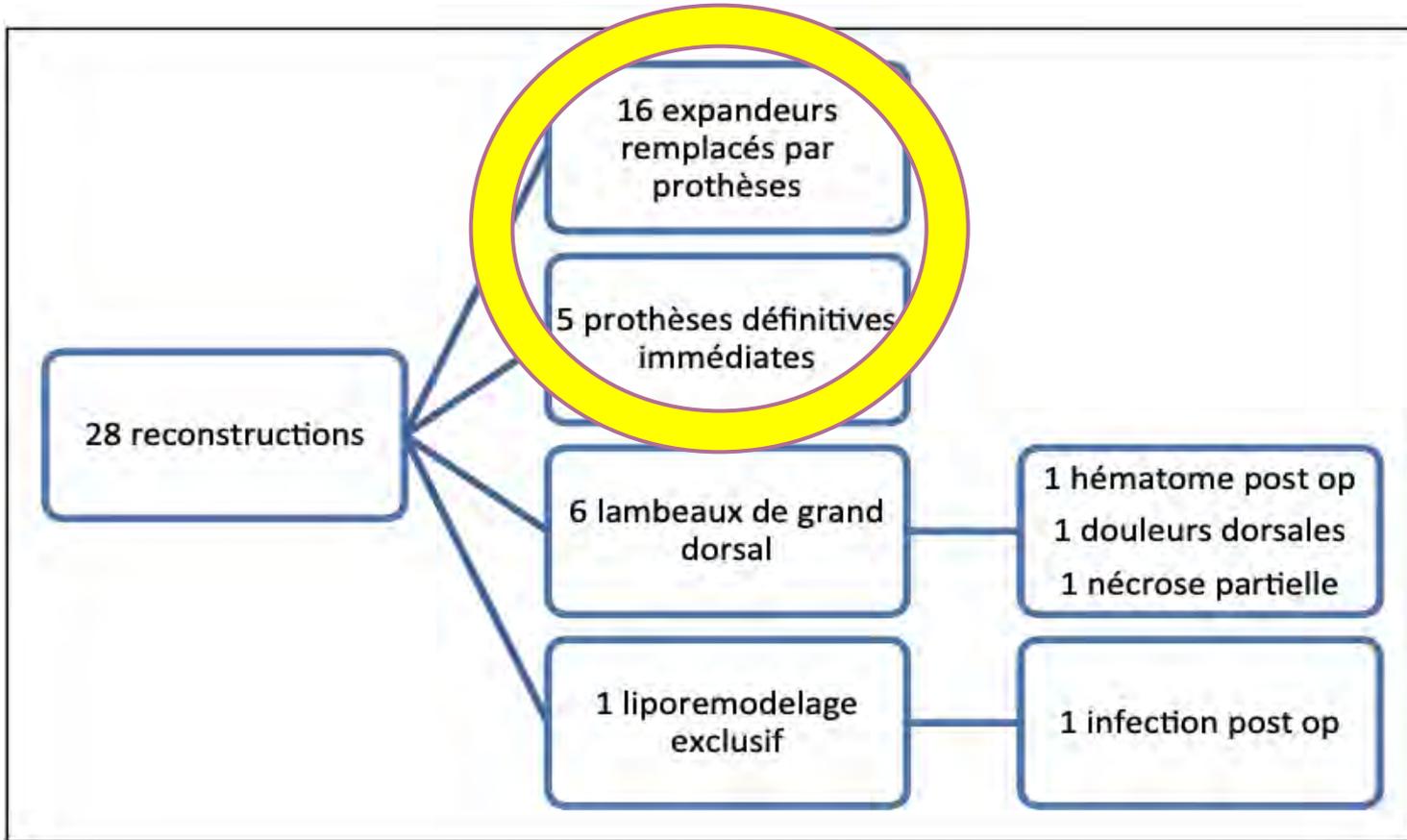


17 mastectomies d'emblée dont 6 pour CCIS
Population hyper-sélectionnée

Types de RMI



Types de RMI



Majoritairement des prothèses mammaires

Problèmes techniques

- ▶ Patientes âgées
- ▶ Seins grasseux et ptosés
- ▶ Volume +/- important
- ▶ Cicatrisation parfois difficile

- ▶ Co-morbidités

Morphologie de la patiente



Les techniques les plus adaptées

- ▶ Lambeaux autologues
- ▶ LMCD
- ▶ DIEP

- ▶ Lipomodélage exclusif



LMCD



Lipomodélage exclusif avec ou sans Expandeur



Les techniques les plus utilisées

- ▶ Prothèse d'emblée

Nécessitant un geste sur le sein controlatéral

- ▶ Prothèse d'expansion

Assez adapté à cet âge

Mais chirurgies multiples



RMI par Prothèses



Introduction (2)

Thèse d'Audrey Marroc (22 octobre 2019)

▶ **Objectif principal:**

- ▶ Evaluer la population opérable et la population opérée en termes de reconstructions mammaires chez les femmes de 70 ans et traitée par une mastectomie au sein de l'Institut Bergonié entre 2005 et 2018.

Matériel et méthodes (1)

- ▶ Etude rétrospective unicentrique.
- ▶ Patientes de 70 ans et plus traitées par mastectomie avec ou sans reconstruction mammaire entre janvier 2005 et Décembre 2018
- ▶ 2 groupes: patientes avec reconstruction mammaire, patientes sans reconstruction mammaire.
- ▶ Données informatisées + enquête téléphonique.
- ▶ Critères d'exclusion:
 - ▶ âge < 70 ans.
 - ▶ reconstruction différée avec décision prise ultérieurement à la consultation pré mastectomie.
 - ▶ décès,
 - ▶ altération de l'état général ou cognitif
 - ▶ lambeau de couverture imposée par une atteinte cutanée majeure,
 - ▶ patientes métastatiques au moment de la reconstruction,
 - ▶ Données manquantes

Matériel et méthodes (2)

- ▶ **Pour chaque groupe:**

- ▶ Données socio- démographiques.
- ▶ Données médico-chirurgicales.
- ▶ Caractéristiques tumorales.
- ▶ Description chirurgie(s) et complication(s)

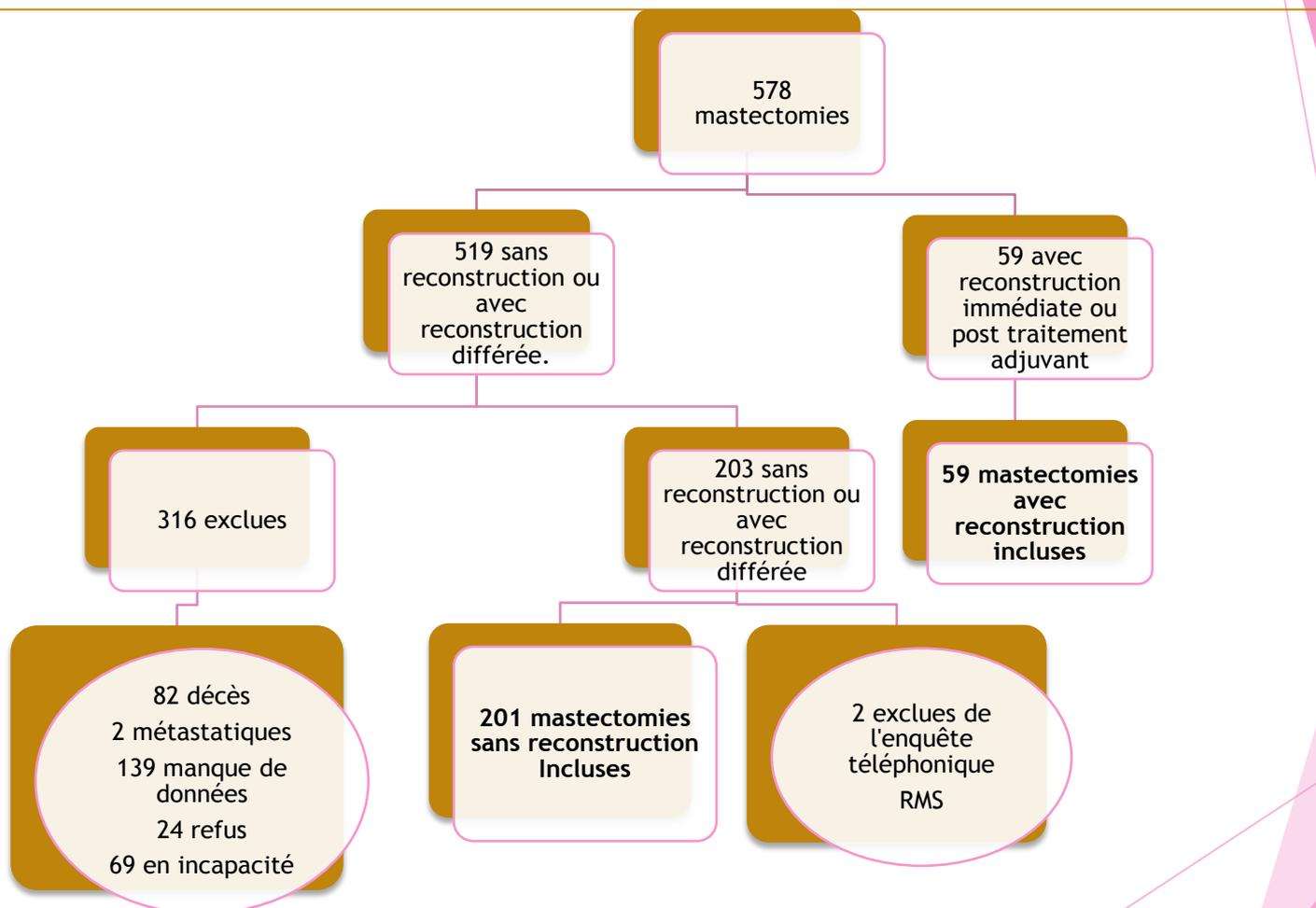
- **Groupe mastectomie seule:**

- Contre indication RM
- Proposition RM
- Cause(s) de refus
- Satisfaction/regret

- **Groupe reconstruction mammaire:**

- Proposition RM
- Type RM
- Complication(s)
- Satisfaction/regret

Résultats : Population



Taux RM:
10,21%

Résultats: comparaison entre les 2 groupes de patientes

▶ Comparaison M et RMI

- ▶ Age 73,4 ans [70,0-84,2]

RM: 72 ans vs Mastectomie seule: 74,4 (p< 0,001)

Taux de RM 29% <75 ans vs 9,3% >75 ans p <0,001

- ▶ Statut OMS : 26% des RM OMS1 vs 1,7 OMS 2-3 (p=0,01)
- ▶ Score G8 <14 aucune RM vs 28% si >14 (p=0,006)

- ▶ Pas de différence

- ▶ Parité, statut civil, lieu de vie, IMC, antécédents, traitements, habiti.

Différence en termes de proposition de la RMI en fonction des 2 groupes

- ▶ Taux de proposition de reconstruction:
 - ▶ Age < 75 ans vs >75ans (p=0,004)
 - ▶ Statut OMS 0 vs 1-2 (p=0,03)
 - ▶ Score G8 >14 vs <14 (p=0,005)
 - ▶ Traitement anticoagulant Non vs Oui (p=0,003)

- ▶ Parité, statut civil, lieu de vie, antécédents, habiti. Pas de différence

Résultats: pathologie mammaire.

▶ Taux de reconstruction:

- ▶ CCIS +/- CCI 2x plus présent groupe RM
- ▶ CCI moins présent dans groupe RM (55%vs70%)
- ▶ Grade SBR I-II (56%)> III (37%) dans groupe RM

- ▶ Statut TNM, statut hormonal, statut HER2neu, Ki 67, antécédent de radiothérapie, traitement adjuvant ou néo-adjuvant.

Résultats: enquête patientes avec RM.

▶ Description chirurgie:

- ▶ PM 47,5%, LMCD,39%, PE 30,5%
- ▶ Complications chez 27 patientes (45,7%)
 - ▶ Mineures: 15 patientes (25%)
 - ▶ Majeures: 12 patientes (20,3%)
- ▶ > 2 chirurgies chez 12 patientes.

Satisfaction des patientes reconstruites

- ▶ Proposition de la part du chirurgien dans 88,1 % des cas.
- ▶ 87,5 % de patientes satisfaites.
- ▶ 7 cas de regret de reconstruction
- ▶ 8 cas de regret du type de reconstruction.
- ▶ Principales causes de regrets:
 - ▶ Chirurgie lourde (9/15 patientes)
 - ▶ Complications (9/15 patientes)
 - ▶ Résultat esthétique (7/15 patientes)

Résultats: enquête, patientes sans RM.

- ▶ **Description chirurgie:**

- ▶ Taux de complications: 25,1% soit 51 patientes:

- ▶ 49 cas de complications mineures.

- ▶ 2 cas de complications majeures.

Satisfaction des patientes mastectomisées

Résultats de l'enquête

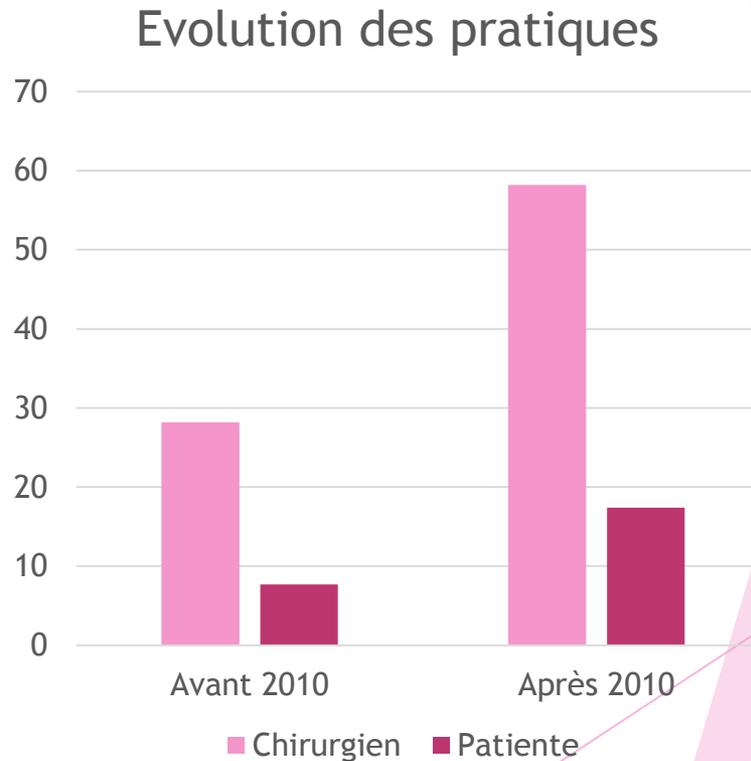
- ▶ Contre indication RM chez 33 patientes (16,4 %).
- ▶ Proposition de RM par le chirurgien chez 88 patientes (43,8%).
- ▶ 38,8 % de refus.
- ▶ Causes de refus:
 - ▶ Âge dépassé: 48,7%
 - ▶ Lassitude médicale: 28,2%
 - ▶ Peur de l'intervention: 20,5%
 - ▶ Absence de besoin: 15,4%
- ▶ Regret : 25,87% (52)

Résultats: l'impact de la proposition émise par le chirurgien.

- ▶ **Impact significativement positif sur la réalisation d'une RM:**
 - ▶ Proposition : 40,3% RM
 - ▶ Absence de proposition: 7,2 % RM
 - ▶ $P < 0,001$
- ▶ **Groupe Mastectomie**
 - ▶ Proposition de RM par le chirurgien dans 44% (N= 88)
 - ▶ 38,8 % de refus.
 - ▶ 27,87% de Regrets

Evolution des pratiques chirurgicales après la première étude

- Evolution des pratiques:
 - Proposition du chirurgien:
 - 28,2% avant 2010
 - 58,2% après 2010
 - Demande des patientes:
 - 7,7% avant 2010
 - 17,4% après 2010



Discussion: population.

- ▶ Taux de RM :
 - ▶ population générale 12-17% (11)
 - ▶ femmes de 70 ans et plus allant de 3 à 5 % (Oh et al. 2016)
 - ▶ Babin et al. 2017: Taux de RM 4,7%
 - ▶ Notre étude: 10,21%
- ▶ Scores OMS et G8:
 - ▶ Absence d'étude dédiée
 - ▶ Pertinence dans la sélection initiale des patientes (100% RM OMS < 2 et G8 > 14)
- ▶ Statut Civil:
 - ▶ Population générale: taux de RM plus important chez femmes mariée et en couple
 - ▶ Dans notre étude absence de différence significative, disparition probable de l'influence d'un tiers.

Discussion: comorbidités.

- ▶ Gibreel et al 2017: RM chez les patientes de 65 ans et plus -> significativement moins de comorbidités chez les patientes reconstruites ($p > 0,001$).
- ▶ In et al. 2013: taux RM divisé par deux chez les patientes ayant un score de Charlson-Deyo > 0 .
- ▶ Absence de contre indication absolue (Quoc 2013)
- ▶ Multidisciplinarité avec onco-gériatre +++

Discussion: Pathologie tumorale

- ▶ Caractéristiques tumorales:
 - ▶ Jusqu'à 65 % de RM chez les patientes avec mastectomies sur CCIS en accord avec notre étude (Taux CCIS x 2 dans groupe RM vs mastectomie seule).
 - ▶ Absence de traitement adjuvant.
 - ▶ Influence du grade SBR et du statut TNM sur la réalisation d'une RM mais pas sur le taux de proposition.
 - ▶ Connors et al.(2016) Taux RM réduit de 40% si TNM> 2.
 - ▶ Reddy et al. taux RM significativement si grade SBR III hormis chez patiente de 80 ans et plus.
 - ▶ Ne constitue pas une contre-indication (C. Mathelin 2018)

Influence des traitements adjuvants

- ▶ Traitements associés:
 - ▶ Chimiothérapie:
 - ▶ Données contradictoires.
 - ▶ Possible retard d'initiation de traitement en cas de complications majeures de la chirurgie et de retard à la cicatrisation.
 - ▶ Radiothérapie:
 - ▶ Impact à priori négatif sur la RM.
 - ▶ Reddy et al. disparition de l'impact négatif après 70 ans.
 - ▶ IBRA-2 (2019)
 - ▶ Absence de retard à la prise en charge adjuvante si RMI quel que soit l'âge.

Discussion: enquête.

Complications: données divergentes.

- ▶ **Matsumoto et al (2018)**
 - ▶ Taux de complications 20,1%
 - ▶ RR de complications multiplié par 1,6 chez les femmes > 60 ans.
- ▶ **Gibreel et al (2016)**
 - ▶ RR réadmission à 30 jours multiplié par 1,26 chez les femmes > 65 ans.
- ▶ **Santosa et al (2016)**
 - ▶ Taux complications à 2 ans chez les femmes > 60 ans :
 - ▶ 23% implants mammaires
 - ▶ 31,4% reconstructions autologues.
 - ▶ Absence de différence significative avec femmes < 60 ans.

Discussion: enquête.

- ▶ Satisfaction/qualité de vie.
 - ▶ Amélioration de la qualité de vie persistante malgré un âge avancé (Santosa et al)
 - ▶ Inca 2014:
 - ▶ 77% de satisfaction tout âge confondu (87,5 % dans notre étude)
 - ▶ Mauvais vécu: douleur, résultat esthétique, nombre de chirurgie.
- ▶ L'importance de l'information.
 - ▶ Inca 2014:
 - ▶ Taux de refus: 80% > 60 ans.
 - ▶ Principales causes: lassitude, peur , acceptation du nouveau schéma corporel, sentiment d'âge dépassé.
 - ▶ Selon les études 40 à 60% des patientes s'estiment mal informées.
 - ▶ Ligt et al (2018):
 - ▶ RM plus fréquente chez les patientes informées et bénéficiant d'une décision partagée avec le chirurgien.

Discussion: limites et perspectives

▶ Limites:

- ▶ Etude monocentrique, centre spécialisé, question de la représentativité.
- ▶ Nombre de patientes limité, données incomplètes.

▶ Perspectives:

- ▶ Information pour tous (Loi Sénat).
- ▶ Information dédiée et adaptée.

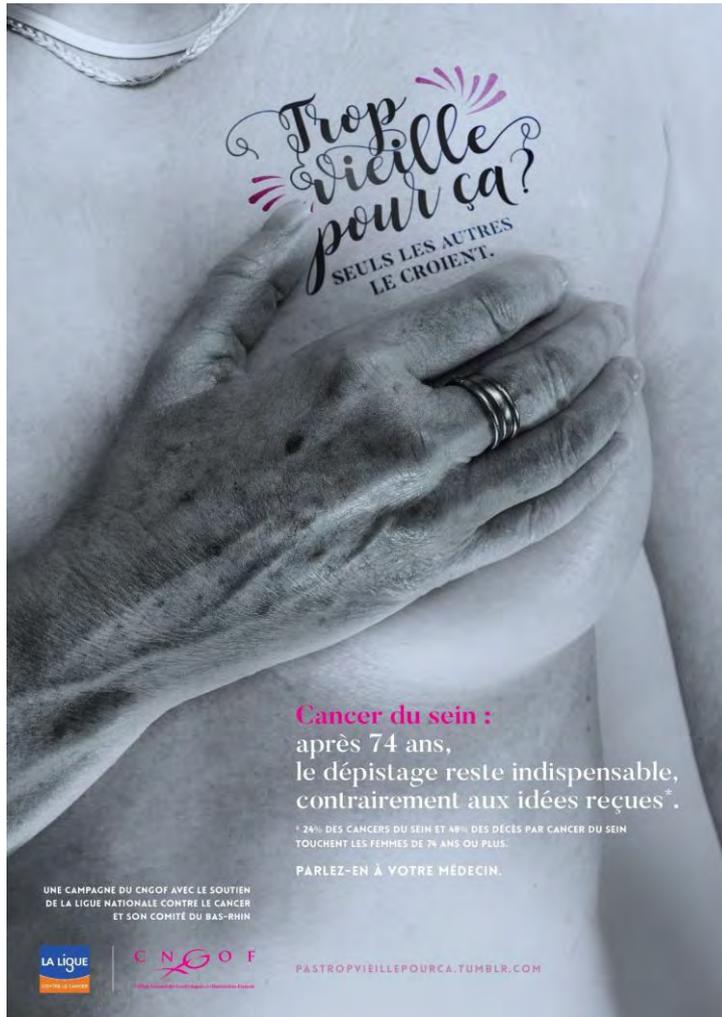
Conclusion de la thèse d'Audrey Marroc

- ▶ RM possible.
- ▶ RM améliore la qualité de vie.
- ▶ Déterminer population cible
- ▶ Information claire loyale appropriée au type de reconstruction, modalités chirurgicales et post opératoires

- ▶ Consultation dédiée,
- ▶ Objectif: éviter regret de RM et non RM.

En Pratique...

- ▶ L'âge n'est plus un frein
- ▶ Choix de la patiente est primordial
- ▶ Choix de la technique en relation avec la morphologie et les multiples interventions doit être clairement discuté.
- ▶ Plusieurs consultations sont nécessaires
- ▶ Multidisciplinarité avec le gériatre et l'anesthésiste
- ▶ Evaluation des co-morbidités



Merci

Guillaume Babin et Audrey Marroc

Marion Fournier et Hélène Charitansky