



UNIVERSITÉ DE LILLE  
**FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG**  
Année : 2018

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT  
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**La détection précoce du cancer du sein chez les femmes âgées  
de 75 ans et plus dans le département du Nord**

Présentée et soutenue publiquement le 1<sup>er</sup> Octobre 2018 à 18H  
Au Pôle de Formation (Salle 3)

**Par Samuel OLIVIER**

---

**JURY**

**Président :**

**Monsieur le Professeur PUISIEUX François**

**Assesseurs :**

**Monsieur le Professeur BONNETERRE Jacques**

**Monsieur le Professeur VINATIER Denis**

**Madame le Docteur ROQUET Valérie**

**Directeur de Thèse :**

**Madame le Docteur BALDINI Capucine**

---

## **AVERTISSEMENT**

**« La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises  
dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs. »**

## TABLE DES MATIÈRES

---

<b>TABLE DES MATIÈRES</b> .....	<b>3</b>
<b>TABLE DES ILLUSTRATIONS</b> .....	<b>7</b>
<b>ABRÉVIATIONS</b> .....	<b>9</b>
<b>RÉSUMÉ</b> .....	<b>11</b>
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>13</b>
ÉPIDEMIOLOGIE DU CANCER DU SEIN CHEZ LES FEMMES .....	13
FACTEURS DE RISQUES DU CANCER DU SEIN.....	14
<i>L'âge</i> .....	14
<i>Les antécédents personnels de pathologies mammaires</i> .....	15
<i>Les antécédents familiaux de cancer du sein, notamment avec</i> <i>prédispositions génétiques (essentiellement mutation des gènes BRCA1 et 2)</i> 16	
<i>Les antécédents de radiothérapie thoracique à hautes doses</i> .....	16
<i>La densité mammaire</i> .....	16
<i>La parité</i> .....	17
<i>Les menstruations</i> .....	17
<i>Le surpoids et l'obésité</i> .....	18
<i>L'exposition aux œstrogènes exogènes (traitements contraceptifs ou</i> <i>traitements hormonaux substitutifs de la ménopause)</i> .....	18
<i>Le tabac</i> .....	19
<i>L'alcool</i> .....	19
<i>Le diabète de type 2</i> .....	19
<i>L'activité physique</i> .....	19
LE DEPISTAGE ORGANISÉ (DO) (19) .....	21

PLACE DU MEDECIN GENERALISTE .....	23
OBJECTIF DE L'ÉTUDE .....	25
<b>MATÉRIEL ET MÉTHODES .....</b>	<b>26</b>
TYPE DE L'ÉTUDE.....	26
CRITERE DE SELECTION ET D'EXCLUSION.....	26
LE QUESTIONNAIRE .....	28
ANALYSE STATISTIQUE.....	29
<b>RÉSULTATS.....</b>	<b>30</b>
CARACTERISTIQUES PERSONNELLES ET DEMOGRAPHIQUES DES MG .....	30
<i>Sexe</i> .....	30
<i>Âge</i> .....	30
<i>Lieu d'exercice</i> .....	31
<i>Moyenne des actes par semaine</i> .....	31
<i>Mode d'exercice</i> .....	31
ÉVALUATION DES PRATIQUES DES MG SUR LA DETECTION PRECOCE .....	32
<i>Sensibilisation et information des MG</i> .....	32
<i>Recherche et méthodes des MG</i> .....	33
<i>Les raisons de la poursuite de la détection précoce</i> .....	34
<i>Les raisons de l'arrêt de la détection précoce</i> .....	35
<i>L'examen clinique avec palpation mammaire</i> .....	35
<i>L'imagerie</i> .....	38
<i>Découverte et annonce de la maladie</i> .....	39
ÉVALUATIONS DES CONNAISSANCES ET IMPLICATIONS DES MG SUR LE CANCER DU SEIN .....	40

<i>Connaissances des MG</i> .....	40
<i>Implication des MG</i> .....	41
<i>L'évaluation gériatrique</i> .....	42
RECENSEMENT DES AVIS CONCERNANT LA PRISE EN CHARGE DE TROIS CAS CLINIQUES .....	43
<i>Cas clinique N°1</i> .....	43
<i>Cas clinique N°2</i> .....	46
<i>Cas clinique N°3</i> .....	49
<b>DISCUSSION</b> .....	<b>52</b>
ANALYSE DU QUESTIONNAIRE .....	52
<i>Étude de l'échantillon</i> .....	52
<i>Étude des pratiques, des connaissances et de l'implication des MG</i> .....	54
<i>Étude des cas cliniques</i> .....	58
BIAIS ET LIMITES DE L'ÉTUDE.....	60
COHERENCE AVEC LA LITTÉRATURE .....	61
RECOMMANDATIONS DES INSTANCES MEDICALES .....	67
<b>CONCLUSION</b> .....	<b>69</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	<b>71</b>
<b>ANNEXES</b> .....	<b>75</b>
CLASSIFICATION BI-RADS ACR .....	75
ÉCHELLE CIRS-G .....	76
SCORE DE CHARLSON .....	77
QUESTIONNAIRE.....	78
COTATION OMS .....	87

ARTICLE A PARAITRE DANS LE JOURNAL D'ONCOGERIATRIE .....	88
<b>RÉSUMÉ.....</b>	<b>88</b>
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>91</b>
<b>MÉTHODE ET MATÉRIEL .....</b>	<b>93</b>
<b>RÉSULTATS.....</b>	<b>93</b>
<b>DISCUSSION.....</b>	<b>97</b>
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>99</b>

## TABLE DES ILLUSTRATIONS

---

Figure 1 : Évolution de l'incidence et de la mortalité par cancer du sein de 1980 à 2012 en France métropolitaine .....	14
Figure 2 : Figure 27.1 Incidence estimée du cancer du sein par âge (France, d'après Francim, InVS, Hospices civils de Lyon) en 2005 .....	15
Figure 3 : Facteurs de risque du cancer du sein (18) .....	20
Figure 4 : Répartition selon les tranches d'âges.....	30
Figure 5 : Répartition selon la moyenne des actes par semaine.....	31
Figure 6 : Sentiment d'information des MG .....	32
Figure 7 : Examen clinique avec palpation mammaire 68 %.....	33
Figure 8 : Mammographie 30 % .....	33
Figure 9 : Première raison incitant à poursuivre la recherche de cancer du sein chez les femmes de plus de 75 ans .....	34
Figure 10 : Première méthode de détection après un doute à l'autopalpation ....	36
Figure 11 : Imagerie demandée .....	38
Figure 12 : Connaissances des traitements et prises en charges des cancers du sein chez les femmes de plus de 75 ans .....	40
Figure 13 : Implication dans les décisions thérapeutiques de leurs patientes ....	41
Figure 14 : Intérêt d'une évaluation gériatrique avant les décisions thérapeutiques .....	42
Figure 15 : Patiente adressée à un spécialiste selon sa spécialité, cas N°1 .....	44
Figure 16 : Option thérapeutique la plus adaptée selon les MG, cas N°1 .....	45
Figure 17 : Patiente adressée à un spécialiste selon sa spécialité, cas N°2 .....	47

Figure 18 : Option thérapeutique la plus adaptée selon les MG, cas N°2 .....	48
Figure 19 : Patiente adressée à un spécialiste selon sa spécialité, cas N°3 .....	50
Figure 20 : Option thérapeutique la plus adaptée selon les MG, cas N°3 .....	51
Figure 21 : Échelle de la fragilité clinique .....	65
Figure 22 : Guides pour le dépistage de la mammographie chez les femmes de 75 ans et plus (28) .....	67



## ABRÉVIATIONS

---

MG = Médecin Généraliste

INCa = Institut National du Cancer

InVS = Institut de Veille Sanitaire

BRCA = *BReast CAncer*

NBOCC = *National Breast and Ovarian Cancer Centre*

IMC = Indice de Masse Corporelle

IARC = *International Agency for Research of Cancer*

THS = Traitement Hormonal Substitutif

HAS = Haute Autorité de Santé

NZHTA = *New Zealand History Teachers' Association*

RR = Risque relatif

IGF = *Insulie-like Growth Factor*

ADN = Acide DésoxyriboNucléique

DO = Dépistage Organisé

BI-RADS = *Breast Imaging-Reporting And Data System*

ACR = *American College of Radiologists*

CIRS-G = *Cumulativ Illness Rating Scale-Geriatric*

CPAM = Caisse Primaire d'Assurance Maladie

MSP = Maison de Santé Pluridisciplinaire

OMS = Organisation Mondiale de la Santé

IRM = Imagerie par Résonance Magnétique

HTA = HyperTension Artérielle

AIT = Accident Ischémique Transitoire

PA = Paquet Année

SAS = Syndrome d'Apnée du Sommeil

IDE = Infirmier Diplômé d'État

AVC = Accident Vasculaire Cérébral

BRCAT = *Breast Risk Cancer Assessment Tool*

NHS = *Nurses Health Study*

WHI = *Women's Health Initiative*

IBIS = *International Breast Intervention Study*

CASH = *Cancer And Steroid Hormon*

BOADICEA = *Breast and Ovarian Analysis of Disease Incidence and Carrier Estimation Algorithm*

GECSSP = Groupe d'Étude Canadien sur les Soins de Santé Préventifs

ACS = American Cancer Society

USPSTF = *United States Preventive Services Task Force*

AIVQ = Activité Instrumentale de la Vie Quotidienne

SIOG = *International Society of Geriatric Oncology*

EUSOMA = *European Society of Breast Cancer Specialists*

## RÉSUMÉ

---

**CONTEXTE** : Devant une espérance de vie grandissante, le cancer du sein est au premier rang des cancers chez les femmes (près de 59 000 nouveaux cas en 2017). 22 % surviennent chez les plus de 75 ans, qui ne sont plus inclus dans le dépistage organisé. Il s'agit donc d'un problème majeur de santé publique. Les médecins généralistes (MG) sont souvent les plus confrontés aux patientes et à la recherche de diagnostic, notamment avec le plan cancer 2014-2019. Néanmoins, plusieurs limites s'imposent : l'âge, l'autonomie de la patiente, la présence de comorbidités, l'affect familial et l'absence de recommandations claires. L'objectif principal de cette étude est de décrire et d'analyser les pratiques et opinions des MG du Nord quant à la détection des cancers du sein chez les femmes de plus de 75 ans.

**MÉTHODE** : Enquête d'opinions et de pratiques auprès des 940 MG du Nord, via un questionnaire anonyme en version papier à renvoyer par voie postale, envoyé en août 2017, avec relances mensuelles ciblées pendant six mois. Les données ont été saisies et analysées avec le logiciel Excel.

**RÉSULTATS** : Le taux de participation était de 14 %. Les participants étaient majoritairement des hommes (64 %, n=81), d'âge moyen 52,64 +/- 10 ans. 69 % des participants (n=88) recherchaient un cancer du sein chez les femmes de 75 ans et plus, avec comme examen clinique initial une palpation mammaire (68 %, n=87), dont 64 % à la fréquence d'une fois par an. Seul 37 % avait déjà bénéficié d'une formation de sensibilisation au cancer du sein avec modification de leurs pratiques.

Quant aux connaissances sur les traitements et la prise en charge, 13 % des MG se disaient bien informés. Une majorité ne se sentait pas ou peu impliquée dans les décisions thérapeutiques (53 %, n=67). L'évaluation gériatrique était indispensable pour 62 % des MG avant une décision thérapeutique.

**CONCLUSION** : Les MG basent leurs pratiques sur leurs expériences et opinions personnelles. Des outils d'aide pour évaluer l'espérance de vie et le risque de cancer, des relations pluridisciplinaires à travers des réseaux de gériatrie ou de cancérologie, la formation des patientes à l'autopalpation, des campagnes d'informations publiques sur la surveillance clinique, peu importe l'âge, des temps de formation continue ainsi que des recommandations claires permettraient d'harmoniser leurs pratiques.

**Mots-clés** : cancer du sein, médecine générale, dépistage individuel, personne âgée.

## INTRODUCTION

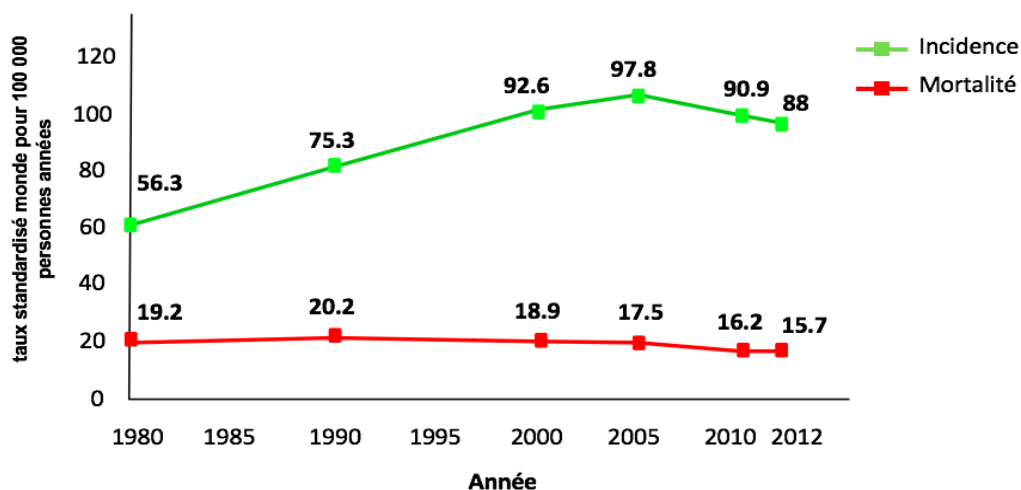
---

### ÉPIDÉMIOLOGIE DU CANCER DU SEIN CHEZ LES FEMMES

---

Le cancer du sein reste, avec plus de 58 968 nouveaux cas en 2017 (1), au premier rang des cancers induits chez la femme. Il est également la première cause de mortalité avec 11 883 décès estimés en 2017, soit 18.2 % des décès féminins par cancer, avec un âge médian à 73 ans (chiffres 2015). En 2015, 73 % des décès concernaient les femmes de 65 ans et plus (2).

On observe une diminution du taux de mortalité de -1.5 par an en moyenne entre 2005 et 2012 ainsi qu'une diminution du taux d'incidence de -1.5 par an en moyenne entre 2005 et 2012 (Figure 1), pouvant s'expliquer par une prise en charge plus précoce ainsi que l'amélioration des différents traitements (2). Le taux de survie nette à 5 ans est de 87 % pour les femmes diagnostiquées entre 2005 et 2010 (1). Les cancers touchant la personne âgée peuvent être aussi agressifs et graves que chez les personnes jeunes (3).



*D'après INCa 2016 – Incidence et mortalité par cancer du sein de 1980 à 2012 en France métropolitaine*

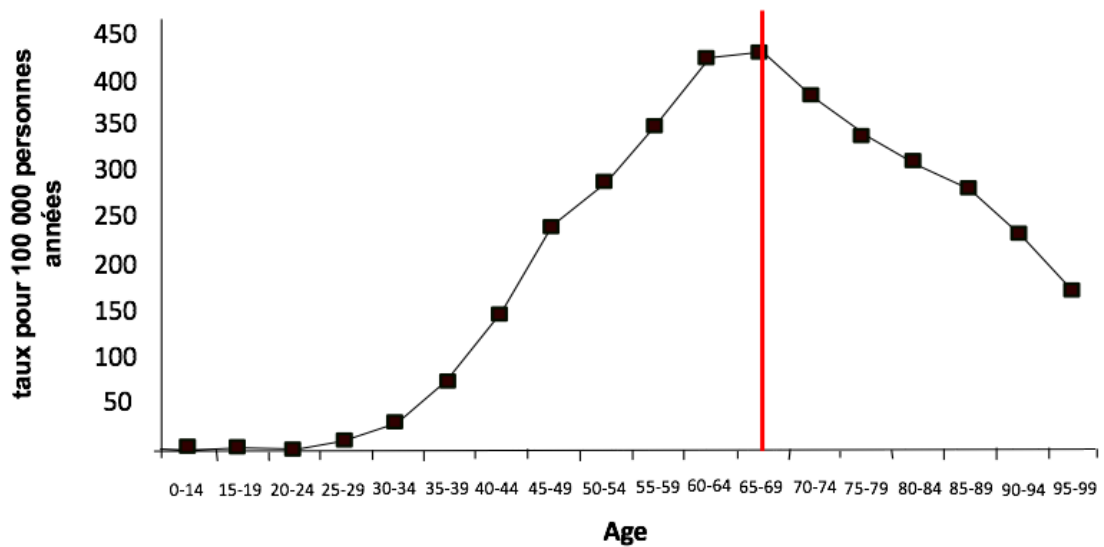
**Figure 1 : Évolution de l'incidence et de la mortalité par cancer du sein de 1980 à 2012 en France métropolitaine**

## FACTEURS DE RISQUES DU CANCER DU SEIN

Le cancer est une maladie multi étape et multi factorielle. Identifier l'origine du cancer est une tâche ardue tout comme en prévenir la survenue. Néanmoins, la connaissance de ces facteurs de risque permet une prise en charge préventive adaptée ainsi qu'un dépistage ciblé.

### L'âge

Le plus important facteur de risque pour le cancer du sein. Son incidence augmente avec l'âge, avec un âge médian au diagnostic de 63 ans. Il est rare avant 30 ans, augmente entre 45 et 70 ans, et diminue progressivement (4 ; 5).



**Figure 2 : Incidence estimée du cancer du sein par âge (France, d'après Francim, InVS, Hospices civils de Lyon) en 2005**

### Les antécédents personnels de pathologies mammaires

Une femme qui a déjà eu un cancer du sein a jusqu'à 5 fois plus de risques de développer une récurrence ipsilatérale (si chirurgie conservatrice), ou contralatérale, notamment avec la présence de sursignes tels que l'âge du premier cancer avant 40 ans, des antécédents familiaux de cancers du sein et un indice de masse corporelle élevé (4 ; 5 ; 6).

La présence de kystes ou d'adénofibromes augmente de 1,5 à 3 fois le risque de développer un cancer du sein (7).

### Les antécédents familiaux de cancer du sein, notamment avec prédispositions génétiques (essentiellement mutation des gènes BRCA1 et 2)

Elle se transmet sur le mode autosomique dominant avec une pénétrance limitée. Ce qui implique que certaines personnes de cette famille peuvent être porteurs sains. Une revue de 2009, faite par le *National Breast and Ovarian Cancer Centre* (NBOCC), montre que le fait d'avoir un parent du 1<sup>er</sup> degré ayant présenté un cancer du sein, augmente le risque de l'ordre de 2, allant même jusqu'à atteindre un risque relatif supérieur à 4 si cela concerne deux parents du 1<sup>er</sup> degré ayant déclaré la maladie avant 45 ans (4). Le surrisque augmente donc en fonction du nombre de parents atteints ainsi que de l'âge d'apparition de la maladie.

### Les antécédents de radiothérapie thoracique à hautes doses

La maladie de Hodgkin est la principale circonstance actuelle d'irradiation à hautes doses. Les femmes ayant bénéficié de cette thérapeutique à un âge jeune (avant 20 ans) ont un surrisque de cancer du sein (8). Néanmoins, cela concerne les femmes irradiées il y a longtemps, et nous n'avons pas d'études récentes sur les thérapies actuelles.

### La densité mammaire

Elle augmente le risque du cancer du sein. Les femmes présentant une densité mammaire importante ont un risque 4 à 6 fois plus élevé de cancer du sein (9).



## La parité

Elle est un facteur de risque multidimensionnel qui rattache des caractéristiques hétérogènes, mesurables ou non et modifiables ou non.

Plusieurs études de cohorte et de cas-témoins concluent à une diminution du risque de cancer associé à la parité, comparé à la nulliparité (10 ; 5), avec un risque réduit de 36 % dès le premier enfant. Le risque de survenue du cancer du sein diminue de 5 à 10 % par grossesse (5).

De même, le risque de cancer du sein augmente avec l'âge de la première grossesse. Le risque relatif de cancer est de 1.67 pour les femmes ayant eu leur 1<sup>er</sup> enfant à 30 ans ou plus, comparé à celles l'ayant eu avant 30 ans (5, 11).

De plus, l'allaitement est un facteur calculé en mois cumulés pour tous les enfants. Selon plusieurs études, le risque de cancer du sein serait réduit de 4.3 % par années d'allaitement. (10 ; 12 ; 13)

## Les menstruations

Elles recouvrent trois facteurs facilement identifiables et mesurables.

Les femmes ayant eu leurs premières règles avant l'âge de 12 ans ont un risque augmenté de 20 % par rapport à celles les ayant eu après 14 ans (5 ; 6).

Concernant l'âge de la ménopause, la revue australienne confirme une augmentation relative du risque de cancer du sein pour les femmes ménopausées après 55 ans, comparées à celles ménopausées avant 50 ans (4).

Par ailleurs, plus la durée du cycle menstruel est courte, plus le risque de cancer du sein est élevé (5).

Il existe également des facteurs de risques externes dépendant du mode de vie de la patiente et de son environnement.

### Le surpoids et l'obésité

Ces critères sont définis selon l'Indice de Masse Corporelle (IMC). Un IMC supérieur à 25 définit une personne en surpoids, et un IMC supérieur à 30 une personne obèse. Selon le rapport de l'IARC de 2000, le risque de survenue du cancer du sein chez les femmes en surpoids ou obèses était de 3,4 % (5).

### L'exposition aux œstrogènes exogènes (traitements contraceptifs ou traitements hormonaux substitutifs de la ménopause)

Concernant les traitements hormonaux substitutifs (THS), de nombreuses études détaillées dans le rapport de l'HAS (5) montrent une augmentation du risque de cancer du sein allant de 20 à 100 % en fonction de plusieurs facteurs :

- Le type de THS (augmentation plus importante pour les œstrogènes associés aux progestatifs, comparés aux œstrogènes seuls)
- La dose : plus elle est élevée, plus le risque augmente.
- La fréquence des prises : plus le nombre de traitements en jours par mois est élevé, plus le risque augmente.
- La durée d'exposition : plus elle est longue, plus le risque est augmenté.

Concernant la contraception hormonale orale, le risque était de 1 % selon le rapport de l'IARC de 2000. De plus un autre rapport de la NZHTA (6), qui regroupe plus de 73 articles, conclut à un modeste risque en lien avec une contraception hormonale : le RR est de 1.24 pour les utilisatrices courantes ; 1.16 pour celles après 1 à 4 ans d'arrêt ; 1.07 pour celles de 5 à 9 ans après arrêt ; et enfin de 1.01 pour celles supérieur à 10 ans d'arrêt.

### Le tabac

Bien que contesté actuellement, il est source de survenue de plusieurs maladies incluant certains cancers, mais les études discordent concernant le cancer du sein.

### L'alcool

Le risque augmente de 7 % avec une consommation moyenne d'une boisson alcoolisée par jour (14). Selon le rapport de l'IARC de 2000, le risque imputable de l'alcool associé au cancer du sein était de 10 %. L'association française de chirurgie, au cours d'un congrès datant de 2007, renforce la position de la NZHTA en concluant que le risque de cancer du sein est augmenté de 7 % par 10 g d'alcool par jour (5).

### Le diabète de type 2

Il pourrait augmenter le risque de cancer du sein de 10 à 20 % (15).

### L'activité physique

Elle est un facteur protecteur avec une diminution du risque chez les femmes ménopausées. Plusieurs experts recommandent une activité physique de 30 à 60 minutes, 4 fois par semaine (16). Dans une étude de cohorte de 2006, la

réduction du risque de cancer est observée pour une activité journalière de 30 à 60 minutes en plus de l'activité professionnelle et des tâches ménagères. Elle conclue également que le risque attribuable à l'inactivité est de 10.1 % (17).

Néanmoins, on peut se demander si ces facteurs de risques sont valables chez les personnes âgées du fait de l'absence d'études ou de recherches concernant cette population.

Preuve	Augmentation du risque	Diminution du risque	Principaux mécanismes biologiques en cause
Convaincante	<ul style="list-style-type: none"> <li>Âge avancé</li> <li>Âge précoce des premières règles (&lt; 12 ans)</li> <li>Grande taille à l'âge adulte</li> <li>Alcool (au moins une boisson alcoolique/jour)</li> <li>Mutations génétiques (<i>BRCA1/2</i>)</li> <li>Radiations ionisantes (avant 40 ans)</li> <li>Densité mammographique (&gt;50%)</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Exposition précoce et prolongée au milieu hormonal</li> <li>Nutrition durant l'enfance et l'adolescence</li> <li>Réduction de masse de la glande mammaire</li> <li>Augmentation des hormones sériques</li> <li>Augmentation de la production d'IGF</li> <li>Augmentation de l'instabilité génomique</li> <li>Domages de l'ADN et ses constituants</li> <li>Augmentation d'IGF avant la ménopause</li> <li>Augmentation de la prolactine après la ménopause</li> </ul>
Probable/ possible	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ménopause tardive (après 55 ans)</li> <li>Contraceptifs oraux</li> <li>Traitement hormonal substitutif</li> <li>Histoire familiale de cancer du sein</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Multiparité</li> <li>Allaitement (pendant au moins 25 mois)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Production prolongée des hormones ovariennes</li> <li>Augmentation de l'exposition aux œstrogènes</li> <li>Suppression de la production d'œstradiol et de progestérone</li> <li>Report des effets de la ménopause</li> <li>Accélération, différenciation des tissus mammaires</li> <li>Prolifération rapide de l'épithélium</li> <li>Réduction de la production d'œstrogènes</li> <li>Excrétion d'agents carcinogènes</li> <li>Report du rétablissement de l'ovulation</li> <li>Même environnement et style de vie, fonds génétique commun</li> </ul>
Probable/ possible	<ul style="list-style-type: none"> <li>Maladies bénignes du sein</li> <li>Obésité (après la ménopause)</li> <li>Gain de poids (à partir de 18 ans)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Activité physique régulière</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Augmentation de l'hyperplasie des cellules épithéliales</li> <li>Diminution de la vitesse mitotique</li> <li>Augmentation de la concentration d'œstradiol libre sérique</li> <li>Réduction de la production d'œstrogènes</li> <li>Maintien de l'équilibre énergétique</li> </ul>
Insuffisante	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cigarette</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cigarette</li> <li>Restriction énergétique (durant l'enfance et l'adolescence)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Production de substances carcinogènes</li> <li>Diminution des œstrogènes circulants</li> <li>Recul de la date d'apparition des premières règles</li> <li>Diminution des œstrogènes et de hormone de croissance IGF-I</li> </ul>

**Figure 3 : Facteurs de risque du cancer du sein (18)**

## LE DÉPISTAGE ORGANISÉ (DO) (19)

---

En 1989, la France a mis en place des programmes expérimentaux de dépistage qui ont conduit à une application du programme national en 2004. Le DO repose sur un cahier des charges avec une dernière mise à jour en 2006. Il est soumis à des règles strictes d'application, à un système d'assurance-qualité et à un recueil systématique et centralisé des données. Il est organisé au niveau départemental par le biais de structures de gestion en étroite collaboration avec les médecins radiologues. Il est gratuit.

Il comprend : un examen clinique par le médecin radiologue, une mammographie avec deux incidences par sein (la face cranio-caudale et l'oblique externe) et une seconde lecture systématique en cas d'examen classé non suspect. La mammographie sera notée selon la classification BI-RADS ACR (*American College of Radiologists*, annexe 1) en fonction de ses anomalies et de ses apparences.

En cas de résultat anormal, en première ou en deuxième lecture, des examens complémentaires seront réalisés avec des clichés en agrandissement, une échographie, une cytoponction guidée pour préciser la nature exacte et les éventuelles thérapies, le plus souvent réalisées en différé.

Il s'adresse à l'ensemble des femmes âgées de 50 à 74 ans, à raison d'une mammographie tous les deux ans. L'invitation est adressée par voie postale. Les femmes exclues sont celles aux antécédents personnels de cancer du sein ou celles actuellement en traitement pour cette pathologie, ainsi que les femmes à haut risque génétique ou histologique.

Le taux de participation était de 50,7 % en 2016, malgré un objectif européen de 70 % (20). À noter une diminution de la participation depuis plusieurs années avec un pic maximal à 52,5 % en 2008 dont les raisons ne sont pas encore connues à l'heure actuelle, malgré plusieurs hypothèses telles que l'impact de la polémique nationale sur le dépistage du cancer du sein, une éventuelle baisse de l'offre médicale en sénologie ou une possible augmentation du dépistage individuel.

## PLACE DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE

---

En 2012, avec 11 619 nouveaux cas chez des personnes de plus de 75 ans (21), le cancer du sein reste un souci majeur de santé publique avec une croissance plus importante au cours des dernières années. La survie de ces patientes âgées reste moins bonne, souvent due à un diagnostic tardif (survie nette à 10 ans de 65 % chez les plus de 75 ans contre 83 % chez les 45-54 ans (21). D'après les chiffres de l'Institut national du cancer, la survie nette à 5 ans pour les femmes diagnostiquées entre 2005 et 2010, est de 87 %. Néanmoins, la survie nette est variable selon l'âge de la patiente : 92-93 % de 45 à 74 ans et 76 % pour les plus de 75 ans (22).

Le médecin généraliste (MG) se retrouve le plus souvent en première ligne, étant à la fois acteur du dépistage et de la prévention, d'après le plan cancer 2014-2019 (23). N'entrant plus dans le cadre du DO, ces patientes bénéficient ou non d'un dépistage individualisé en fonction de la pratique de leur médecin traitant.

Les recommandations nationales et internationales sont actuellement peu précises et se reposent sur les notions d'espérance de vie et de l'état général des patientes dans le cadre d'un dépistage individuel (24). Il est souvent complexe en consultation de médecine générale, d'évaluer ces différents paramètres ou parfois l'affect ou la relation médecin/patient entre en jeu et peut avoir une incidence sur la détection précoce du cancer du sein. À cela peut s'ajouter la présence d'autres comorbidités pouvant être considérées comme plus importantes (cardio-vasculaires, pulmonaire, endocrinologue...) pouvant parfois prendre le dessus sur la détection précoce d'un cancer du sein.

Il existe des outils d'évaluations gériatriques des comorbidités en oncologie comme l'échelle de CIRS-G et le score de Charlson (annexes 2 et 3)

La détection précoce est le terme que nous emploierons pour définir la recherche de cancer du sein le plus précocement possible dans l'optique d'avoir le traitement le plus adapté et le moins perturbant pour la patiente en dehors des âges du DO.

La difficulté du MG est alors d'évaluer l'état général ainsi que l'espérance de vie de la patiente avant de pratiquer une recherche de lésion mammaire, qui entraînera des examens complémentaires et d'éventuels traitements parfois lourds pour les patientes.

Plusieurs autres facteurs constituent un frein à cette détection tel que : l'âge, la présence de comorbidités, l'existence de troubles cognitifs, l'état fonctionnel et l'autonomie de la patiente, les risques du dépistage (surtraitement et surdiagnostic), ainsi que les valeurs ou préférences des patientes.

Il était important à travers cette étude d'avoir le ressenti des MG devant cette problématique afin de leur apporter d'éventuelles aides supplémentaires ou supports techniques leur permettant d'améliorer la prise en charge globale de leurs patientes.



## OBJECTIF DE L'ÉTUDE

---

L'objectif principal de cette étude est de décrire et d'analyser les pratiques et opinions des MG du Nord, concernant la détection précoce du cancer du sein chez les femmes âgées de 75 ans et plus.

L'objectif secondaire est de rechercher les facteurs pouvant influencer leurs pratiques et leurs opinions.

## MATÉRIEL ET MÉTHODES

---

### TYPE DE L'ÉTUDE

---

Cette étude avait pour but de récolter et d'analyser les pratiques des MG du Nord, concernant le cancer du sein chez les patientes âgées de 75 ans et plus, n'étant plus concernées par le DO.

Il s'agissait d'une enquête d'opinions et de pratiques, réalisée par le biais d'un questionnaire envoyé par voie postale aux MG du Nord (annexe 4), avec la possibilité de répondre par courrier à l'aide d'une enveloppe pré timbrée. L'envoi a eu lieu le 10 août 2017, les réponses étaient acceptées jusqu'au 28 février 2018. L'étude était non rémunérée et anonyme.

### CRITÈRE DE SÉLECTION ET D'EXCLUSION

---

Le département du Nord recensait 3 681 MG inscrits à l'ordre des médecins du Nord en 2016 (25), installés en libéral.

Nous avons envoyé le questionnaire à 940 MG du Nord, sélectionnés par ordre alphabétique selon le référencement de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) du Nord en commençant à la lettre A, soit 25 % des MG du Nord, dans le but d'avoir un reflet de leurs pratiques avec une sensibilité acceptable, étant donné qu'avec la totalité des MG cela aurait entraîné un coût trop important. Leurs coordonnées étaient retrouvées grâce à l'annuaire santé de l'assurance maladie.

Sur les 130 questionnaires reçus, nous n'avons inclus que les questionnaires qui provenaient de MG. Deux ont été exclus car ils provenaient de médecins gériatres, et un autre qui provenait d'un expert-comptable, retrouvés grâce à leurs retours et commentaires notés sur le questionnaire.

Au total, 127 MG ont été inclus.

	<b>Envoyés</b>	<b>Reçus</b>	<b>Exclus</b>	<b>Inclus</b>
Nombre de questionnaire	940	130	3	127

## LE QUESTIONNAIRE

---

Chaque questionnaire était numéroté de 1 à 940 afin de permettre des relances ciblées mensuelles par appel téléphonique.

Le questionnaire comprenait des réponses à choix simples ou multiples, ainsi que trois cas cliniques avec des questions à choix simple.

Le recueil de données s'effectuait selon les quatre parties du questionnaire :

- La première partie portait sur les données personnelles pour décrire l'échantillon : sexe, tranche d'âge, zone d'exercice (urbain, semi-rural, rural), le nombre d'actes en moyenne par semaine, et le mode d'exercice (seul, en groupe, en maison de santé pluridisciplinaire(MSP)).

- La deuxième partie concernait les pratiques de détection précoce des cancers du sein, chez les femmes de 75 ans et plus et les facteurs les influençant : âge, comorbidités, examen clinique, formations personnelles, rôle de santé publique, fréquence du suivi, demande de la patiente ou de sa famille.

- La troisième partie portait sur leurs connaissances et leurs implications concernant la prise en charge pluridisciplinaire des cancers du sein chez les patientes de 75 ans et plus.

- La quatrième partie s'intéressait à leurs approches sur la prise en charge à travers trois cas cliniques, avec typage de patiente selon la cotation OMS (index de l'évaluation de l'état général, annexe 5).

## ANALYSE STATISTIQUE

---

Les résultats ont été saisis et analysés à l'aide du logiciel Excel.

Une analyse descriptive a été réalisée. Les variables quantitatives ont été décrites selon leur moyenne ( $m$ ) et leur écart-type (+/-). Les variables qualitatives ont été décrites selon leur nombre de réponse ( $n$ ) et leur pourcentage correspondant (%).

## RÉSULTATS

---

Au total, 127 questionnaires ont été reçus sur les 940 MG interrogés. Le taux de participation était de 14 %.

## CARACTÉRISTIQUES PERSONNELLES ET DÉMOGRAPHIQUES DES MG

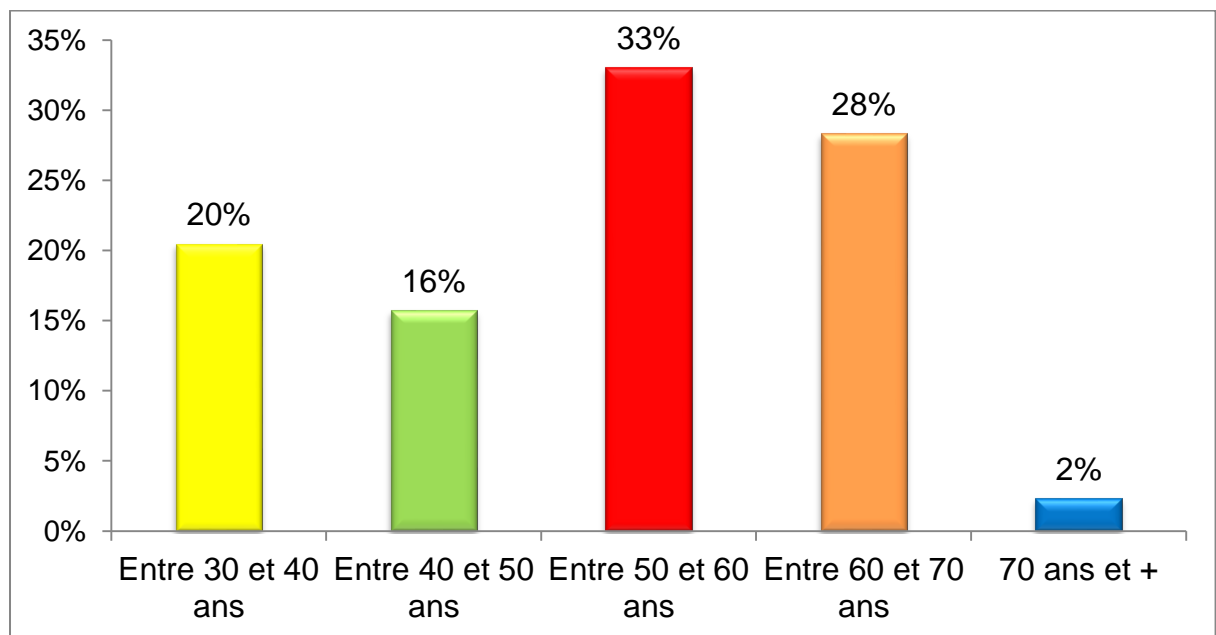
---

### Sexe

Presque les deux tiers (64 %) des MG étaient des hommes (n=81).

### Âge

La moyenne d'âge était de 52,64 +/- 10 ans.



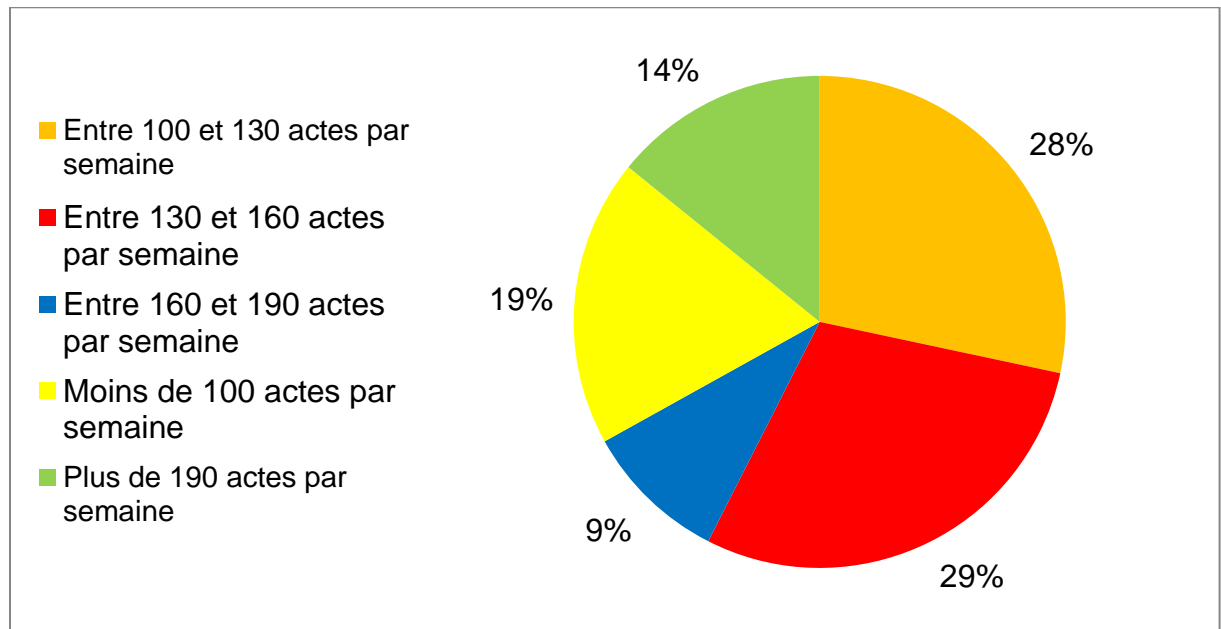
**Figure 4 : Répartition selon tranche d'âge**

### Lieu d'exercice

Au niveau du lieu d'exercice, 57 % exerçaient en zone urbaine (n=73) , 34 % en zone semi-rurale (n=43) et 9 % en zone rurale (n=11).

### Moyenne des actes par semaine

La moyenne des actes réalisés par semaine était de 136,50 +/- 30 actes, avec des valeurs extrêmes à moins de 100 actes (n=24 soit 19 %) et à plus de 190 actes (n=18 soit 14 %).



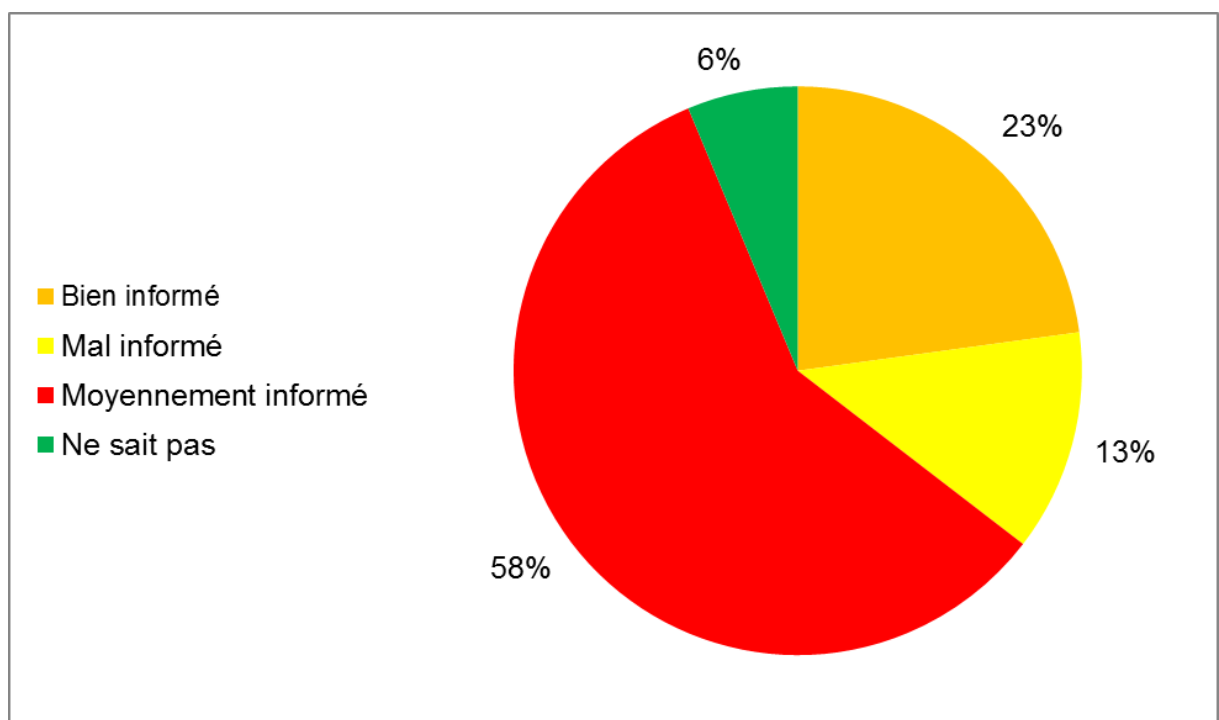
**Figure 5 : Répartition selon la moyenne des actes par semaine**

### Mode d'exercice

Concernant le mode d'exercice, 10 % exerçaient en maison de santé pluridisciplinaire (n=13), les autres se répartissaient de manière quasi homogène entre un cabinet de groupe (n=56 soit 44 %) et un cabinet seul (n=58 soit 46 %).

### Sensibilisation et information des MG

Concernant le cancer du sein chez les femmes de 75 ans et plus, les MG se sentaient moyennement informés 58 % (n=74), bien informés 23 % (n=29), mal informés 13 % (n=16) et 6 % n'arrivaient pas à se positionner (n=8).



**Figure 6 : Sentiment d'information des MG**

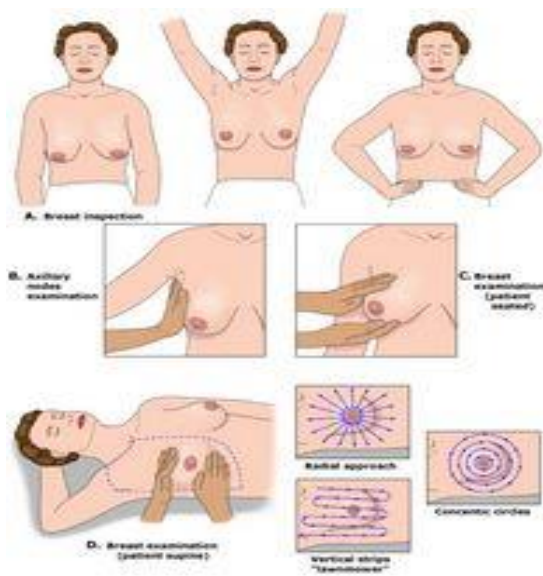
La majorité d'entre eux 63 % (n=80), n'ont jamais bénéficié de formation de sensibilisation au cancer du sein. Pour ceux qui l'avaient reçu (n=47), 75 % ont indiqué avoir changé leurs pratiques (n=35).



## Recherche et méthodes des MG

Une grande partie des MG, 69 %, recherchaient des cancers du sein chez les femmes de plus de 75 ans (n=88). Une personne ne se prononçait pas (1 %).

En première intention, les MG réalisaient un examen clinique avec palpation mammaire dans 68 % des cas (n=87), une imagerie avec mammographie et/ou échographie mammaire dans 30 % des cas. Deux personnes n'ont pas répondu (2 %). Aucune réponse n'a été retrouvée par rapport aux marqueurs biologiques.



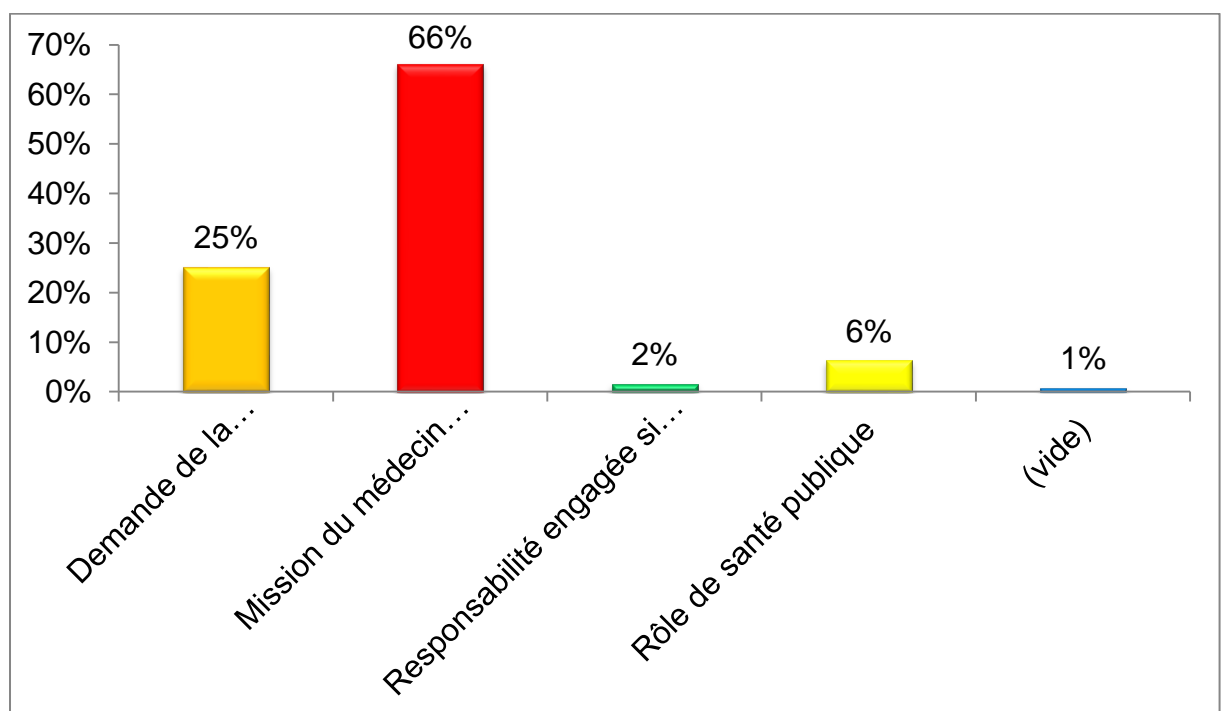
**Figure 7 : Examen clinique avec palpation mammaire, 68 %**



**Figure 8 : Mammographie, 30 %**

## Les raisons de la poursuite de la détection précoce

La première raison qui les incitait à poursuivre les investigations de recherche de cancer du sein chez ces patientes de 75 ans et plus, était la mission du MG (66 %, n=84), puis la demande de la patiente et/ou famille (25 %, n=32), puis un rôle de santé publique (6 %, n=8) et enfin la responsabilité engagée en cas de détection (2 %, n=2). Une personne n'a pas répondu à cette question (1 %).



**Figure 9 : Première raison incitant à poursuivre la recherche de cancer du sein chez les femmes de plus de 75 ans**

### Les raisons de l'arrêt de la détection précoce

À l'inverse, les raisons qui les incitaient à arrêter la détection étaient :

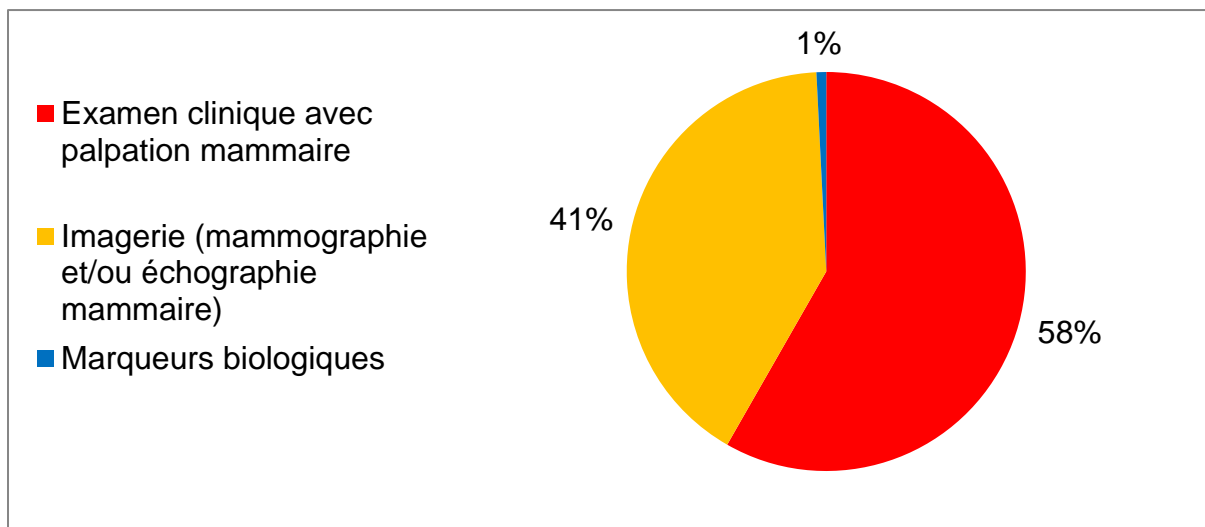
- L'espérance de vie de la patiente (62 %, n=79)
- La présence de comorbidités (3 ou plus) (39 %, n=50)
- L'arrêt du DO à 74 ans (31 %, n=39)
- Le manque de temps d'examination (15 %, n=19)
- Le manque de recommandations claires (28 %, n=35)
- L'existence de troubles cognitifs diagnostiqués (29 %, n=37)

### L'examen clinique avec palpation mammaire

Plus des trois quart des MG (76 %, n=96), pratiquaient un examen clinique avec palpation mammaire, mais avec des fréquences variables : une fois par an (64 %, n=61), une fois tous les deux ans (25 %, n=24), une fois tous les trois ans (7 %, n=7), une fois tous les quatre ans (1 %, n=1), et une fois tous les cinq ans et plus (3 %, n=3).

En cas de refus de la patiente, 56 % des MG ont reproposé par la suite (n=71). 37 % d'entre eux arrêtaient définitivement (n=47) et 7 % n'ont pas répondu à cette question (n=9).

Plus des deux tiers des MG (69 %, n=87), disaient avoir formé leurs patientes à l'autopalpation. En cas de doute, plus de la moitié (58 %, n=74) pratiquait un examen clinique avec palpation, alors que l'autre partie les envoyait directement en imagerie (41 %, n=52). Seul 1 % dosait les marqueurs biologiques (n=1). Aucun d'entre eux ne renvoyait directement vers un spécialiste.



**Figure 10 : Première méthode de détection après un doute à l'autopalpation**

Les principales raisons les ayant dissuadées de la pratique de palpation mammaire étaient :

- Le manque de temps d'examination (28 %, n=35)
- Les difficultés à convaincre la patiente (49 %, n=62)
- Le manque de formation (5 %, n=6)
- Le mauvais état général, présence de comorbidités (3 ou plus) (47 %, n=59)
- L'âge de la patiente (42 %, n=53)

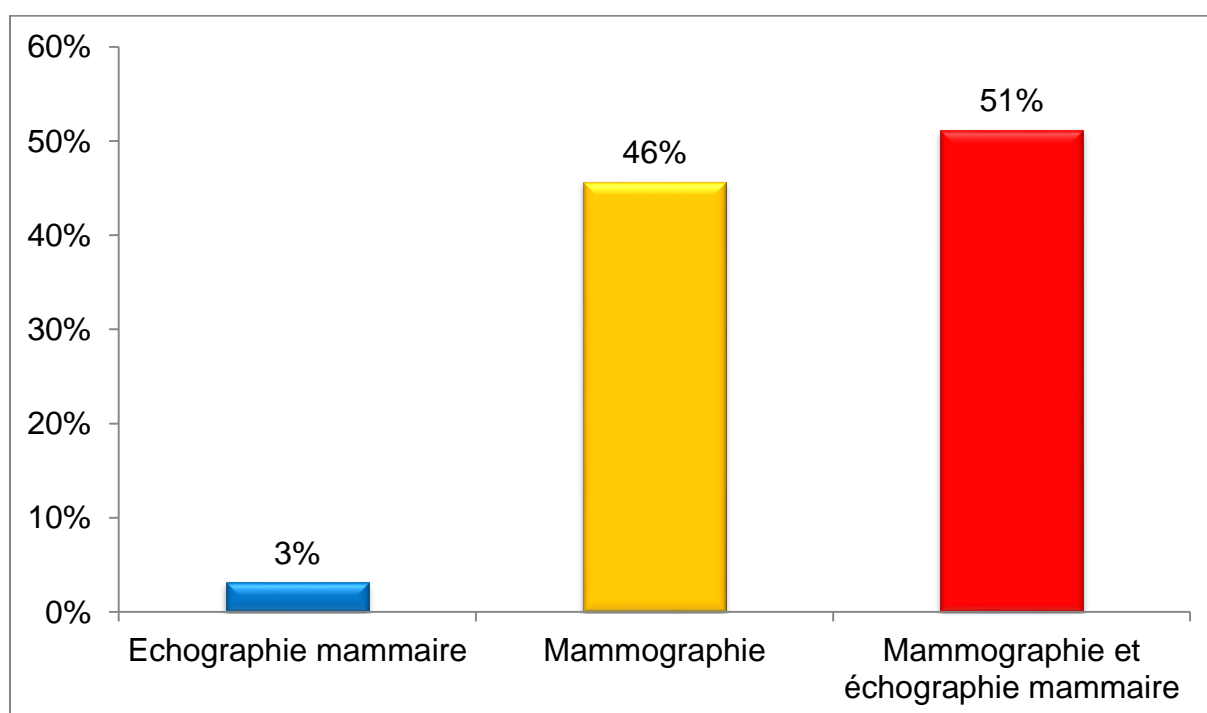
Certains ont rajouté des raisons les dissuadant de la palpation mammaire :

- Présence d'une démence (1 %, n=1)
- Palpation mammaire peu fiable après 75 ans selon consistance mammaire, qui peut déboucher sur une inquiétude et des examens complémentaires inutiles (1 %, n=1)

Une personne n'a pas souhaité répondre à cette question (1 %).

## L'imagerie

En cas de demande d'imagerie, 51 % des MG (n=65) ont demandé une mammographie avec échographie mammaire, alors que 46 % (n=58) demandaient une mammographie seule et 3 % d'entre eux (n=4) ne demandaient qu'une échographie mammaire. Aucune réponse pour d'autres examens, notamment scanner thoracique ou IRM mammaire.



**Figure 11 : Imagerie demandée**

## Découverte et annonce de la maladie

Dans la majorité des cas, la lésion est découverte par :

- La patiente (87 %, n=110)
- Le médecin traitant (44 %, n=56)
- Le gynécologue (10 %, n=13)
- Un praticien hospitalier au cours d'une découverte fortuite (5 %, n=6)
- Aucune réponse n'a été donnée pour l'oncologue ou le gériatre.

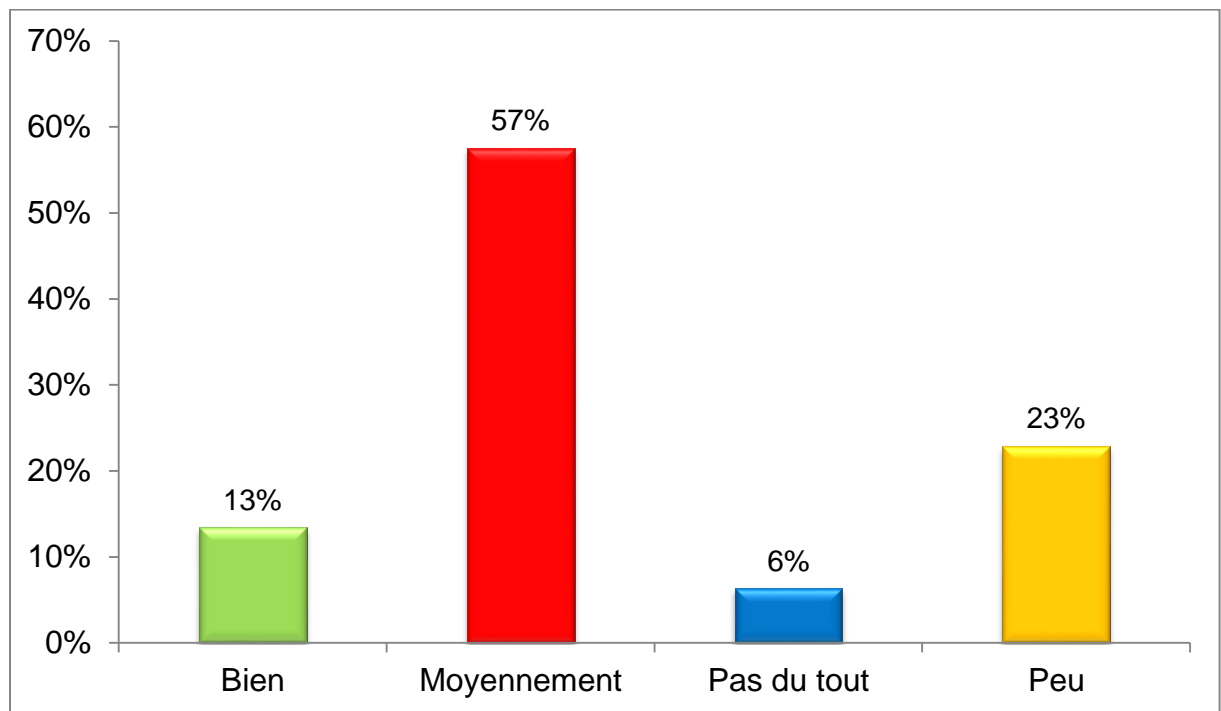
L'annonce du diagnostic était réalisé en majorité par le MG (67 %, n=85), puis par le radiologue (25 %, n=32), puis le gynécologue (6 %, n=7) et enfin l'oncologue (2 %, n=3). Aucune réponse donnée pour le gériatre.

## ÉVALUATIONS DES CONNAISSANCES ET IMPLICATIONS DES MG SUR LE CANCER DU SEIN

---

### Connaissances des MG

Plus de la moitié des MG s'estimaient connaître moyennement (58 %, n=73) les traitements proposés et les différentes prises en charges. Seulement 13 % d'entre eux (n=17) estimaient bien les connaître, alors que 23 % (n=29) les connaissaient peu et 6 % (n=8) pas du tout.

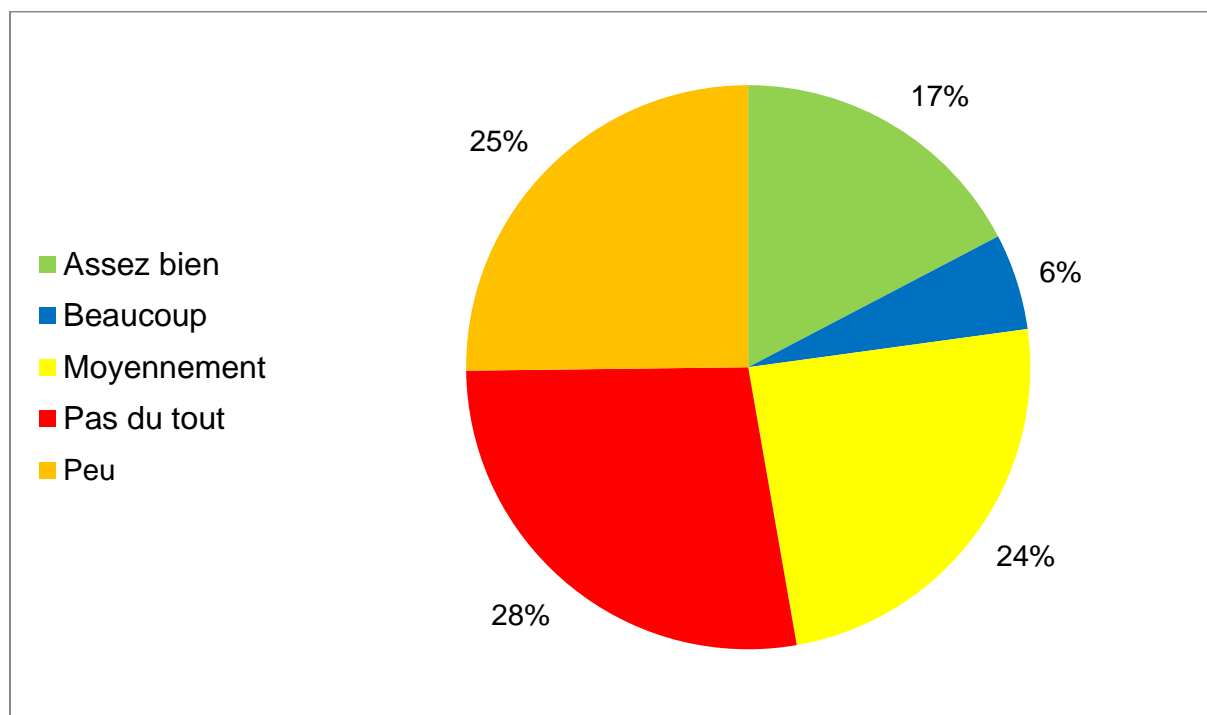


**Figure 12 : Connaissances des traitements et prises en charge des cancers du sein chez les femmes de plus de 75 ans**



## Implication des MG

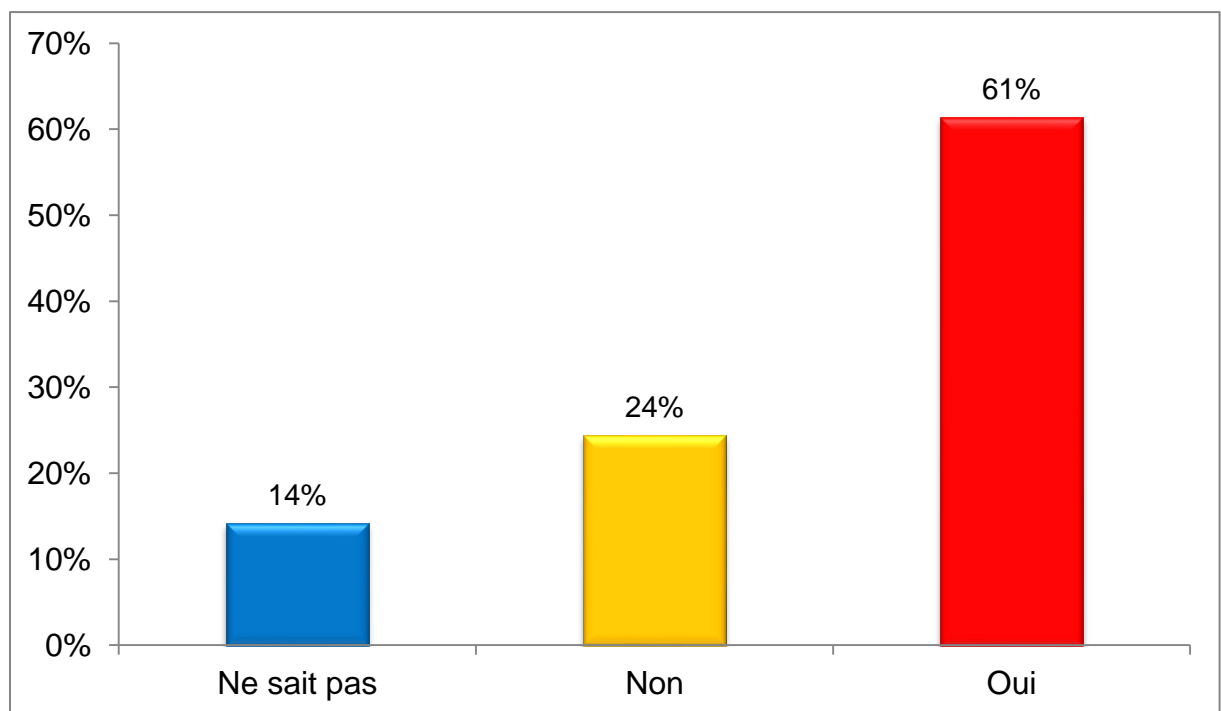
En termes d'implication dans les décisions thérapeutiques de leurs patientes, les MG étaient partagés : beaucoup 6 % (n=7), assez bien 17 % (n=22), moyennement 24 % (n=31), peu 25 % (n=32) et pas du tout 28 % (n=35).



**Figure 13 : Implication dans les décisions thérapeutiques de leurs patientes**

## L'évaluation gériatrique

Par ailleurs, une majorité d'entre eux (62 %, n=78) estimaient indispensable une évaluation gériatrique avant d'envisager la prise en charge thérapeutique. 24 % (n=31) pensaient que cela n'était pas nécessaire, alors que 14 % (n=18) estimaient ne pas savoir.



**Figure 14 : Intérêt d'une évaluation gériatrique avant décisions thérapeutiques**

Celle-ci était principalement demandée par l'oncologue (73 %, n=93), par le médecin traitant (35 %, n=44), par un autre spécialiste (16 %, n=20), par la famille (conjoints/enfants) (7 %, n=9), et enfin par la patiente elle-même (1 %, n=1).

Pour 53 % d'entre eux (n=67), l'évaluation gériatrique aurait participé aux choix de prise en charge thérapeutique. Pour 40 % d'entre eux (n=51), ils ne le savent pas,

et pour 7 % (n=9), l'évaluation n'a été d'aucune utilité dans le choix de prise en charge.

## RECENSEMENT DES AVIS CONCERNANT LA PRISE EN CHARGE DE TROIS CAS CLINIQUES

---

Les cas cliniques ont été élaborés à partir de typage de patientes selon la cotation OMS.

### Cas clinique N°1

M<sup>me</sup> A, 78 ans, aux antécédents d'HTA sous bithérapie, fracture du col du fémur droit, opérée à l'âge de 72 ans, vivant à son domicile avec son mari, autonome pour les gestes de la vie quotidienne, bénéficiant d'une aide-ménagère 3h/semaine, vient vous voir pour une tuméfaction au niveau du sein gauche qu'elle a remarqué depuis 1 mois. Après une palpation mammaire, vous retrouvez une tuméfaction solide, non douloureuse d'environ 2 cm de diamètre sur le quadrant supéro-externe, sans écoulement, sans signe d'inflammation locale.

→ Prescrivez-vous une mammographie/ échographie ?

- Oui
- Non

→ On retrouve une tumeur du sein gauche à la mammographie, la biopsie révèle la présence de récepteurs hormonaux, à quel spécialiste l'adressez-vous ?

- Un chirurgien
- Un oncologue médical
- Un gynécologue
- Aucun spécialiste

→ Quelle option thérapeutique vous semble la plus adaptée chez cette patiente ?

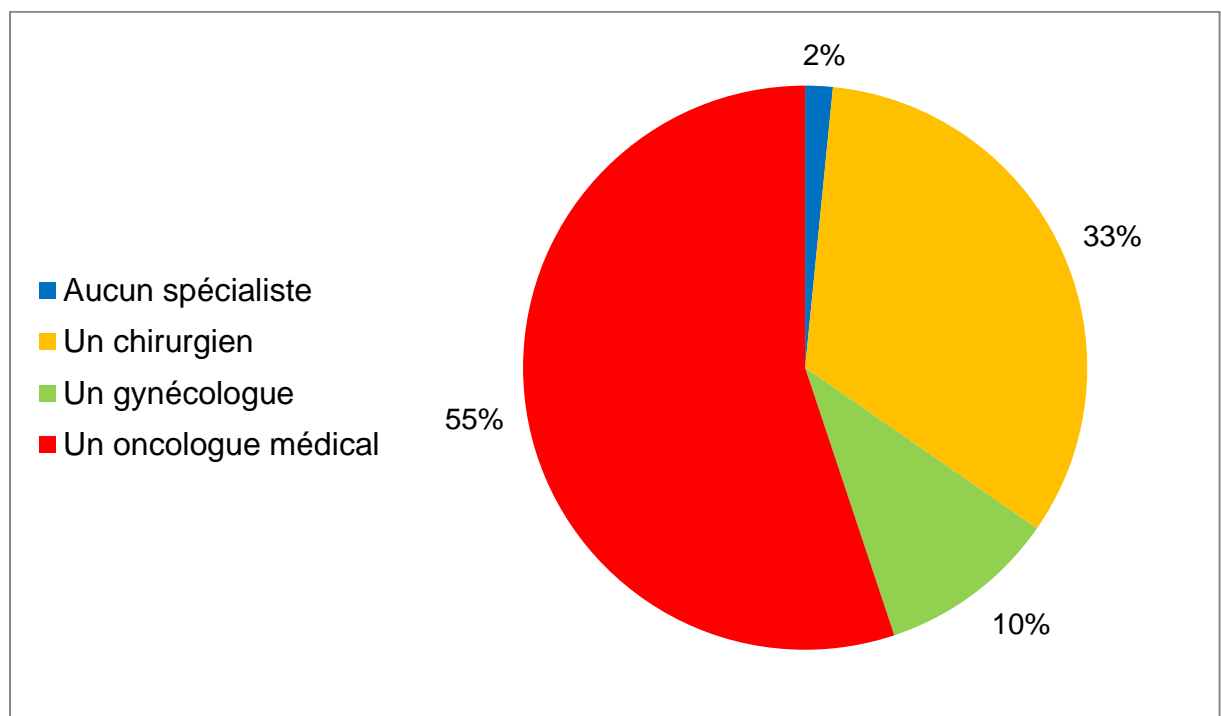
- Une chirurgie mammaire avec reconstruction

- Une chimiothérapie
- Une hormonothérapie
- Abstention thérapeutique

La patiente était considérée comme classe 1 selon l’OMS.

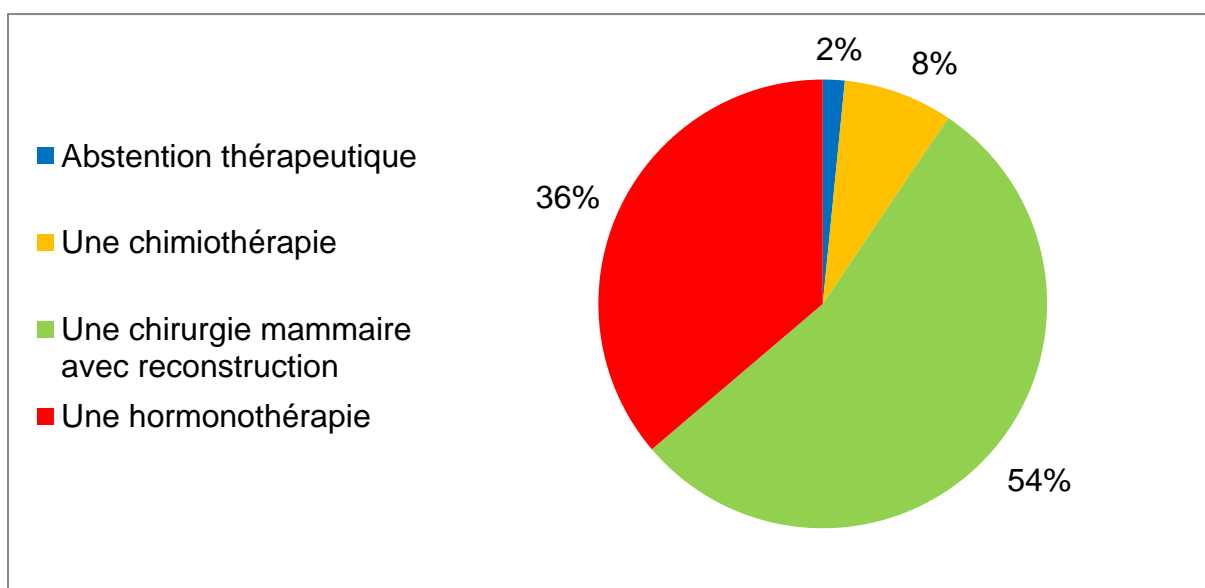
La totalité des MG (100 %, n=127), lui ont préconisé une mammographie/échographie.

La majorité l’envoyait auprès d’un oncologue médical (55 %, n=70), les autres l’envoyaient soit chez un chirurgien (33 %, n=42), soit chez un gynécologue (10 %, n=13). Seul 2 % d’entre eux ne l’envoyait vers aucun spécialiste (n=2).



**Figure 15 : Patiente adressée à un spécialiste selon sa spécialité, cas N°1**

Concernant l'option thérapeutique qui leur semblait la plus adaptée chez cette patiente, il a été retrouvé : une chirurgie mammaire avec reconstruction 54 % (n=68), une hormonothérapie 36 % (n=46), une chimiothérapie 8 % (n=10) et une abstention thérapeutique 2 % (n=2).



**Figure 16 : Option thérapeutique la plus adaptée selon les MG, cas N°1**

## Cas clinique N°2

M<sup>me</sup> B, 79 ans, aux antécédents d'AIT, HTA sous trithérapie, obésité modérée, tabagisme actif a 50 PA, diabétique de type 2 difficilement équilibré, SAS appareillée modérée depuis 10 ans, vivant seule à son domicile, bénéficie du passage d'une IDE pour sa toilette et délivrance des traitements, aide-ménagère 6h/semaine pour les courses et le ménage, ainsi que des repas fournis par la ville. La patiente se déplace avec sa canne et est autonome pour ses documents administratifs et financiers. Elle vient vous voir pour une tuméfaction au niveau du sein gauche qu'elle a remarqué depuis 2 mois. Après une palpation mammaire, vous retrouvez une tuméfaction solide, non douloureuse d'environ 2 cm de diamètre sur le quadrant supéro-externe, sans écoulement, sans signe d'inflammation locale.

→ Prescrivez-vous une mammographie/ échographie ?

- Oui
- Non

→ On retrouve une tumeur du sein gauche à la mammographie, la biopsie révèle la présence de récepteurs hormonaux, à quel spécialiste l'adressez-vous ?

- Un chirurgien
- Un oncologue médical
- Un gynécologue
- Aucun spécialiste

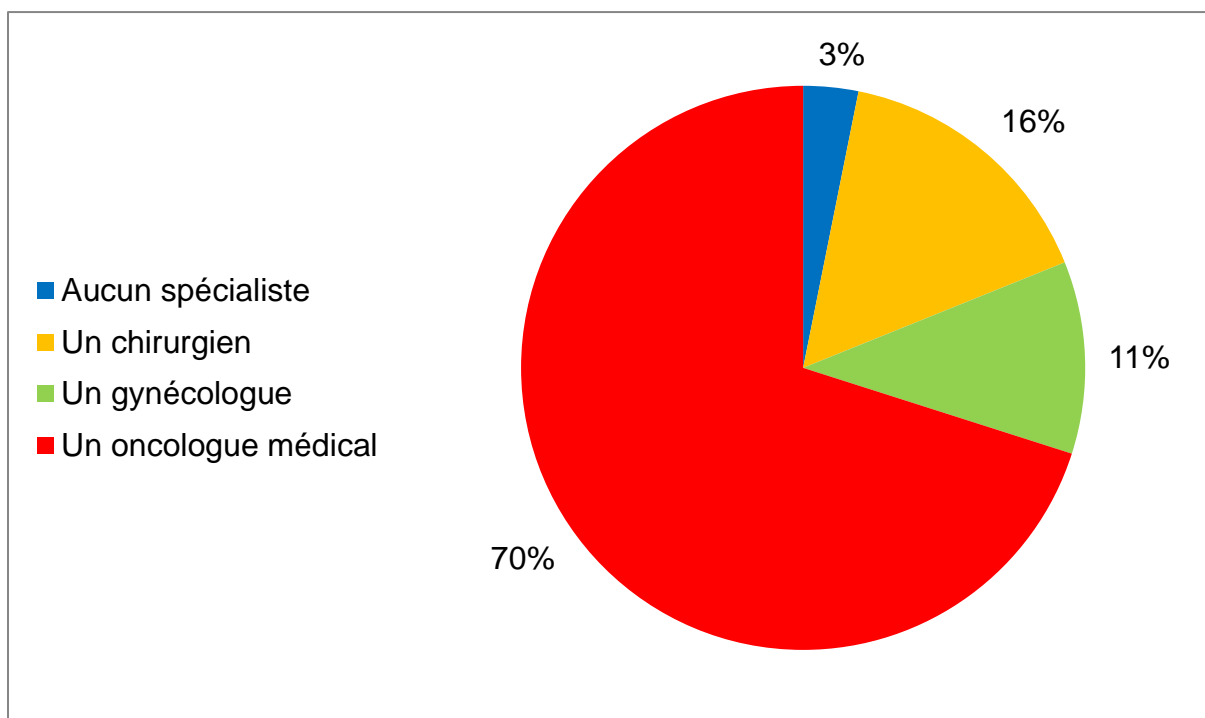
→ Quelle option thérapeutique vous semble la plus adaptée chez cette patiente ?

- Une chirurgie mammaire avec reconstruction
- Une chimiothérapie
- Une hormonothérapie
- Abstention thérapeutique

La patiente était considérée comme classe 2 selon l'OMS.

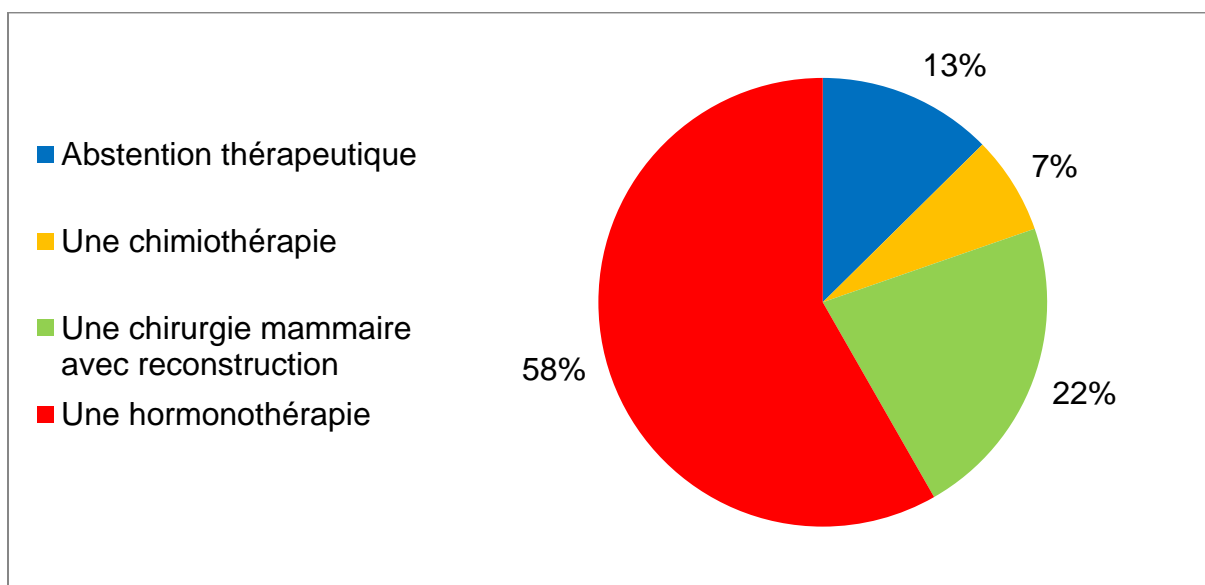
La quasi-totalité des MG prescrivait une mammographie/échographie mammaire 99 % (n=126).

Ils l'adressaient en grande partie à un oncologue médical 70 % (n=89), puis à un chirurgien 16 % (n=20), puis chez un gynécologue 11 % (n=14). 3 % d'entre eux ne l'envoyait chez aucun spécialiste.



**Figure 17 : Patiente adressée à un spécialiste selon sa spécialité, cas N°2**

L'option thérapeutique la plus adaptée chez cette patiente était l'hormonothérapie pour 58 % des MG (n=74), puis la chirurgie mammaire avec reconstruction pour 22 % d'entre eux (n=28), et une chimiothérapie pour 7 % des MG (n=9) et enfin pour 13 % d'entre eux, l'abstention thérapeutique.



**Figure 18 : Option thérapeutique la plus adaptée selon les MG, cas N°2**



### Cas clinique N°3

M<sup>me</sup> D., 80 ans, grabataire depuis 2 ans suite à un AVC hémorragique gauche avec hémiparésie, dépressive depuis 20 ans sous antidépresseurs, HTA sous trithérapie, insuffisance rénale grave avec créatinine de base à 25 mg/l, multiples pneumopathies d'inhalations sur troubles de la déglutition, vivant dans une maison de retraite médicalisée depuis 3 ans, ne fait plus de visites extérieures, est actuellement sous tutelle. On vous appelle pour une tuméfaction au niveau du sein gauche qui a été remarqué lors de sa toilette. Après une palpation mammaire, vous retrouvez une tuméfaction solide, non douloureuse d'environ 2 cm de diamètre sur le quadrant supéro-externe, sans écoulement, sans signe d'inflammation locale.

→ Prescrivez-vous une mammographie/ échographie ?

- Oui
- Non

→ On retrouve une tumeur du sein gauche à la mammographie, la biopsie révèle la présence de récepteurs hormonaux, à quel spécialiste l'adressez-vous ?

- Un chirurgien
- Un oncologue médical
- Un gynécologue
- Aucun spécialiste

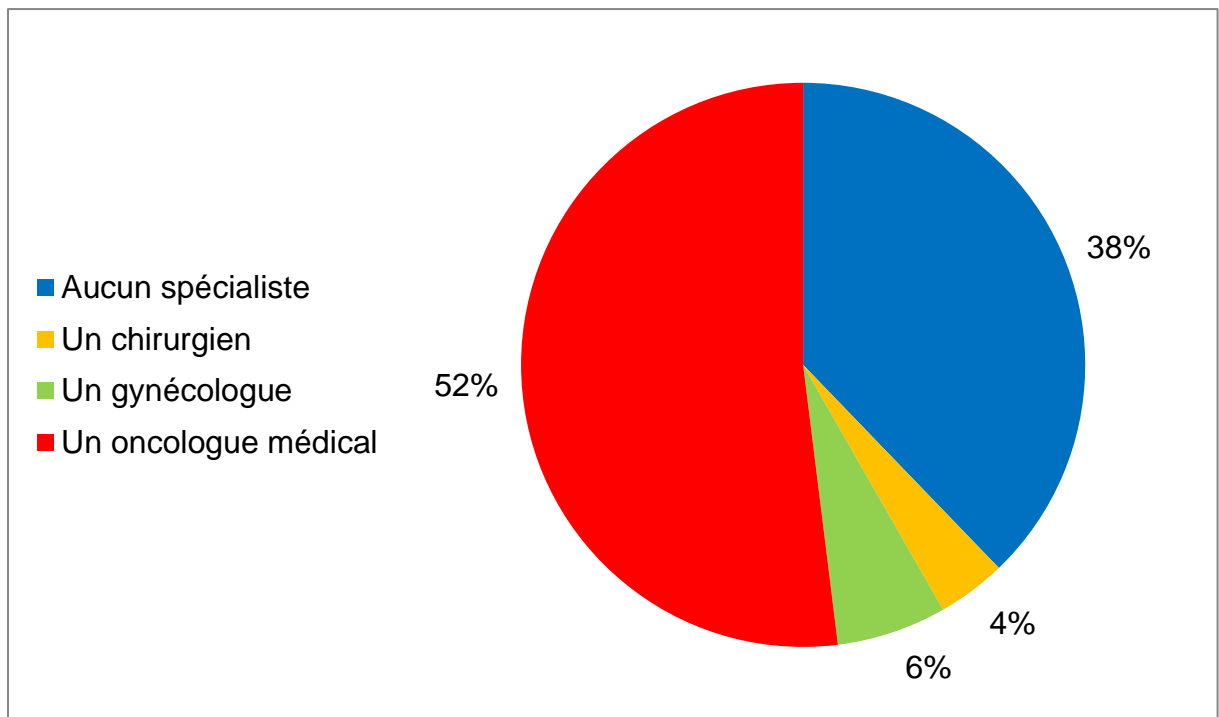
→ Quelle option thérapeutique vous semble la plus adaptée chez cette patiente ?

- Une chirurgie mammaire avec reconstruction
- Une chimiothérapie
- Une hormonothérapie
- Abstention thérapeutique

La patiente était considérée comme classe 4 selon l'OMS.

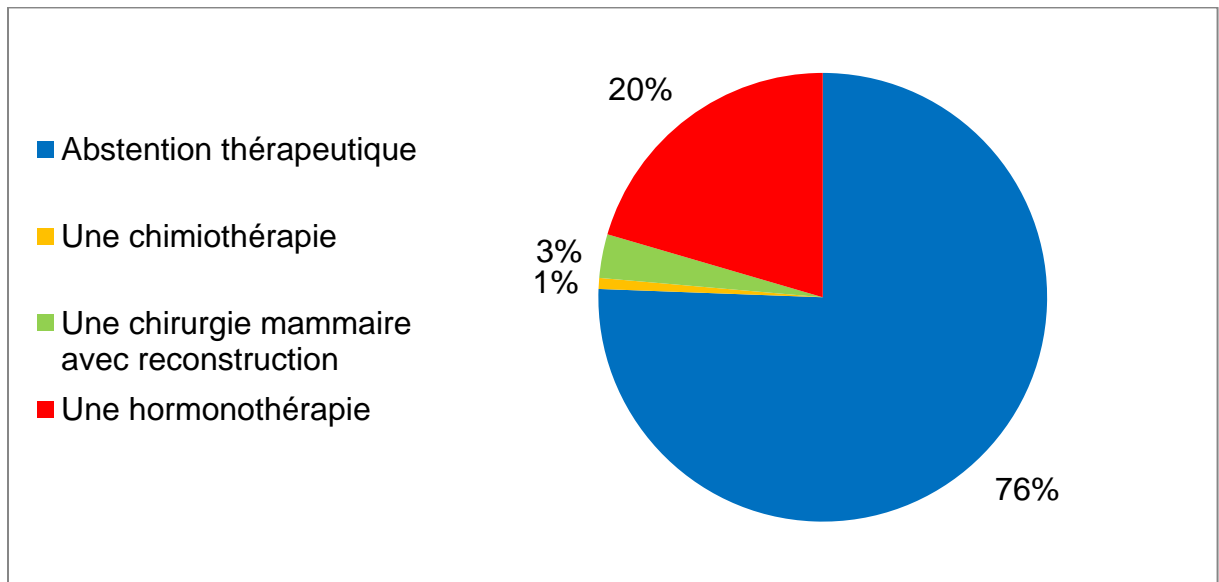
Plus des deux tiers des MG (69 %, n=88), lui prescrivait une mammographie/échographie mammaire.

La majorité des MG (5 %, n=66) l'adressait à un oncologue médical. Les autres l'adressaient soit à un gynécologue (6 %, n=8), soit à un chirurgien (4 %, n=5). 38 % d'entre eux ne l'envoyaient vers aucun spécialiste.



**Figure 19 : Patiente adressée à un spécialiste selon sa spécialité, cas N°3**

Une large majorité des MG (76 %, n=96) estimait que l'abstention thérapeutique était la prise en charge la plus adaptée. Les autres préconisaient une hormonothérapie, pour 20 % d'entre eux (n=26), une chirurgie mammaire avec reconstruction pour 3 % (n=4), et enfin une chimiothérapie chez 1 % des MG (n=1).



**Figure 20 : Option thérapeutique la plus adaptée selon les MG, cas N°3**

## DISCUSSION

---

### ANALYSE DU QUESTIONNAIRE

---

#### Étude de l'échantillon

- Sexe :

Au 1<sup>er</sup> janvier 2016, le Conseil National de l'ordre des Médecins recensait 88 886 MG de tous modes d'exercices confondus (libéral, hospitalier, mixte), dont 54 % d'hommes et 46 % de femmes (25). Notre étude est à dominante masculine avec 64 % des réponses aux questionnaires provenant de MG hommes.

- Âge :

La moyenne d'âge de notre échantillon (52,64 ans) est identique à la moyenne nationale de 2016 qui était de 52 ans.

Concernant la répartition selon les tranches d'âge, notre échantillon était représentatif de la population nationale : 21 % âgés de moins de 40 ans (16 % niveau national), 16 % entre 40 et 50 ans (20 % niveau national), 33 % entre 50 et 60 ans (37 % niveau national), et 30 % pour les plus de 60 ans (27 % niveau national).

- Lieu d'exercice

D'après leurs réponses, les MG exerçaient majoritairement en zone urbaine (57 %), puis en zone semi-rurale (34 %) et enfin zone rurale (9 %). Ces chiffres retrouvés sont relativement semblables au niveau national, où l'on parle d'unité urbaine dans les statistiques du ministère de la santé (26). Nous retrouvons 9 % en zone rurale, puis 25 % en zone comprise entre 5 000 et 50 000 habitants, et enfin 66 % en zone comprise à plus de 50 000 habitants.

- Moyenne d'actes par semaine

Notre échantillon avait une moyenne d'actes par semaine à 136,5 qui se trouve nettement au-dessus de la moyenne nationale. D'après une étude Doctolib paru en 2017, les MG réalisaient en moyenne 22 actes par jour, ce qui donne, pour une semaine typique (5 jours sur 7), une moyenne de 110 actes (27).

- Mode d'exercice

D'un point de vue national en 2016, 51 % des MG actifs libéraux ou mixtes travaillaient en groupe (cabinet de groupe ou MSP), et 48 % en cabinet individuel. Ce que rejoint notre étude, avec des chiffres comparables avec 46 % en cabinet seul et 54 % en groupe (25).

## Étude des pratiques, des connaissances et de l'implication des MG

- Pratiques des MG

Notre étude a montré que la plupart des MG (69 %) continuaient de rechercher un cancer du sein chez les femmes de plus de 75 ans, notamment en raison de leur mission de médecin traitant. Les autres raisons sont la demande de la patiente et/ou de la famille, leur rôle de santé publique et enfin leur responsabilité engagée en cas de découverte.

Par ailleurs, les principales raisons qui les ont incités à stopper la détection précoce étaient : l'espérance de vie de la patiente, la présence de comorbidités (3 ou plus), l'arrêt du DO à 74 ans, l'existence de troubles cognitifs diagnostiqués, le manque de recommandations claires et le manque de temps d'examen.

Concernant leurs modalités de détection du cancer du sein, la première méthode était l'examen clinique avec palpation mammaire pour 68 % d'entre eux, et pour 30 % un examen d'imagerie avec mammographie et/ou échographie.

La majorité d'entre eux (69 %) affirmait avoir formé leurs patientes à l'autopalpation. De plus 76 % des MG pratiquaient un examen clinique avec palpation mammaire bilatérale selon des fréquences variables, avec une majorité d'entre eux à une fois par an (64 %).

Les principaux freins à la pratique de la palpation mammaire étaient : la difficulté à convaincre la patiente, le mauvais état général avec la présence de comorbidités, l'âge de la patiente, le manque de temps d'examen, le manque de formation, la

présence de troubles cognitifs et la palpation mammaire peu fiable après 75 ans selon la consistance mammaire.

En cas de refus de la patiente, plus de la moitié des MG (56 %) ont reproposé par la suite.

Concernant la découverte de la lésion, elle est le plus souvent retrouvée par la patiente elle-même qui en fait part à son médecin, et par les MG lors d'un examen clinique. On retrouve dans quelques cas la découverte par la gynécologue (en cas de suivi par la patiente d'un point de vue gynécologique) et les découvertes fortuites au cours d'hospitalisations ou d'examens pour une autre raison médicale.

Néanmoins, l'annonce du diagnostic est majoritairement faite par le MG (67 %).

- Connaissances des MG

Par ailleurs, les MG se sentent mal ou moyennement informés (71 %) concernant le cancer du sein chez les femmes de plus de 75 ans, avec une majorité d'entre eux n'ayant jamais participé à une formation de sensibilisation (63 %). Pour ceux qui en ont bénéficié, ils avouaient avoir changé leurs pratiques dans 75 % des cas. De plus, les MG s'estimaient connaître moyennement (58 %) les différents traitements et prises en charge des cancers du sein chez les patientes de 75 ans et plus.

Il apparaît important de permettre à tous les MG de bénéficier de formations cliniques et éthiques pour améliorer les soins et la qualité de vie de leurs patientes ainsi que leurs attitudes professionnelles. Ces formations pourraient être proposées par les centres de cancérologie à chaque médecin de sa région avec échanges et discussions autour du cancer du sein avec un temps théorique, qui permettrait de

rappeler les enjeux, les recommandations nationales et internationales ainsi que l'évolution des différentes thérapeutiques avec un temps de partage d'expériences.

Cela permettrait également de répondre à une autre problématique qui est la concertation pluridisciplinaire et l'implication des MG dans les choix des prises en charge thérapeutiques.

- L'implication des MG

Au sein de notre étude, seuls 23 % s'estimaient beaucoup ou assez bien impliqués dans les décisions thérapeutiques.

La possibilité d'être au contact de spécialistes (oncologue, gériatre, gynécologue...) aux travers d'échanges professionnels de manière directe et conviviale permettrait aux MG d'améliorer leurs rapports et faciliterait les relations futures concernant les différentes prises en charge des patientes ainsi que leurs implications dans l'arbre décisionnel.

De plus, une approche pluridisciplinaire concernant la prise en charge des cancers chez les personnes âgées, réalisée au cours du cursus des études médicales (internat et/ou deuxième cycle des études médicales), permettrait aux futurs médecins de prendre en compte ces recommandations dans leurs pratiques futures.

Pour finir, la majorité des MG (62 %) estimait utile une évaluation gériatrique avant d'envisager une éventuelle prise en charge thérapeutique. Celle-ci est le plus souvent demandée par l'oncologue. Néanmoins, ils n'ont pas toujours le retour de



cette évaluation et ne savent pas si celle-ci a permis d'envisager la meilleure prise en charge concernant leur patiente.

## Étude des cas cliniques

Les cas cliniques permettaient de recenser les avis des MG concernant la réalisation d'une mammographie/échographie et les prises en charge thérapeutiques proposées en fonction de patientes présentées selon la cotation OMS.

Dans tous les cas, la majorité des MG ont préconisé la réalisation d'une mammographie/échographie, peu importe la cotation OMS avec une nette diminution dans le cas clinique n°3 chez la patiente classée OMS 4 (69 % contre 100 % et 99 %).

Dans l'ensemble, les MG adressaient en premier lieu à un oncologue médical. Certains envoyaient aux chirurgiens ou aux gynécologues. On note une distinction entre les cas n°1 et n°2 avec une augmentation considérable de l'envoi à l'oncologue médical dans le cas n°2 et une diminution de l'envoi aux autres spécialistes. Pour le cas clinique n°3, 36 % des MG n'adressaient la patiente à aucun spécialiste, ce qui est important comparé aux deux premiers cas (2 % et 3 %).

Les prises en charge thérapeutiques variaient selon la cotation OMS : pour la patiente classée OMS 1, la chirurgie mammaire avec reconstruction était préconisée ; pour la patiente classée OMS 2, l'hormonothérapie était préconisée ; pour la patiente classée OMS 4, l'abstention thérapeutique était préconisée.

On observe que la chimiothérapie n'est que peu retrouvée dans les différents cas cliniques (8 %, 7 % et 1 %).

On note qu'en fonction de la cotation OMS, la prise en charge tend vers l'abstention thérapeutique (2 %, 13 % et 76 %) au contraire de la chirurgie qui elle diminue progressivement (54 %, 22 % et 3 %).

On remarque également que l'hormonothérapie a une place prépondérante dans l'ensemble des cas cliniques peu importe la cotation OMS, ce qui peut probablement s'expliquer, malgré une durée de traitement plus longue, par le profil de tolérance et la facilité de prescription en comparaison aux risques d'une intervention chirurgicale ou aux effets iatrogènes indésirables de la chimiothérapie.

Concernant le cas clinique n°3 chez la patiente OMS 4, il est utile de se poser la question de l'intérêt ou non de réaliser une mammographie/échographie avec tous les retentissements potentiels chez cette patiente en termes d'anxiété, de contrainte, de déplacement, alors qu'il est possible, après une évaluation gériatrique, que celle-ci ne soit probablement pas éligible à une prise en charge thérapeutique.

## BIAIS ET LIMITES DE L'ÉTUDE

---

Les résultats de cette enquête doivent être nuancés en raison de données déclaratives et non pas de pratiques observées. Il peut exister une différence entre ce qui est dit et ce qui est réellement pratiqué.

Par ailleurs, notre étude est limitée par un biais de sélection en raison du faible taux de participation (14 %), qui s'explique en partie, du fait que les MG sont régulièrement sollicités pour des travaux de mémoire ou de thèse, parfois même dans l'accompagnement d'internes de médecine générale, ainsi que la charge de travail de plus en plus importante.

Une autre limite pourrait être la forme du questionnaire (forme papier) à retourner par voie postale nécessitant une organisation particulière par rapport à un questionnaire en ligne. Nous ne disposons pas à l'heure actuelle, de bases de données mails regroupant les MG nationaux. Il est possible d'en trouver mais cela a un coût et serait alors un nouveau biais de sélection. Une demande a également été faite auprès de l'ordre des médecins du Nord qui nous a été refusée.

Néanmoins, notre échantillon de MG a les mêmes caractéristiques qu'au niveau national en dehors d'une prédominance masculine plus importante.

De plus, il aurait pu être intéressant d'avoir 4 cas cliniques afin de voir l'évolution des pratiques des MG selon la cotation OMS, mais cela aurait rallongé considérablement le questionnaire avec le risque de diminuer la participation.

Concernant les cas cliniques, le choix a été de tous les considérer comme hormono sensibles afin d'émettre la possibilité d'une hormonothérapie comme prise en charge, ce qui n'est pas le cas de tous les cancers du sein.

## COHÉRENCE AVEC LA LITTÉRATURE

---

Peu d'études s'intéressent à la détection précoce des cancers du sein au-delà de 75 ans, la plupart évaluent l'intérêt du dépistage au delà de 65 ans.

Tout d'abord une étude de 2014 a réalisé une revue sur la mammographie chez les femmes âgées de 75 ans et plus (28). Leur objectif était de fournir une approche fondée sur des preuves pour individualiser la prise de décision concernant la mammographie chez les femmes âgées de 75 ans et plus. Pour cela, ils ont recensé dans PubMed les études entre janvier 1990 et février 2014 pour identifier les facteurs de risques tardifs de cancer du sein chez les femmes de 65 ans et plus et quantifier les avantages et inconvénients des mammographies de dépistage chez les femmes de 75 ans et plus. Elle conclut que, pour les femmes de plus de 75 ans ayant une espérance de vie supérieure à 10 ans, en raison de l'impact non démontré sur la réduction de la mortalité, il faut poursuivre les recherches, tout en prenant en compte les avantages potentiels et les nuisances de la détection précoce ainsi que le ressenti des patientes. Il est possible de mettre en relation les résultats des cas cliniques avec cette étude en retenant la notion d'espérance de vie ainsi que les avantages et inconvénients de la recherche diagnostique et thérapeutique.

Une étude a réalisé en 2017 (29) une intervention afin de promouvoir la présentation du cancer du sein chez les femmes âgées de 70 ans et plus, au sein de 4 services de dépistage du cancer du sein. À noter qu'en France, les patientes de 70 à 74 ans sont concernées par le dépistage national. L'intervention consistait à transmettre aux femmes un questionnaire à remplir avant leur mammographie. Le questionnaire comprenait une mesure de sensibilisation au cancer du sein. Les femmes étaient considérées comme étant sensibilisées si elles reconnaissaient au moins cinq symptômes du cancer du sein, si elles savaient que le risque augmente avec l'âge et si elles se pratiquaient une palpation mammaire mensuelle. Ils ont ensuite mesuré l'effet sur la sensibilisation à 1 an avec d'autres services de dépistage où l'intervention n'avait pas eu lieu. Les résultats ont montré que l'intervention avait permis d'augmenter la sensibilisation des femmes au cancer du sein, avec des facteurs de connaissances tels que les symptômes non généraux du cancer du sein, les risques liés à l'âge et la vérification du sein déclaré. L'intervention permet de réduire le retard de la patiente dans la détection du cancer du sein.

Certaines études ont recherché des outils mesurant les risques du cancer du sein chez les femmes de plus de 75 ans.

Le modèle GAIL (BRCAT) est couramment utilisé, cependant il est peu adapté chez les femmes de plus de 75 ans car prend principalement en compte les facteurs hormonaux. Ce modèle est développé par le *National Cancer Institute* et il est accessible en ligne pour permettre aux chercheurs ou médecins d'avoir une projection du risque absolu de cancer du sein invasif en fonction des facteurs de risque de la patiente et de son origine ethnique (30).

Une étude (31) publiée en 2015, a utilisé les données de 2 études faites en 2004 par *Nurses Health Study* (NHS) et en 2005 par *Women's Health Initiative* (WHI), afin de comparer les femmes de 75 ans et plus et celles entre 55 et 74 ans, selon les facteurs de risques du modèle GAIL (32). Elle a montré que ce modèle fournissait des probabilités précises de cancer du sein à 5 ans chez les femmes de plus de 75 ans qui ont subi une mammographie et qui ne souffrent pas de maladie grave. Néanmoins, ce modèle avait tendance à sur-prédire le cancer du sein chez les femmes ménopausées à haut risque de cancer du sein.

D'autres modèles ont été établis tels que le modèle IBIS, le modèle CASH, le modèle BOADICEA, mais ils ont tous des indices de concordance assez médiocres ne pouvant faire l'objet de validation dans la population française.

Une revue de 2015 (33) s'est posée la question de l'âge d'arrêt du dépistage pour plusieurs cancers. Concernant le cancer du sein, ils ont conclu que chez une femme de 80 ans et plus, atteinte d'un cancer, la mammographie était associée à un taux de 50 % de risque plus faible de décès si elles n'avaient pas plus d'une comorbidité. Par ailleurs, ils n'ont retrouvé aucun bénéfice significatif chez les femmes de 75 ans et plus ayant au moins deux comorbidités.

Étant donné que l'estimation de l'espérance de vie n'est pas une science précise, une autre étude réalisée au Canada (34) a introduit le terme de « fragilité ». Une échelle de cette fragilité a été élaborée à partir de l'étude canadienne sur la santé et le vieillissement, estimant aussi l'espérance de vie. En effet, compte tenu de l'augmentation des risques liés aux traitements, avec la fragilité et les comorbidités ainsi que la diminution des bénéfices avec la réduction de l'espérance de vie, cette

étude propose d'élaborer un plan de soins préventifs en tenant compte de plusieurs facteurs : l'âge, l'espérance de vie et le concept de fragilité, les risques et les bienfaits du dépistage ou du traitement, les valeurs et les préférences du patient. Les soins préventifs concernent plusieurs domaines : le cancer, les maladies cardiovasculaires, le risque de chute, l'ostéoporose et les vaccinations préventives.

Pour le cancer du sein, un consensus général composé du Groupe d'Étude Canadien sur les Soins de Santé Préventifs (GECSSP), de l'*American Cancer Society* (ACS) et de l'*United States Preventive Services Task Force* (USPSTF) se dégage autour de l'improbabilité que la mammographie de dépistage apporte des bienfaits aux femmes dont l'espérance de vie est inférieure à 5 ans.



Figure 1. Échelle de la fragilité clinique



Figure 21 : Échelle de la fragilité clinique

Une autre étude, réalisée en 2014 (35), a étudié les pratiques de dépistage du cancer chez la personne âgée ayant une démence. Le questionnaire a été envoyé aux MG de Loire-Atlantique et de Vendée. La plupart des MG (60 %) disaient poursuivre le dépistage de cancer après 75 ans, ce qui rejoint notre étude (69 %). La majorité d'entre eux (77 %) estimaient manquer de recommandations claires pour encadrer le dépistage du cancer chez la personne âgée. De plus, les MG se disaient limités à la pratique du dépistage en raison de l'âge, des comorbidités, de la peur d'éventuelles poursuites juridiques, de la difficulté à convaincre la patiente ou sa famille ainsi que l'absence de sanction thérapeutique. La majorité (63 %) pensait que les patients de plus de 75 ans tiraient un bénéfice de l'avis d'un gériatre avant l'instauration d'un traitement anti-cancéreux.

Une étude de cohorte rétrospective française de 2017 (36), réalisée à Amiens, a montré qu'une réévaluation de l'âge du dépistage pourrait être bénéfique chez les patientes de plus de 75 ans notamment en termes de réduction de la mortalité et de la morbidité due aux traitements.

## RECOMMANDATIONS DES INSTANCES MÉDICALES

Table 1. Guidelines for Screening Mammography Among Women Aged 75 Years or Older<sup>a</sup>

Organization, Guideline Year	Screening Mammography Recommendations
American Cancer Society, 2010 <sup>4</sup>	There is no specific upper age at which mammography screening should be discontinued. The decision to stop regular mammography screening should be individualized based on the potential benefits and risks of screening in the context of overall health and estimated longevity. As long as a woman is in good health and would be a candidate for breast cancer treatment, she should continue to be screened with mammography. If performed, recommend screening every year.
American College of Obstetricians and Gynecologists, 2011 <sup>5</sup>	Women aged 75 years or older should, in consultation with their physicians, decide whether or not to continue mammographic screening. Medical comorbidity and life expectancy should be considered. If performed, recommend screening every year.
American College of Radiology, 2008 <sup>6</sup>	It is unclear at what age, if any, women cease to benefit from screening mammography. Because this age is likely to vary depending on the individual's overall health, the decision as to when to stop routine mammography screening should be made on an individual basis by each woman and her physician. If performed, recommend screening every year.
Canadian Task Force on Preventive Health Care, 2011 <sup>7</sup>	A tailored approach to screening mammography is warranted in women aged 70 years or older. If a woman desires to continue screening mammography, it is justified if her life expectancy exceeds 5 to 10 years (weak recommendation; low-quality evidence). If performed, recommend screening every 2 to 3 years.
National Comprehensive Cancer Network, 2013 <sup>8</sup>	In older women, mammography screening should be individualized, weighing its potential benefits vs risks in the context of the patient's overall health and estimated longevity. If a patient has severe comorbid conditions limiting her life expectancy and no intervention would occur based on the screening findings, then the patient should not undergo screening. If performed, recommend screening every year.
National Health Service, United Kingdom, 2010 <sup>9</sup>	Women aged 74 years or older can request continued mammography screening, but they do not receive routine invitations. If performed, recommend screening every 3 years.
US Preventive Services Task Force, 2009 <sup>10</sup>	Evidence is insufficient to assess the additional benefits and harms of screening mammography in women aged 75 years or older. No recommendation (from the I statement: if the service is offered, patients should understand the uncertainty about the balance of benefits and harms). If performed, recommend screening every 2 years.

<sup>a</sup> Recommendations are based on each organization's literature review, consensus process, and expert opinion.

### **Figure 22 : Guides pour le dépistage de la mammographie chez les femmes de 75 ans et plus (28)**

La SIOG (*The International Society of Geriatric Oncology*) et l'EUSOMA (*European society of breast cancer specialists*), se sont réunis en 2010 pour développer et mettre à jour des recommandations de 2007 (24). Elles concluent qu'une évaluation gériatrique permettrait d'optimiser les soins en prenant en compte le statut fonctionnel et l'état de santé général des patientes. Néanmoins, en pratique, nous constatons un manque de gériatre pouvant évaluer les patientes qui doivent être traitées, ce qui implique que l'ensemble des patientes ne bénéficieraient pas forcément d'une évaluation avant mise en route d'un traitement.

Concernant la mammographie, étant donnée l'absence de données solides après 70 ans, elle doit être discutée en fonction des risques et des bénéfices, des préférences des patientes, de l'âge physiologique et de l'espérance de vie. À noter que la mammographie a une meilleure sensibilité et spécificité chez la personne âgée (37).

Concernant les obstacles à la thérapie : d'une part, la présence de comorbidités prend une part importante dans la décision, notamment le statut cognitif, l'anxiété et la dépression ; et d'autre part, le cadre social peut influencer sur les décisions des patientes, comme le transport, la famille, les aidants au domicile ainsi que le médecin traitant.

## CONCLUSION

---

Du fait de l'évolution démographique, de l'augmentation de l'espérance de vie et des améliorations des thérapies et pratiques médicales actuelles, la recherche de cancer chez la personne âgée pose de nombreuses questions. Les recommandations nationales et internationales insistent sur l'âge physiologique et la prise en compte des comorbidités pour évaluer de la nécessité d'un dépistage.

Devant le manque de recommandations claires sur la détection précoce des cancers du sein chez les femmes de plus de 75 ans, les MG ont basé leurs pratiques sur leurs opinions et expériences personnelles. Il apparaît utile, afin d'apporter une harmonisation des pratiques, de proposer des outils d'aides aux MG pour qu'ils sachent, en fonction de chaque patiente, si la poursuite d'une recherche de cancer est indiquée. Ceux-ci pourraient éventuellement s'appuyer sur des grilles d'évaluation déjà connues comme la méthode de GAIL ou la création d'un outil d'évaluation pour les MG basée sur l'évaluation de l'espérance de vie et le risque de cancer du sein avec l'aide de l'INCa.

D'une part, il est important que les MG se sentent concernés lors de la mise en place d'un traitement, ou associés, afin d'optimiser le taux de dépistage, ce qui peut se traduire par des relations privilégiées avec les spécialistes, à travers des réseaux de gériatrie ou de cancérologie ainsi que des temps de formations et d'échanges entre les différents spécialistes au cours de moments conviviaux.

D'autre part, il est nécessaire de poursuivre une formation continue concernant les cancers du sein chez les patientes âgées afin d'aider les MG à se sentir investis et à pouvoir répondre, de la meilleure des manières, aux questions et attentes de leurs patientes et/ou familles. Il est également important que les MG continuent à former leurs patientes à l'autopalpation dès l'âge pubertaire afin de rechercher au plus tôt un signe de cancer du sein.

Pour finir, les pouvoirs publics ont une place considérable dans le processus de dépistage en indiquant, grâce à des campagnes d'informations publiques, les bienfaits d'une surveillance clinique concernant le cancer du sein, peu importe l'âge.

## BIBLIOGRAPHIE

---

1. INCA - Les cancers en France  
[http://www.e-cancer.fr/ressources/cancers\\_en\\_france/#page=64](http://www.e-cancer.fr/ressources/cancers_en_france/#page=64)
2. INCA - Les cancers en France  
[http://www.e-cancer.fr/ressources/cancers\\_en\\_france/#page=65](http://www.e-cancer.fr/ressources/cancers_en_france/#page=65)
3. Jézéquel P., Sharif Z., Lasla H., Gouraud W., Guérin-Charbonnel C., Campion L., *et al.* *Gene-expression signature functional annotation of breast cancer tumours in function of age.* BMC Med Genomics. 2015 Nov 23 ; 8:80.
4. rfrw-breast-cancer-risk-factors-a-review-of-the-evidence\_1.15.pdf  
[https://canceraustralia.gov.au/sites/default/files/publications/breast-cancer-risk-factors-review-evidence/pdf/rfrw-breast-cancer-risk-factors-a-review-of-the-evidence\\_1.15.pdf](https://canceraustralia.gov.au/sites/default/files/publications/breast-cancer-risk-factors-review-evidence/pdf/rfrw-breast-cancer-risk-factors-a-review-of-the-evidence_1.15.pdf)
5. depistage\_du\_cancer\_du\_sein\_chez\_les\_femmes\_a\_haut\_risque\_volet\_1\_vf.pdf  
[https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-05/depistage\\_du\\_cancer\\_du\\_sein\\_chez\\_les\\_femmes\\_a\\_haut\\_risque\\_volet\\_1\\_vf.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-05/depistage_du_cancer_du_sein_chez_les_femmes_a_haut_risque_volet_1_vf.pdf)
6. breast\_cancer07.pdf  
[http://nzhta.chmeds.ac.nz/publications/breast\\_%20cancer07.pdf](http://nzhta.chmeds.ac.nz/publications/breast_%20cancer07.pdf)
7. Castells X., Domingo L., Corominas J.-M., Torá-Rocamora I., Quintana M.-J., Baré M., *et al.* *Breast cancer risk after diagnosis by screening mammography of nonproliferative or proliferative benign breast disease: a study from a population-based screening program.* Breast Cancer Res Treat 2015; n° 149, p. 237-44.
8. Hodgson D. C., Gilbert E.S., Dores G. M., Schonfeld S. J., Lynch C. F., Storm H., *et al.* *Long-term solid cancer risk among 5-year survivors of Hodgkin's lymphoma.* J. Clin Oncol. 2007 Apr 20 ; vol. 25, n° 12, p. 1489-97.
9. Trentham-Dietz A., Kerlikowske K., Stout N. K., Miglioretti D. L., Schechter C. B., Ergun M. A., *et al.* *Tailoring breast cancer screening intervals by breast density and risk for women 50 and older: Collaborative modeling of screening outcomes.* Ann Intern Med, 2016 Nov 15; vol. 165, n° 10, p. 700-12.
10. Kobayashi S., Sugiura H., Ando Y., Shiraki N., Yanagi T., Yamashita H., *et al.* *Reproductive history and breast cancer risk.* Breast Cancer 2012 Oct; vol. 19, n° 4, p. 302-8.
11. MacMahon B., Cole P., Lin T. M., Lowe C. R., Mirra A. P., Ravnihar B., *et al.* *Age at first birth and breast cancer risk.* Bull World Health Organ. 1970; vol. 43, n° 2, p. 209-21.

12. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. *Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50302 women with breast cancer and 96973 women without the disease*. Lancet. 2002 Jul 20; vol. 360, n° 9328, p. 187-95.
13. Ursin G., Bernstein L., Lord S. J., Karim R., Deapen D., Press M. F., et al. *Reproductive factors and subtypes of breast cancer defined by hormone receptor and histology*. Br J Cancer. 2005 Aug 8; vol. 93, n° 3, p. 364-71.
14. Lu Y., Ni F., Xu M., Yang J., Chen J., Chen Z., et al. *Alcohol promotes mammary tumor growth through activation of VEGF-dependent tumor angiogenesis*. Oncol Lett 2014 Aug; vol. 8, n° 2, p. 673-8.
15. Wolf I., Sadetzki S., Catane R., Karasik A., Kaufman B. *Diabetes mellitus and breast cancer*. Lancet Oncol. 2005 Feb; vol. 6, n° 2, p. 103-11.
16. Brown J. C., Winters-Stone K., Lee A., Schmitz K. H.. *Cancer, Physical Activity, and Exercise*. Compr Physiol 2012 Oct; vol. 2, n° 4, p. 2775-809.
17. Tehard B., Friedenreich C. M., Oppert J.-M., Clavel-Chapelon F. *Effect of physical activity on women at increased risk of breast cancer: results from the E3N cohort study*. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. 2006 Jan; vol. 15, n° 1, p. 57-64.
18. Nkondjock A., Ghadirian P. *Facteurs de risque du cancer du sein*. 2005 ; vol. 21, n° 2, p. 175-80.
19. *synthese\_et\_recommandations\_participation\_depistage\_cancer\_du\_sein.pdf*  
[https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-07/synthese\\_et\\_recommandations\\_participation\\_depistage\\_cancer\\_du\\_sein.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-07/synthese_et_recommandations_participation_depistage_cancer_du_sein.pdf)
20. Taux de participation au programme de dépistage organisé du cancer du sein 2016-2017 ; Indicateurs d'évaluation ; Évaluation du programme de dépistage du cancer du sein ; Évaluation des programmes de dépistage des cancers ; Cancers ; Maladies chroniques et traumatismes ; Dossiers thématiques  
<http://invs.santepubliquefrance.fr/fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Cancers/Evaluation-des-programmes-de-depistage-des-cancers/Evaluation-du-programme-de-depistage-du-cancer-du-sein/Indicateurs-d-evaluation/Taux-de-participation-au-programme-de-depistage-organise-du-cancer-du-sein-2016-2017>
21. Les unités de coordination et antennes d'oncogériatrie – Oncogériatrie. Institut National Du Cancer  
<http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/L-organisation-de-l-offre-de-soins/Oncogeriatie/Les-unites-de-coordination-et-antennes-d-oncogeriatie>
22. INCA - Les cancers en France  
[http://www.e-cancer.fr/ressources/cancers\\_en\\_france/#page=69](http://www.e-cancer.fr/ressources/cancers_en_france/#page=69)
23. 2014-02-03\_Plan\_cancer-2.pdf  
[http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2014-02-03\\_Plan\\_cancer-2.pdf](http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2014-02-03_Plan_cancer-2.pdf)



24. Biganzoli L., Wildiers H., Oakman C., Marotti L., Loibl S., Kunkler I., *et al.* *Management of elderly patients with breast cancer: updated recommendations of the International Society of Geriatric Oncology (SIOG) and European Society of Breast Cancer Specialists (EUSOMA).* *Lancet Oncol.* 2012 Apr, vol. 13, n° 4, p. 148-160.
25. Atlas de la démographie médicale 2016 disponible sur : [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas\\_de\\_la\\_demographie\\_medecale\\_2016.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medecale_2016.pdf)
26. Beyond 20/20 WDS – Rapports  
[http://www.data.drees.sante.gouv.fr/ReportFolders/reportFolders.aspx?IF\\_ActivePath=P,490,497,514](http://www.data.drees.sante.gouv.fr/ReportFolders/reportFolders.aspx?IF_ActivePath=P,490,497,514)
27. 170429\_Synthèse-Etude\_MG.pdf  
[https://toute-la.veille-acteurs-sante.fr/files/2017/05/170429\\_Synth%C3%A8se-Etude\\_MG.pdf](https://toute-la.veille-acteurs-sante.fr/files/2017/05/170429_Synth%C3%A8se-Etude_MG.pdf)
28. Walter L. C., Schonberg M. A. *Screening mammography in older women: a review.* *JAMA.* 2014 Apr 2; vol. 311, n° 13, p. 1336-47.
29. Dodd R. H., Forster A. S., Sellars S., Patnick J., Ramirez A. J., Forbes L. J. L. *Promoting early presentation of breast cancer in older women: sustained effect of an intervention to promote breast cancer awareness in routine clinical practice.* *BMC Health Serv Res.* 2017 May; vol. 17, n° 1, p. 386.
30. Breast Cancer Risk Assessment Tool: <https://www.cancer.gov/bcrisktool/>
31. Schonberg M. A., Li V. W., Eliassen A. H., Davis R. B., LaCroix A. Z., McCarthy E. P., *et al.* *Performance of the Breast Cancer Risk Assessment Tool Among Women Age 75 Years and Older.* *J Natl Cancer Inst.* 2016 Mar; vol. 108, n° 3.
32. Gail M. H., Brinton L. A., Byar D. P., Corle D. K., Green S. B., Schairer C., *et al.* *Projecting individualized probabilities of developing breast cancer for white females who are being examined annually.* *J Natl Cancer Inst.* 1989 Dec 20; vol. 81, n° 24, p. 1879-86.
33. Soung M. C. *Screening for cancer: when to stop?: A practical guide and review of the evidence.* *Med Clin North Am.* 2015 Mar; vol. 99, n° 2, p. 249-62.
34. Tazkarji B., Lam R., Lee S., Meiyappan S. *Aborder les soins préventifs chez les aînés.* *Can Fam Physician.* 2016 Sep; vol. 62, n° 9, p. 508-513.
35. Chapelet G., Berrut G., Bourbouloux E., Campone M., Derkinderen P., Decker L. *Cancer screening practices in elderly with dementia.* *Geriatric et psychologie neuropsychiatrie du vieillissement.* 2015 Jun 1; vol. 13, p. 133-40.
36. Ilenko A., Sergent F., Mercuzot A., Zitoun M., Chauffert B., Foulon A., *et al.* *Could Patients Older than 75 Years Benefit from a Systematic Breast Cancer Screening Program?* *Anticancer Res.* 2017; vol. 37, n° 2, p. 903-7.

37. Carney P. A., Miglioretti D. L., Yankaskas B. C., Kerlikowske K., Rosenberg R., Rutter C. M., *et al.* *Individual and combined effects of age, breast density, and hormone replacement therapy use on the accuracy of screening mammography.* *Ann Intern Med.* 2003 Feb 4; vol. 138, n° 3, p. 168-75.

## ANNEXES

---

### CLASSIFICATION BI-RADS ACR

---

La mammographie permet de repérer des anomalies grâce aux rayons X et celles-ci sont classées selon leurs apparences. L'échelle varie de 0 à 6, ou chaque degré de 1 à 5 correspond à un niveau de suspicion.

ACR 0 : classification d'attente, investigations complémentaires nécessaires.

ACR 1 : mammographie normale.

ACR 2 : aspect bénin. Suivi mammographique habituel. Pas de surveillance ou examen complémentaire nécessaire.

ACR 3 : anomalie probablement bénigne nécessitant un suivi rapproché (4 à 6 mois).

ACR 4 : suspect. Nécessite une exploration à visée histologique.

ACR 5 : anomalie évocatrice d'un cancer. Nécessite une exploration à visée histologique pour planifier la thérapie.

## ÉCHELLE CIRS-G

<b>Score CIRS-G</b> ( <i>Cumulative Illness Rating Scale – Geriatric</i> )			
<b>La cotation de la sévérité des comorbidités est effectuée selon les critères suivants :</b>			
0. <b>Aucun problème</b> (pas de trouble de l'organe ou du système).			
1. <b>Problème actuel mineur, léger, modéré ou insignifiant OU problème significatif ancien</b> (trouble n'affectant pas l'activité normale / ttt. ± requis / pronostic excellent).			
2. <b>Handicap ou comorbidité modérée nécessitant et contrôlée par un traitement de première ligne</b> (trouble affectant l'activité normale / ttt. nécessaire / pronostic bon).			
3. <b>Handicap ou comorbidité sévère / constante non contrôlée / problèmes chroniques</b> (trouble invalidant ou handicapant / ttt. urgent / pronostic réservé).			
4. <b>Comorbidité très sévère / traitement immédiat nécessaire / insuffisance organique terminale / dégradation significative de la fonction / mise en jeu du pronostic vital</b> (trouble menaçant la vie / ttt. urgent ou inefficace ou n'existant pas / pronostic grave).			
👉 <b>S'il existe plusieurs maladies dans même système, coter la plus grave.</b>			
<b>Cœur</b> Cœur seulement		<b>Hépatique</b> Foie seulement	
<b>Vasculaire / HTA</b> HTA : organes touchés cotés séparément		<b>Rénal</b> Reins seulement	
<b>Hématologique</b> Sang, moelle osseuse, rate, ganglions		<b>Genito-urinaire</b> Uretères, urètre, prostate, vessie, gonades	
<b>Respiratoire</b> Poumons, bronches, trachée sous larynx		<b>Musculo-squelettique et téguments</b> Muscles, os, peau	
<b>ORL et OPH</b> Yeux, oreilles, nez, sphère ORL		<b>Neurologique</b> Cerveau (démences exclues), moëlle épinière, nerfs	
<b>Digestif supérieur</b> Œsophage, estomac, duodénum, voies biliaires, pancréas		<b>Endocrino-métabolique</b> Diabète, infection diffuse, intoxication, nutrition	
<b>Digestif inférieur</b> Reste des intestins, dont hernies		<b>Psychiatrie</b> Démences, agitation, dépression, anxiété, psychoses	
<b>(A) Score total</b>			
<b>(B) Nombre de catégories attribuées</b>			
Indice de gravité = A/B			
Nombre de <b>catégories de niveau 3</b>			
Nombre de <b>catégories de niveau 4</b>			

*NB : CIRS grade 0 : aucun problème. CIRS grade 1 : problème mineur. CIRS grade 2 : problème contrôlé par un traitement de 1<sup>ère</sup> ligne. CIRS grade 3 : comorbidité sévère, contrôlée par un traitement de 2<sup>ème</sup> ligne ou une polymédication. CIRS grade 4 : comorbidité très sévère, non contrôlée.*

## SCORE DE CHARLSON

<b>Pathologies concomitantes</b>	<b>OUI</b>
Infarctus du myocarde (antécédent)	1
Insuffisance cardiaque congestive	1
Maladie vasculaire périphérique (incluant anévrisme aortique)	1
Maladie cérébro-vasculaire (avec ou sans séquelles. AIT)	1
Démence	1
Maladie pulmonaire chronique	1
Problèmes articulaires – maladie de système	1
Maladie ulcéreuse (estomac)	1
Hépatopathie d'importance faible (sans HTP)	1
Diabète	1
Hémiplégie	2
Insuffisance rénale modérée à sévère	2
Diabète avec lésions au niveau des organes cibles	2
Tumeurs (sans métastases et de diagnostic < 5 ans)	2
Leucémie	2
Lymphome	2
Hépatopathie moyenne ou sévère	3
Tumeur solide métastatique	6
SIDA	6
<b>SCORE TOTAL (0 à 37)</b>	_____

Evaluation :  $\geq 3$  points : risque élevé d'une évolution défavorable

Interprétation	Score	Mortalité à 1 an
	0	12%
	1-2	26%
	3-4	52%
	$\geq 5$	85%

## QUESTIONNAIRE

---

La détection précoce du cancer du sein chez les femmes âgées de 75 ans et plus dans le département du nord.

### Première Partie

#### *Descriptif Personnel*

1. Quel est votre sexe ?
  - Masculin
  - Féminin
  
2. Dans quelle tranche d'âge êtes-vous ?
  - Entre 30 et 40 ans
  - Entre 40 et 50 ans
  - Entre 50 et 60 ans
  - Entre 60 et 70 ans
  - 70 ans et +
  
3. Dans quelle zone exercez-vous ?
  - Urbaine
  - Semi rurale
  - Rurale
  
4. Combien faites-vous d'actes en moyenne par semaine ?
  - Moins de 100 actes par semaine
  - Entre 100 et 130 actes par semaine
  - Entre 130 et 160 actes par semaine
  - Entre 160 et 190 actes par semaine
  - Plus de 190 actes par semaine

5. Exercez-vous ?

- Seul
- En groupe
- En maison de santé

## Deuxième Partie

### *Détection précoce*

6. Concernant les cancers du sein après 75 ans, vous vous sentez ?

- Bien informé
- Moyennement informé
- Mal informé
- Ne sait pas

7. Avez-vous bénéficié d'une formation de sensibilisation au cancer du sein ?  
(DIU, DU, FMC, formations autres...)

- Oui
- Non

8. A-t-elle changée vos pratiques? (si réponse oui à la précédente)

- Oui
- Non

9. Recherchez-vous un cancer du sein chez les femmes de plus de 75 ans ?

- Oui
- Non

10. Quel est votre modalité INITIALE de recherche ?

- Examen clinique avec palpation mammaire
- Imagerie (mammographie et/ou échographie mammaire)
- Marqueurs biologiques

11. Quelle est la PREMIÈRE raison qui vous incite à continuer la détection précoce ?

- Demande de la patiente/famille
- Rôle de santé publique
- Mission du médecin généraliste
- Responsabilité engagée si diagnostic retrouvé

12. Quelle est (sont) la(les) raison(s) qui vous incite à arrêter la détection précoce ?

- L'espérance de vie de la patiente
- Présence de comorbidités (3 ou plus)
- Arrêt du dépistage organisé à 74 ans
- Le manque de temps d'examination
- Le manque de recommandation claire
- L'existence de troubles cognitifs diagnostiqués

13. Pratiquez-vous un examen clinique avec palpation mammaire ?

- Oui
- Non

14. A quelle fréquence ?

- 1 fois par an
- 1 fois tous les 2 ans
- 1 fois tous les 3 ans
- 1 fois tous les 4 ans
- 1 fois tous les 5 ans et plus

15. En cas de refus de la palpation mammaire, reproposez-vous ultérieurement ?

- Oui
- Non



16. Formez-vous vos patientes à l'autopalpation ?

- Oui
- Non

17. Quelles sont les raisons principales vous dissuadant de la pratique de la palpation mammaire ? (maximum 3 réponses)

- Le manque de temps d'examination
- Les difficultés à convaincre la patiente
- Le manque de formation
- Le mauvais état général de la patiente (Comorbidité : 3 ou plus)
- L'âge de la patiente
- Autre...

18. En cas d'imagerie, que demandez-vous ?

- Mammographie
- Echographie mammaire
- Mammographie et échographie mammaire
- Scanner thoracique
- Autre...

19. En cas de doute à l'autopalpation, quel est votre première méthode de détection

- Examen clinique avec palpation mammaire
- Imagerie (mammographie et/ou échographie mammaire)
- Marqueurs biologiques
- Adresser à un spécialiste
- Autre...

20. Qui découvre, en majorité, la lésion en premier ? (maximum 2 réponses)

- La patiente
- Vous, le médecin traitant
- Le gynécologue
- L'oncologue
- Le gériatre
- Le praticien hospitalier lors d'une découverte fortuite

21. Qui annonce, le plus fréquemment, le diagnostic initial de cancer à la patiente ?

- Vous, le médecin traitant
- Le radiologue
- Le gynécologue
- L'oncologue
- Le gériatre

### Troisième Partie

#### *Prise en charge thérapeutique*

22. Comment connaissez-vous les traitements proposés et la prise en charge des cancers du sein après 75 ans ?

- Bien
- Moyennement
- Peu
- Pas du tout

23. Vous sentez-vous impliqué dans les décisions thérapeutiques ?

- Beaucoup
- Assez bien
- Moyennement
- Peu
- Pas du tout

24. Une évaluation gériatrique vous paraît-elle indispensable avant d'envisager la prise en charge thérapeutique ?

- Oui
- Non
- Ne sait pas

25. Qui a demandé l'évaluation oncogériatrique ? (maximum 2 réponses)

- Vous, le médecin traitant
- L'oncologue
- Autre spécialiste
- La patiente
- La famille (conjoint, enfants...)

26. L'évaluation oncogériatrique a-t-elle participé au choix de la prise en charge proposée ?

- Oui
- Non
- Ne sait pas

## Cas Cliniques

### Cas N°1

M<sup>me</sup> A., 78 ans, aux antécédents d'HTA sous bithérapie, fracture du col du fémur droit opérée à l'âge de 72 ans, vivant à son domicile avec son mari, autonome pour les gestes de la vie quotidienne, bénéficiant d'une aide-ménagère 3h/semaine, vient vous voir pour une tuméfaction au niveau du sein gauche qu'elle a remarqué depuis 1 mois. Après une palpation mammaire, vous retrouvez une tuméfaction solide, non douloureuse d'environ 2 cm de diamètre sur le quadrant supéro-externe, sans écoulement, sans signe d'inflammation locale.

→ Prescrivez-vous une mammographie/ échographie ?

- Oui
- Non

→ On retrouve une tumeur du sein gauche à la mammographie, la biopsie révèle la présence de récepteurs hormonaux, à quel spécialiste l'adressez-vous ?

- Un chirurgien
- Un oncologue médical
- Un gynécologue
- Aucun spécialiste

→ Quelle option thérapeutique vous semble la plus adaptée chez cette patiente ?

- Une chirurgie mammaire avec reconstruction
- Une chimiothérapie
- Une hormonothérapie
- Abstention thérapeutique

## Cas N°2

M<sup>me</sup> B., 79 ans, aux antécédents d'AIT, HTA sous trithérapie, obésité modérée, tabagisme actif a 50 PA, diabétique de type 2 difficilement équilibré, SAS appareillée modérée depuis 10 ans, vivant seule à son domicile, bénéficie du passage d'une IDE pour sa toilette et délivrance des traitements, aide-ménagère 6h/semaine pour les courses et le ménage, ainsi que des repas fournis par la ville. La patiente se déplace avec sa canne et est autonome pour ses documents administratifs et financiers. Elle vient vous voir pour une tuméfaction au niveau du sein gauche qu'elle a remarqué depuis 2 mois. Après une palpation mammaire, vous retrouvez une tuméfaction solide, non douloureuse d'environ 2 cm de diamètre sur le quadrant supéro-externe, sans écoulement, sans signe d'inflammation locale.

→ Prescrivez-vous une mammographie/ échographie ?

- Oui
- Non

→ On retrouve une tumeur du sein gauche à la mammographie, la biopsie révèle la présence de récepteurs hormonaux, à quel spécialiste l'adressez-vous ?

- Un chirurgien
- Un oncologue médical
- Un gynécologue
- Aucun spécialiste

→ Quelle option thérapeutique vous semble la plus adaptée chez cette patiente ?

- Une chirurgie mammaire avec reconstruction
- Une chimiothérapie
- Une hormonothérapie
- Abstention thérapeutique

### Cas N°3

M<sup>me</sup> D., 80 ans, grabataire depuis 2 ans suite à un AVC hémorragique gauche avec hémiparésie, dépressive depuis 20 ans sous antidépresseurs, HTA sous trithérapie, insuffisance rénale grave avec créatinine de base à 25 mg/l, multiples pneumopathies d'inhalations sur troubles de la déglutition, vivant dans une maison de retraite médicalisée depuis 3 ans, ne fait plus de visites extérieures, est actuellement sous tutelle. On vous appelle pour une tuméfaction au niveau du sein gauche qui a été remarquée lors de sa toilette. Après une palpation mammaire, vous retrouvez une tuméfaction solide, non douloureuse d'environ 2 cm de diamètre sur le quadrant supéro-externe, sans écoulement, sans signe d'inflammation locale.

→ Prescrivez-vous une mammographie/ échographie ?

- Oui
- Non

→ On retrouve une tumeur du sein gauche à la mammographie, la biopsie révèle la présence de récepteurs hormonaux, à quel spécialiste l'adressez-vous ?

- Un chirurgien
- Un oncologue médical
- Un gynécologue
- Aucun spécialiste

→ Quelle option thérapeutique vous semble la plus adaptée chez cette patiente ?

- Une chirurgie mammaire avec reconstruction
- Une chimiothérapie
- Une hormonothérapie
- Abstention thérapeutique

## COTATION OMS

---

0 = Activité normale sans restriction

1 = Patient limité pour les activités physiques importantes mais ambulant et capable de mener un travail

2 = Patient incapable de travailler, alité < 50 % du temps, capable de prendre soin de lui

3 = Patient alité > 50 % du temps, capable de prendre soin de lui

4 = Patient incapable de prendre soin de lui

## **La détection précoce des cancers du sein chez les femmes âgées de 75 ans et plus dans le département du Nord**

### ***Early detection of breast cancers in patients aged 75 or older in the North Department of France***

S. Olivier<sup>1</sup>, D. Vinatier<sup>1</sup>, J. Bonnetterre<sup>2</sup>, V. Servent<sup>2</sup>, F. Puisieux<sup>3</sup>, C. Gaxatte<sup>3</sup>, V. Roquet<sup>4</sup>, C. Baldini<sup>5</sup>

1. Service de Gynécologie Obstétrique, Centre Hospitalo-Universitaire de Lille, Avenue Eugène Avinée, 59000 Lille

2. Département de sénologie, Centre Oscar Lambret, 3 rue Frederic Combemale, 59000 Lille

3. Médecine aiguë gériatrique, Centre Hospitalo-Universitaire de Lille, 2 Avenue Oscar Lambret, 59000 Lille

4. Réseau de santé gériatrique du territoire, Service d'Eolis, 7 rue Jean Baptiste Lebas, 59133 Phalempin

5. Service d'oncologie médicale, Centre Hospitalo-Universitaire de Lille, 2 Avenue Oscar Lambret, 59000 Lille

**Cible : Journal d'oncogériatrie**

## **RÉSUMÉ**

**Contexte** : Le cancer est une maladie associée à l'âge. Une partie des cancers du sein survient au-delà de 75 ans, hors de la période du dépistage organisé. Les médecins généralistes (MG) sont souvent les plus confrontés aux patientes et à la recherche de diagnostic dans le cadre du dernier plan cancer. L'objectif principal de cette étude est de décrire et d'analyser les pratiques et opinions des MG du Nord sur la détection des cancers du sein chez les femmes de 75 ans et plus.

**Méthodes** : Enquête d'opinions et de pratiques auprès des MG du Nord, via un questionnaire anonyme en version papier.

**Résultats** : Le taux de participation était de 14 %. Les participants étaient majoritairement des hommes (64 %, n=81), d'âge moyen 53 ans. La plupart (69 %, n=88) recherchaient un cancer du sein, avec comme examen clinique initial, une palpation mammaire (68 %, n=87), dont 64 % à la fréquence d'une fois par an. Seuls 37 % avaient déjà bénéficié d'une formation sur le cancer du sein. Concernant leurs connaissances sur les traitements et la prise en charge, 13 % des MG se disent bien informés. Une majorité ne se sentait pas ou peu impliquée dans les décisions thérapeutiques (53 %, n=67) et l'évaluation gériatrique était indispensable pour 62 % des MG avant une décision thérapeutique.



**Conclusion** : Les MG basent leurs pratiques sur leurs expériences personnelles. Des outils d'aide décisionnelle, des relations pluridisciplinaires, des campagnes d'informations publiques, des temps de formation continue permettraient d'harmoniser leurs pratiques.

## **ABSTRACT**

**Background:** Cancer is a disease of the elderly. Some breast cancers (22%) are diagnosed at 75 years old or over. However these patients are not involved in breast cancer screening. General practioners are often in front line regarding these patients especially since the last french cancer plan. The primary objective of this study is to describe and analyse practice and perceptions regarding early detection of breast cancer in women aged 75 years old or over.

**Methods:** Prospective anonymous questionnaire sent to general practionners in the northern department of France.

**Results:** Participation rate was 14%. Most participants were male (64%, n=81), median age was 53 years old. Most of them continued early detection of breast cancer (69%, n=88) by clinical breast examination (68%, n=87), yearly in 64%. Only 37% received expert training for breast cancer and 13% considered themselves well trained. Most of them felt excluded from therapeutic decisions for their patients (53%, n=67). A geriatric assessment was considered necessary before therapeutic decisions (62%).

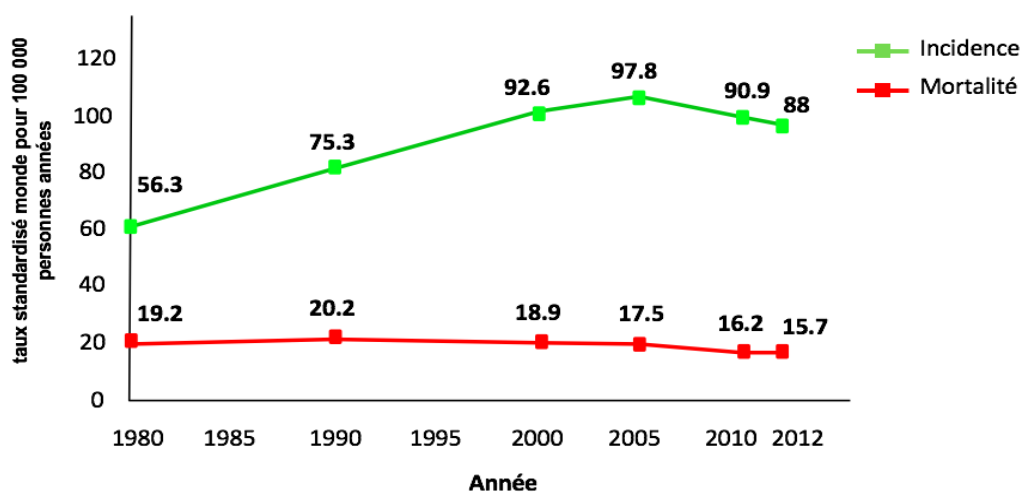
**Conclusion:** General practioners are the counterstone of early detection of breast cancer but they lack experience and guidelines. Implementing their practice with decision making tools, multidisciplinary discussions, public information campaign and regular training may help them and unify early detection process

**Mots-clés :** cancer du sein, médecine générale, dépistage individuel, personne âgée

## INTRODUCTION

Le cancer du sein reste, avec plus de 58 968 nouveaux cas en 2017 (1), au premier rang des cancers induits chez la femme. Il est également la première cause de mortalité avec 11 883 décès estimés en 2017, soit 18.2 % des décès féminins par cancer, avec un âge médian à 73 ans (chiffres 2015). En 2015, 73 % des décès concernaient les femmes de 65 ans et plus.

On observe une diminution du taux de mortalité et du taux d'incidence de -1.5 par an entre 2005 et 2012 (figure 1), pouvant s'expliquer par une prise en charge plus précoce et l'amélioration des différents traitements (2). Le taux de survie nette à 5 ans est de 87 % pour les femmes diagnostiquées entre 2005 et 2010 (1).



*D'après INCa 2016 – Incidence et mortalité par cancer du sein de 1980 à 2012 en France métropolitaine*

Figure 7 : Evolution de l'incidence et de la mortalité par cancer du sein de 1980 à 2012 en France métropolitaine

Le cancer est une maladie multi étape et multi factorielle. Identifier l'origine du cancer est une tâche ardue tout comme en prévenir la survenue. Néanmoins, la connaissance de ces facteurs de risque permet une prise en charge préventive adaptée ainsi qu'un dépistage ciblé. Il existe deux types de facteurs de risque : endogènes et exogènes. Les facteurs endogènes correspondent à l'âge (3,4), les antécédents personnels de pathologies mammaires (3,4,5,6), les antécédents familiaux de cancer du sein notamment avec prédispositions génétiques comme les mutations BRCA1 et BRCA2 (3), les antécédents de radiothérapie thoracique à hautes doses (7), la densité mammaire (8), la parité (4,9,10,11,12), les menstruations (3,4,5). Les facteurs exogènes correspondent au mode de vie de la patiente et à son environnement tels que, le surpoids et l'obésité (4), l'exposition aux œstrogènes exogènes (4,5), l'alcool (4,13), le diabète de type 2 (14), l'activité physique (15,16), et le tabac qui est contesté actuellement.

Preuve	Augmentation du risque	Diminution du risque	Principaux mécanismes biologiques en cause
Convaincante	<ul style="list-style-type: none"> <li>Âge avancé</li> <li>Âge précoce des premières règles (&lt; 12 ans)</li> <li>Grande taille à l'âge adulte</li> <li>Alcool (au moins une boisson alcoolique/jour)</li> <li>Mutations génétiques (<i>BRCA1/2</i>)</li> <li>Radiations ionisantes (avant 40 ans)</li> <li>Densité mammographique (&gt;50%)</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Exposition précoce et prolongée au milieu hormonal</li> <li>Nutrition durant l'enfance et l'adolescence</li> <li>Réduction de masse de la glande mammaire</li> <li>Augmentation des hormones sériques</li> <li>Augmentation de la production d'IGF</li> <li>Augmentation de l'instabilité génomique</li> <li>Dommages de l'ADN et ses constituants</li> <li>Augmentation d'IGF avant la ménopause</li> <li>Augmentation de la prolactine après la ménopause</li> </ul>
Probable/ possible	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ménopause tardive (après 55 ans)</li> <li>Contraceptifs oraux</li> <li>Traitement hormonal substitutif</li> <li>Histoire familiale de cancer du sein</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Multiparité</li> <li>Allaitement (pendant au moins 25 mois)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Production prolongée des hormones ovariennes</li> <li>Augmentation de l'exposition aux œstrogènes</li> <li>Suppression de la production d'œstradiol et de progestérone</li> <li>Report des effets de la ménopause</li> <li>Accélération, différenciation des tissus mammaires</li> <li>Prolifération rapide de l'épithélium</li> <li>Réduction de la production d'œstrogènes</li> <li>Excrétion d'agents carcinogènes</li> <li>Report du rétablissement de l'ovulation</li> <li>Même environnement et style de vie, fonds génétique commun</li> </ul>
Probable/ possible	<ul style="list-style-type: none"> <li>Maladies bénignes du sein</li> <li>Obésité (après la ménopause)</li> <li>Gain de poids (à partir de 18 ans)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Activité physique régulière</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Augmentation de l'hyperplasie des cellules épithéliales</li> <li>Diminution de la vitesse mitotique</li> <li>Augmentation de la concentration d'œstradiol libre sérique</li> <li>Réduction de la production d'œstrogènes</li> <li>Maintien de l'équilibre énergétique</li> </ul>
Insuffisante	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cigarette</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cigarette</li> <li>Restriction énergétique (durant l'enfance et l'adolescence)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Production de substances carcinogènes</li> <li>Diminution des œstrogènes circulants</li> <li>Recul de la date d'apparition des premières règles</li> <li>Diminution des œstrogènes et de hormone de croissance IGF-I</li> </ul>

Figure 8 : Facteurs de risque du cancer du sein(17)

Le dépistage organisé national (18), mis en place en France en 2004, s'adresse aux femmes âgées de 50 à 74 ans, tous les deux ans. Il comprend un examen clinique du radiologue, une mammographie avec deux incidences par sein noté selon la classification BI-RADS ACR (American College of Radiologists) et une seconde lecture en cas d'examen classé non suspect. Le taux de participation était de 50.7% en 2016 malgré un objectif européen de 70 % (19).

En 2012, avec 11 619 nouveaux cas chez les personnes de plus de 75 ans (20), le cancer du sein reste un souci majeur de santé publique devant l'augmentation de l'espérance de vie et la sortie du dépistage national. Le médecin généraliste (MG) se retrouve le plus souvent en première ligne, étant à la fois acteur du dépistage et de la prévention, d'après le plan cancer 2014-2019 (21).

Les recommandations nationales et internationales sont actuellement peu précises et se reposent sur les notions d'espérance de vie et de l'état général des patientes dans le cadre d'un dépistage individuel (22).

L'objectif principal de cette étude est de décrire et d'analyser les pratiques et opinions des MG du Nord concernant la détection précoce du cancer du sein chez les femmes âgées de 75 ans et plus. L'objectif secondaire est de rechercher les facteurs pouvant influencer leurs pratiques et opinions.

## MÉTHODE ET MATÉRIEL

Il s'agit d'une enquête d'opinions et de pratiques, réalisée par le biais d'un questionnaire anonyme envoyé par voie postale aux MG du Nord (annexe). L'envoi a eu lieu le 10 août 2018, avec relances ciblées mensuelles téléphonique pendant six mois. Nous avons envoyé à 940 MG du Nord, sélectionnés par ordre alphabétique selon le référencement de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM).

Le questionnaire comprenait des réponses à choix simples ou multiples, ainsi que trois cas cliniques avec questions à choix simple. Le recueil de données d'effectuait selon quatre parties : les données personnelles des MG, les pratiques de détection précoce des cancers du sein chez les femmes de 75 ans et plus et les facteurs les influençant, les connaissances et les implications des MG concernant la prise en charge pluridisciplinaire des cancers du sein, et leur approche de la prise en charge à travers trois cas cliniques avec typage de patientes selon la cotation OMS.

Les résultats ont été saisis et analysés à l'aide du logiciel Excel avec réalisation d'une analyse descriptive.

## RÉSULTATS

Au total, 127 questionnaires ont été inclus dans l'analyse soit un taux de participation de 14 %.

	<b>Envoyés</b>	<b>Reçus</b>	<b>Exclus</b>	<b>Inclus</b>
Nombre de questionnaire	940	130	3	127

La majorité des participants était des hommes (64 %, n=81) avec une moyenne d'âge de 52.64 +/- 10 ans. 57 % exerçaient en zone urbaine (n=73), 34 % en zone semi-rurale (n=43) et 9 % en zone rurale (n=11). La moyenne d'actes réalisés par semaine était de 136.5 +/- 30 actes. Le mode d'exercice était homogène entre

cabinet seul 46 % (n=58) et cabinet de groupe 44 % (n=56) avec 10 % en maisons de santé pluridisciplinaires (n=13).

Les MG se sentaient moyennement informés 58 % (n=74) sur le cancer du sein chez les femmes âgées de 75 ans et plus. Une majorité d'entre eux 63 % (n=80) n'avait jamais bénéficié d'une formation de sensibilisation. Pour ceux l'ayant reçu, 75 % ont indiqué avoir changé leurs pratiques.

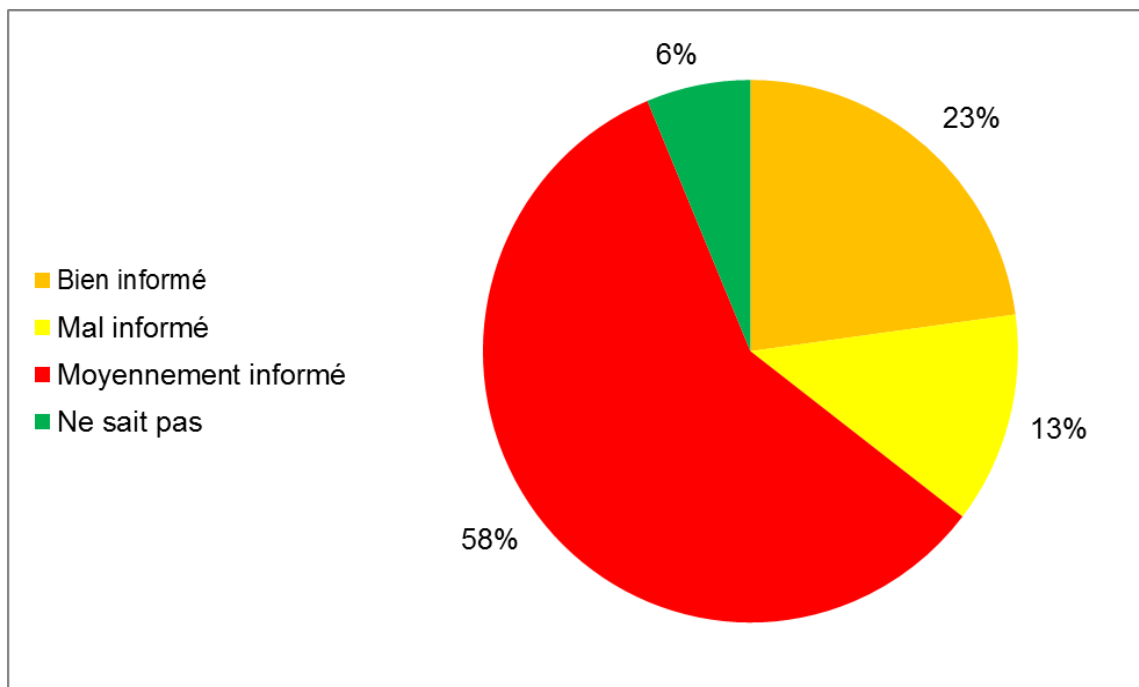


Figure 9 : Sentiment d'information des MG

Une grande partie des MG poursuivait la recherche de cancers du sein au-delà de la période de dépistage (69 %, n=88), en effectuant en première intention un examen clinique avec palpation mammaire dans 68 % des cas (n=87) à une fréquence d'une fois par an pour 64 % d'entre eux (n=61).

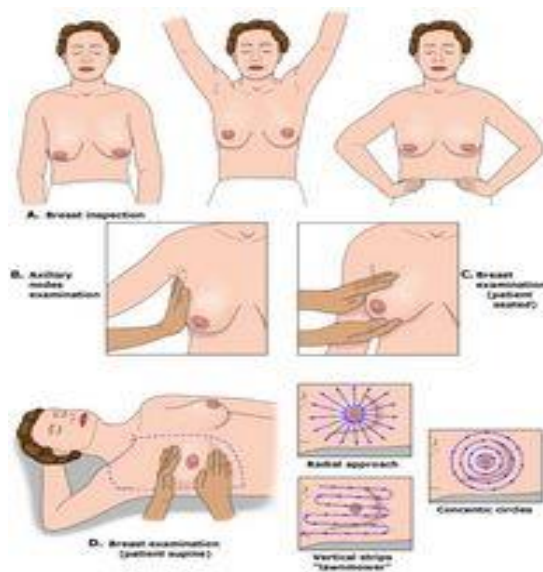


Figure 4 : Examen clinique avec palpation mammaire

68%



Figure 5 : Mammographie 30%

Les raisons qui les incitaient à poursuivre les investigations étaient la mission du MG (66 %, n= 84), la demande de la patiente et/ou famille (25 %, n=32), un rôle de santé publique (25 %, n=32) et la responsabilité engagée en cas de détection tardive (2 %, n=2). À l'inverse, les raisons qui les incitaient à arrêter étaient l'espérance de vie de la patiente (62 %, n=79), la présence de comorbidités (39 %, n=50), l'arrêt du dépistage organisé (31 %, n=39), le manque de temps d'examen (15 %, n=19), le manque de recommandations claires (28 %, n=35) et l'existence de troubles cognitifs diagnostiqués (29 %, n=37).

Une majorité de MG (69 %, n=87) disaient avoir formé leurs patientes à l'autopalpation. Les principales raisons les ayant dissuadés de la pratique de la palpation mammaire étaient les difficultés à convaincre la patiente (49 %, n=62), le mauvais état général avec présence de comorbidités (47 %, n=59), l'âge de la patiente (42 %, n=53), le manque de temps d'examen (28 %, n=35) et le manque de formation (5 %, n=6).

En cas de demande d'imagerie, 51 % (n=65) ont demandé une mammographie avec échographie mammaire, alors que 46 % (n=58) demandaient une mammographie seule.

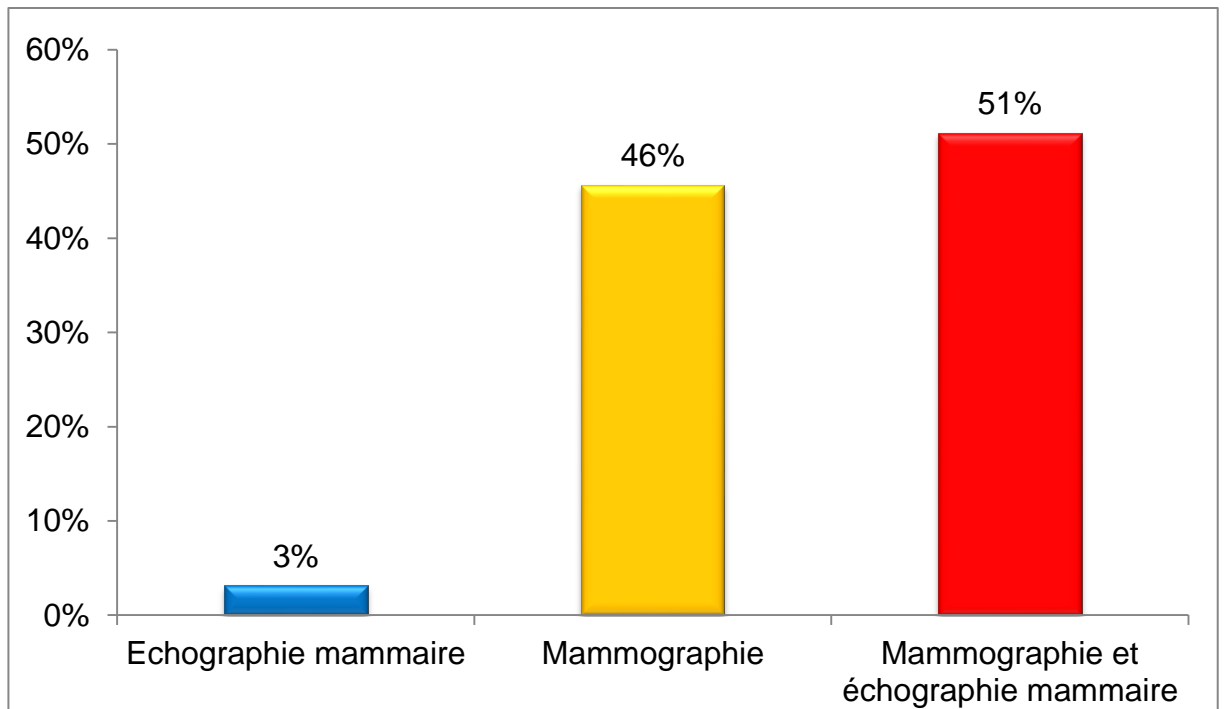


Figure 6 : imagerie demandée

Dans la majorité des cas, la lésion est découverte par la patiente (87 %, n=110) ou le médecin traitant (44 %, n=56). L'annonce du diagnostic était réalisée principalement par le MG (67 %, n=85) puis par le radiologue (25 %, n=32).

Plus de la moitié des MG estimaient connaître moyennement (58 %, n=73) les traitements proposés et les différentes prises en charges.

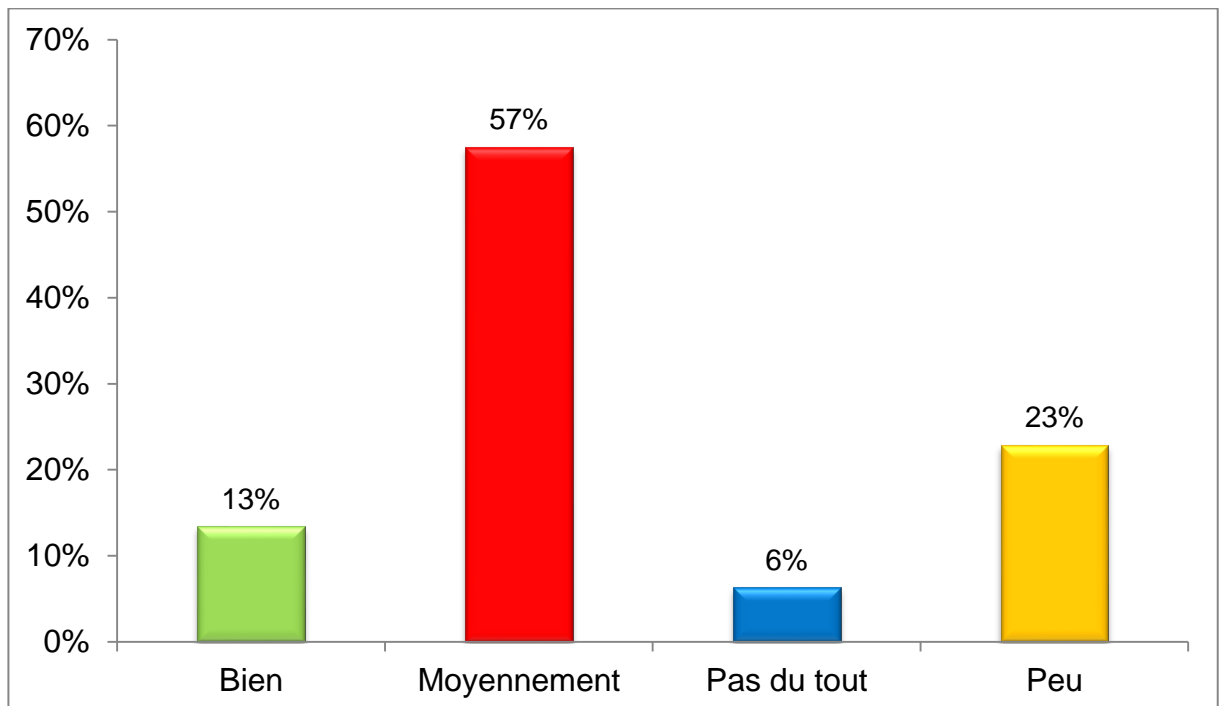


Figure 7 : Connaissances des traitements et prises en charge des cancers du sein chez les femmes de plus de 75 ans



Néanmoins, concernant leur implication dans la décision thérapeutique ils étaient partagés : beaucoup (6 %, n=7), assez bien (17 %, n=22), moyennement (24 %, n=31), peu (25 %, n=32) et pas du tout (28 %, n=35). Par ailleurs, la majorité d'entre eux (62 %, n=78) estimaient indispensable une évaluation gériatrique avant d'envisager la prise en charge thérapeutique. Elle était principalement demandée par l'oncologue (73%, n=93).

Dans tous les cas cliniques, la majorité des MG ont préconisé la réalisation d'une mammographie/échographie, peu importe la cotation OMS avec une nette diminution sur le cas clinique n° 3 (69 % contre 100 % et 99 %). Dans l'ensemble, ils adressaient en premier lieu à un oncologue médical en dehors du cas clinique n° 3 ou 36 % des MG ne l'orientaient vers aucun. Les prises en charge thérapeutiques variaient selon la cotation OMS : pour la patiente classée OMS 1, la chirurgie mammaire avec reconstruction était préconisée ; pour la patiente classée OMS 2, l'hormonothérapie était préconisée ; pour la patiente classée OMS 4, l'abstention thérapeutique était préconisée.

## **DISCUSSION**

Cette étude permet de faire une photographie des pratiques du diagnostic précoce du cancer du sein chez les patientes âgées de 75 ans et plus dans la région Nord-Pas-de-Calais. Il met en évidence un manque d'information et de recommandations claires ressentis par les MG pour ces patientes mais également un sentiment d'être peu ou pas impliqué dans les décisions thérapeutiques.

Les résultats de cette enquête doivent être nuancés car ils reposent sur des données déclaratives et non pas de pratiques observées.

Notre étude est également limitée par un biais de sélection en raison du faible taux de participation (14 %), qui peut en partie s'expliquer par la charge de travail des MG et leurs sollicitations régulières pour des travaux de thèse ou de mémoire. Néanmoins, notre échantillon de MG est comparable en termes d'exercice et de caractéristiques démographiques (23,24). La forme papier du questionnaire peut également avoir freiné la participation en raison de la nécessité de renvoi du questionnaire par voie postale.

Peu d'études s'intéressent au diagnostic précoce des cancers du sein au-delà de 75 ans, la plupart évaluent l'intérêt du dépistage au-delà de 65 ans.

Une étude publiée en 2014 (25) a évalué l'intérêt de la mammographie de dépistage au-delà de 75 ans, en recensant dans PubMed les études publiées entre janvier 1990 et février 2014. Elle conclut que, pour les femmes de plus de 75 ans ayant une espérance de vie supérieure à 5-10 ans, il apparaît nécessaire de discuter avec les patientes des risques et bénéfices du dépistage et d'évaluer leur risque de cancer du

sein. Dans une autre revue (26) recensant les données observationnelles disponibles sur le dépistage du cancer du sein au-delà du dépistage organisé, la réalisation d'une mammographie au-delà de 80 ans chez des femmes présentant une comorbidité était associée à une réduction de 50 % du risque de mortalité. Ce bénéfice n'était pas retrouvé chez les femmes âgées de 75 ans et plus avec au moins 2 comorbidités.

La pratique du diagnostic précoce du cancer du sein au-delà de l'âge défini par le dépistage organisé repose donc principalement sur l'évaluation de l'espérance de vie des patientes. Les recommandations de la SIOG (*The International Society of Geriatric Oncology*) et l'EUSOMA (*European Society of Breast Cancer Specialists*) vont dans ce sens en proposant une mammographie au-delà de 70 ans selon l'évaluation de la balance bénéfice risque pour la patiente (22). L'évaluation par le gériatre est fortement recommandée pour évaluer cette balance. En pratique, le manque de gériatres rend difficile la mise en place de cette recommandation en France. Certains outils peuvent aider le médecin généraliste ou le médecin spécialiste à évaluer le risque de cancer du sein ou l'espérance de vie de leurs patientes. Le modèle de GAIL développé par Mitchell Gail du *National Cancer Institute* aux États-Unis a pour but de calculer le risque combiné de cancer du sein sur une période définie chez les patientes bénéficiant d'une mammographie annuelle dans le cadre du dépistage (27). Des études ont montré son intérêt chez les patientes de plus de 75 ans (28). Des échelles d'évaluation de l'espérance de vie sont également utilisées par les gériatres comme le score de Lee, la CIRSG pour évaluer les comorbidités ou l'index de Charlson (annexe).

Informar les patientes apparaît également comme une nécessité.

Dans une revue parue récemment (29), les auteurs ont évalué l'intérêt d'une intervention dans quatre centres de dépistage du cancer du sein afin d'informer les patientes sur le cancer du sein (facteurs de risque, présentation), à travers un questionnaire remis à chaque patiente avec mesure de la sensibilisation à un an. Les résultats ont démontré que l'intervention avait permis d'augmenter la sensibilisation.

L'évaluation des pratiques permet de recenser les besoins des praticiens face à une situation fréquente en consultation.

Une étude réalisée en 2014 (30), a étudié les pratiques de dépistage du cancer chez la personne âgée ayant une démence auprès de médecins généralistes de Loire-Atlantique et de Vendée. Une majorité de médecins généralistes (60 %) disait poursuivre le dépistage après 75 ans, comme dans notre étude, malgré la présence de troubles cognitifs. La plupart se sentaient également mal informés et 77 % estimaient manquer de recommandations claires. La majorité (63 %) pensait que les patientes de plus de 75 ans tiraient un bénéfice de l'avis d'un gériatre avant l'instauration d'un traitement. Ces résultats sont superposables à notre étude malgré la présence de troubles cognitifs diagnostiqués. Favoriser les formations et inclure le

médecin généraliste dans la prise de décision sont nécessaires pour améliorer la prise en charge du diagnostic précoce du cancer du sein en France chez les patientes âgées. La diffusion de l'information auprès des patientes et de leur famille permettrait également de faciliter les discussions et/ou de les engager.

Table 1. Guidelines for Screening Mammography Among Women Aged 75 Years or Older<sup>a</sup>

Organization, Guideline Year	Screening Mammography Recommendations
American Cancer Society, 2010 <sup>4</sup>	There is no specific upper age at which mammography screening should be discontinued. The decision to stop regular mammography screening should be individualized based on the potential benefits and risks of screening in the context of overall health and estimated longevity. As long as a woman is in good health and would be a candidate for breast cancer treatment, she should continue to be screened with mammography. If performed, recommend screening every year.
American College of Obstetricians and Gynecologists, 2011 <sup>5</sup>	Women aged 75 years or older should, in consultation with their physicians, decide whether or not to continue mammographic screening. Medical comorbidity and life expectancy should be considered. If performed, recommend screening every year.
American College of Radiology, 2008 <sup>6</sup>	It is unclear at what age, if any, women cease to benefit from screening mammography. Because this age is likely to vary depending on the individual's overall health, the decision as to when to stop routine mammography screening should be made on an individual basis by each woman and her physician. If performed, recommend screening every year.
Canadian Task Force on Preventive Health Care, 2011 <sup>7</sup>	A tailored approach to screening mammography is warranted in women aged 70 years or older. If a woman desires to continue screening mammography, it is justified if her life expectancy exceeds 5 to 10 years (weak recommendation; low-quality evidence). If performed, recommend screening every 2 to 3 years.
National Comprehensive Cancer Network, 2013 <sup>8</sup>	In older women, mammography screening should be individualized, weighing its potential benefits vs risks in the context of the patient's overall health and estimated longevity. If a patient has severe comorbid conditions limiting her life expectancy and no intervention would occur based on the screening findings, then the patient should not undergo screening. If performed, recommend screening every year.
National Health Service, United Kingdom, 2010 <sup>9</sup>	Women aged 74 years or older can request continued mammography screening, but they do not receive routine invitations. If performed, recommend screening every 3 years.
US Preventive Services Task Force, 2009 <sup>10</sup>	Evidence is insufficient to assess the additional benefits and harms of screening mammography in women aged 75 years or older. No recommendation (from the I statement: if the service is offered, patients should understand the uncertainty about the balance of benefits and harms). If performed, recommend screening every 2 years.

Figure 8 : Guides pour le dépistage de la mammographie chez les femmes de 75 ans et plus (25)

## CONCLUSION

Devant le manque de recommandations claires, les MG ont basé leurs pratiques sur leurs opinions et expériences personnelles. Il apparaît utile, afin d'apporter une harmonisation des pratiques, de proposer des outils d'aide aux MG pour qu'ils sachent, en fonction de chaque patiente, si la poursuite d'une recherche de cancer du sein est indiquée.

D'une part, il est important que les MG se sentent concernés lors de la mise en place d'un traitement, afin d'optimiser le taux de dépistage, ce qui peut se traduire par des relations avec les spécialistes à travers des réseaux de gériatrie ou de cancérologie, ainsi que des temps de formations et d'échanges entre les différents spécialistes au cours de moments conviviaux.

D'autre part, il est nécessaire de poursuivre une formation continue afin d'aider les médecins généralistes à se sentir investis et de pouvoir répondre aux attentes de leurs patientes. Cela pourrait être proposé par les centres de cancérologie. De plus, une approche pluridisciplinaire concernant la prise en charge des cancers chez les personnes âgées, réalisée au cours du cursus des études médicales (internat et/ou

deuxième cycle) permettrait aux futurs médecins de prendre en compte ces recommandations dans leurs pratiques futures.

Pour finir, les pouvoirs publics ont une place considérable dans le processus de dépistage en indiquant, grâce à des campagnes d'informations, les bienfaits d'une surveillance clinique concernant le cancer du sein, peu importe l'âge.

**AUTEUR : Nom :** OLIVIER

**Prénom :** Samuel

**Date de Soutenance :** 1<sup>er</sup> octobre 2018,

**Titre de la Thèse :** La détection précoce du cancer du sein chez les femmes âgées de 75 ans et plus dans le département du Nord

**Thèse - Médecine - Lille 2018**

**Cadre de classement :** Médecine générale

**DES + spécialité :** Médecine Générale

**Mots-clés :** cancer du sein, médecine générale, dépistage individuel, personne âgée

**Résumé :**

**CONTEXTE :**

Devant une espérance de vie grandissante, le cancer du sein est au premier rang des cancers chez les femmes (près de 59 000 nouveaux cas en 2017). 22 % surviennent chez les plus de 75 ans, qui ne sont plus inclus dans le dépistage organisé. Il s'agit donc d'un problème majeur de santé publique. Les médecins généralistes (MG) sont souvent les plus confrontés aux patientes et à la recherche de diagnostic, notamment avec le plan cancer 2014-2019. Néanmoins, plusieurs limites s'imposent : l'âge, l'autonomie de la patiente, la présence de comorbidités, l'affect familial et l'absence de recommandations claires. L'objectif principal de cette étude est de décrire et d'analyser les pratiques et opinions des MG du Nord quant à la détection des cancers du sein chez les femmes de plus de 75 ans.

**MÉTHODE :**

Enquête d'opinions et de pratiques auprès des 940 MG du Nord, via un questionnaire anonyme en version papier à renvoyer par voie postale, envoyé en août 2017, avec relances mensuelles ciblées pendant six mois. Les données ont été saisies et analysées avec le logiciel Excel.

**RÉSULTATS :**

Le taux de participation était de 14 %. Les participants étaient majoritairement des hommes (64 %, n=81), d'âge moyen 52,64 +/- 10 ans. 69 % des participants (n=88) recherchaient un cancer du sein chez les femmes de 75 ans et plus, avec comme examen clinique initial, une palpation mammaire (68 %, n=87), dont 64 % à la fréquence d'une fois par an. Seuls 37 % avaient déjà bénéficié d'une formation de sensibilisation au cancer du sein avec modification de leurs pratiques. Quant aux connaissances sur les traitements et la prise en charge, 13 % des MG se disent bien informés. Une majorité ne se sentait pas ou peu impliquée dans les décisions thérapeutiques (53 %, n=67). L'évaluation gériatrique était indispensable pour 62 % des MG avant une décision thérapeutique.

**CONCLUSION :**

Les MG basent leurs pratiques sur leurs expériences et opinions personnelles. Des outils d'aide pour évaluer l'espérance de vie et le risque de cancer, des relations pluridisciplinaires à travers des réseaux de gériatrie ou de cancérologie, la formation des patientes à l'autopalpation, des campagnes d'informations publiques sur la surveillance clinique peu importe l'âge, des temps de formation continue ainsi que des recommandations claires permettraient d'harmoniser leurs pratiques.

---

**Composition du Jury :**

**Président :** Professeur PUISIEUX Francois

**Assesseurs :** Professeur BONNETERRE Jacques, Professeur VINATIER Denis, Docteur ROQUET Valérie, Docteur BALDINI Capucine