

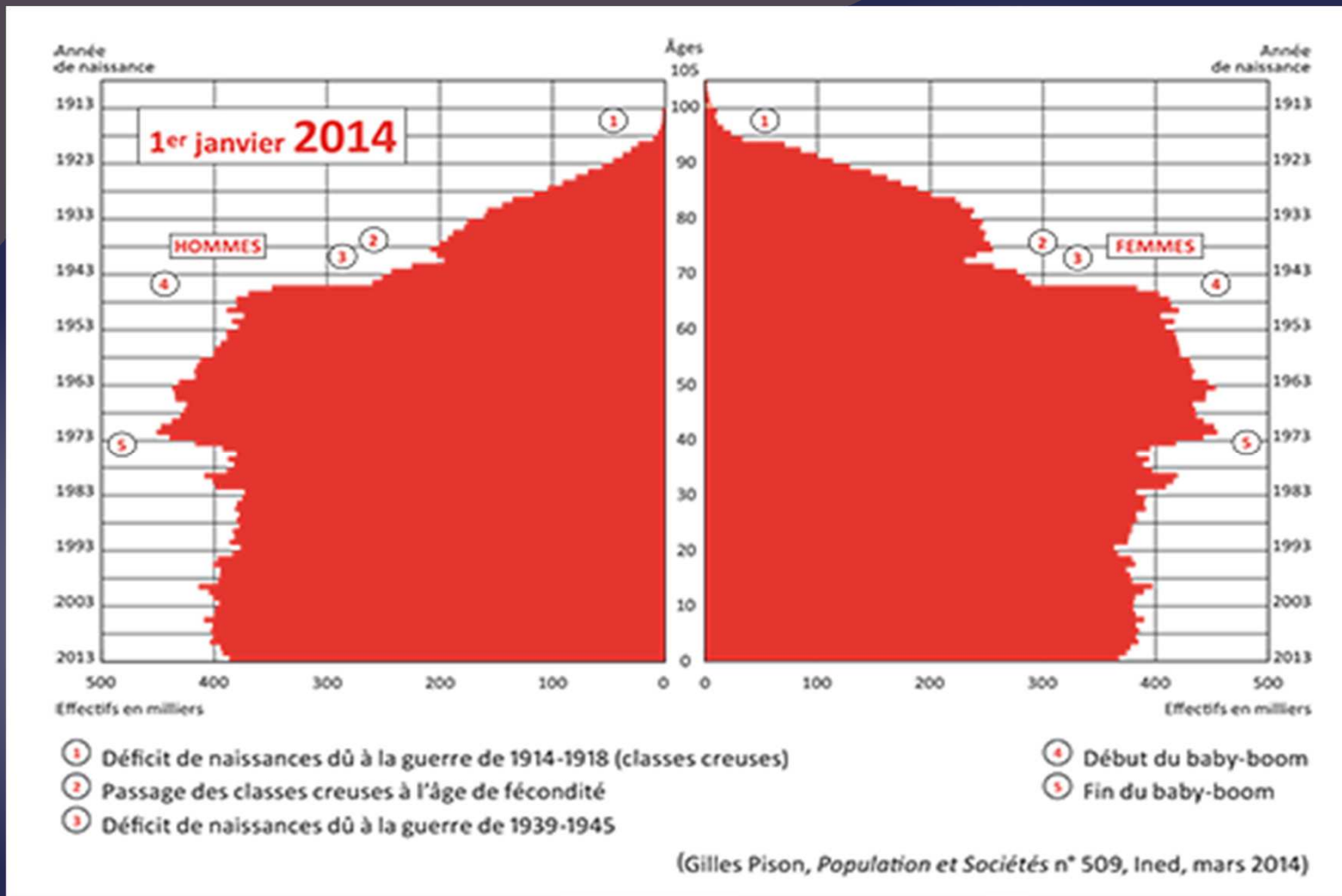
RADIOTHERAPIE ET FEMME AGEE

LE CONTEXTE

Dr E.Monpetit, Centre Saint Yves,
Vannes



La personne âgée doit être regardée de près...



La pyramide des âges au 01.01.2014

Population par sexe et groupe d'âges au 1er janvier 2014

	Hommes	Femmes	Ensemble
Population totale	30 991 282	32 937 326	63 928 608
Moins de 20 ans	7 985 671	7 620 736	15 606 407
de 20 à 64 ans	18 092 189	18 611 051	36 703 240
65 ans ou plus	4 913 422	6 705 539	11 618 961

Télécharger ce tableau au format CSV

Champ : France métropolitaine

Source : Estimations de population (résultats provisoires arrêtés fin 2013). Bilan démographique. Insee

Pour la structure par sexe et âge détaillé, voir les téléchargements ci-contre

Mise à jour : 14 février 2014

Stru
 Pyre
 Pop
 Pop
 Nom
 Pop
 Rég
 Com

T
 au
 mat

E
 F
 tota

Incidence et mortalité estimées du cancer du sein en France métropolitaine chez la femme en 2012, selon l'âge

Classe d'âge	00 -14	15 -19	20 -24	25 -29	30 -34	35 -39	40 -44	45 -49	50 -54	55 -59	60 -64	65 -69	70 -74	75 -79	80 -84	85 -89	90 -94	95 +
Nb nouveaux cas - Femme	0	0	18	150	507	1669	3489	5084	4549	4652	6277	6437	4317	3750	3556	2861	1167	285
Nb décès - Femme	0	0	2	14	53	152	289	483	700	912	1283	1223	1069	1283	1549	1549	979	346
Tx incidence* spécifique - Femme	0	0	0.9	7.6	25.2	82.9	157.8	228.1	210	221.2	299.8	386.1	341.8	295.8	304.4	338	283.6	255.1
Tx mortalité* spécifique - Femme	0	0	0.1	0.7	2.6	7.6	13.1	21.7	32.3	43.4	61.3	73.4	84.6	101.2	132.6	183	237.9	309.1

* : taux standardisés monde pour 100 000 personnes-années

Sources : Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012. Partie 1 - Tumeurs solides

Traitement : INCa 2013

Environ 11600 cas entre 70 ans et 89 ans



Taux de mortalité spécifique (observée) du cancer du sein par classe d'âges et par période quinquennale de 1985-89 à 2005-09 en France métropolitaine, chez la femme

Classes d'âge	1985-89	1990-94	1995-99	2000-04	2005-09
20-24 ans	0,2	0,1	0,1	0,1	0,2
25-29 ans	1,1	0,9	0,9	0,8	0,9
30-34 ans	3,8	4,0	4,2	3,0	3,5
35-39 ans	10,7	9,9	10,6	9,6	8,5
40-44 ans	20,4	20,6	19,7	17,6	15,8
45-49 ans	34,4	34,5	33,3	28,9	25,7
50-54 ans	51,0	50,3	48,7	43,1	37,8
55-59 ans	63,4	65,8	64,6	57,7	52,3
60-64 ans	74,8	76,9	75,5	69,4	66,0
65-69 ans	85,7	89,2	86,1	79,0	76,7
70-74 ans	99,4	100,6	98,6	95,7	89,8
75-79 ans	121,6	121,0	116,8	112,8	109,1
80-84 ans	147,2	146,7	148,4	144,1	140,2
85 ans et +	203,4	211,7	208,8	216,9	213,9



Prévalence partielle à 5 ans des cancers chez la femme en France selon la tranche d'âge en 2008 - 5 principales localisations

Localisations cancéreuses	15-44	45-54	55-64	65-74	75-84	85 et +	Total
Sein	19 808	46 379	56 394	49 397	35 032	12 746	219 756
Côlon rectum	1 614	4 616	10 375	13 060	17 589	9 313	56 567
Corps de l'utérus	434	2 136	6 897	7 662	6 105	1 525	24 758
Thyroïde	7 155	5 678	6 296	3 077	1 430	159	23 795
Mélanome de la peau	5 254	3 872	4 544	3 675	3 275	1 599	22 219
TOTAL*	51 897	82 884	115 001	106 883	96 079	37 580	490 324

La prévalence partielle à 5 ans est le nombre de personnes ayant eu le diagnostic du cancer au cours des 5 années précédentes et toujours en vie.

Problématique au delà de nos frontières...

Revue de la littérature par Markopoulos et van de Water, novembre 2012 :

- Plus l'âge augmente, plus les déviations/guidelines augmentent(Yancick 2001, Allemani 2010)
- Sous représentation en essai(Wildiers, 2007) avec seulement 9% de patients de plus de 65 ans(Hutchins 1999)
- Les patientes ne considèrent pas leur âge comme facteur limitant/essai(Townsley, 2005)
- Essai Team : mortalité augmente avec âge, sans rapport/autres causes de mortalité, ou facteurs de la T...

Au delà des frontières, suite...

- Chirurgie et HT quasiment toujours utilisées,
- RT diminuant avec âge...
- CT utilisée dans 5,2% au delà de 75 ans alors que 48% de N+...
- → intérêt de la RT hypofractionnée pour au moins sécuriser le contrôle local

Peut-on se passer de la RT ou une HT est-elle suffisante ???

Discussion récurrente et la dernière en date suite aux résultats CALGB par Hughes : LRFS de 98% vs 90% à 5 ans, sans effet sur OS

Analyse pertinente de A.Couri et J.P.Gérard

- Analyse moitié-vide ou moitié-plein : 5 fois moins de RLR...quand même
- RT à visée LR → effet sur OS...tardif et à plus de 5 ans...
- Pour 4 RLR évitées, 1 vie sauvée à 15 ans...(Edv femme de 70 ans = 16 ans...).
- Effet psychogène et coût d'une RLR non étudiés(négligés??)
- Intérêt des schémas hypo-fractionnés...
- Intérêt des facteurs prédictifs pour éviter la RT à qui n'en a pas besoin...

HORMONOTHERAPIE SANS RT ? ESSAI PRIME

SABCS 2013, essai présenté par Ian Kunkler, Edinburgh :
1326 Rd, 658 avec RT et 668 sans RT : 65 ans et plus, RH+, bas
grade, N-,M0, R0 et recevant une RT.

A 5ans, RLR de 1,3% si RT vs 4,1 % sans RT.

➔ La RT peut être « évitée »...(comme si elle était un danger...)

« Lecture différente » de Kaidar-Person et Kuten : Peut-on et même
Doit-on considérer toutes les femmes de 70 ans et plus comme une
population « uniforme » ??

Analyse Prime-suite

Patiente de 70 ans en bonne santé : sans RT, RLR de 1/10
et de 1/50 si RT...

Inversement, quid d'une HT si co-morbidités ???

Bénéfice HT plutôt après 5 ans et RT d'efficacité+++ dans les 5
premières années

→ Dans certains groupes ne doit-on pas plutôt éviter l'HT et pas la
RT...



MAIS QUELLE RADIOTHERAPIE ?

LES DONNEES DE LA LITTERATURE

Nombreuses études rétrospectives, notamment françaises et européennes

MAHER(1995) : 70 patientes, 81 a, T1-2
6,5 Gy/fraction, 1f/sem., 39 Gy
suivi de 36 mois,
3,7 % de RL mais 38% de toxicité

ORTHOLAN(2005) : 150 patientes, 78 ans, T1-2,
6,5 Gy/fraction, 1/sem, 32 Gy
suivi de 65 mois
2,3% de RL mais 45% de toxicité

CUTULI(2009) : 927 patientes, 70 a et plus, pT1-2N0
794 RT classique et 133 HF(32,5 Gy, 5f)
2,7% vs 3,7 % de RL à 5 ans
25% toxicité

Quelques essais randomisés* ou non

Baillet 1990* : 105 RT classique(1,8 Gy/f, 5/s, 45 Gy)
125 RT hypoF(5,75 Gy/f, 2/s, 23 Gy),
T1-2, suivi de 66 mois, 5% vs 7% de RL
mais 17 vs 23% de toxicité cutanée tardive

Whelan 2002 : 612, 2Gy/f, 5/sem, 50 Gy
622 , 2,65 Gy/f, 5/sem, 42,5 Gy
T1-2, suivi de 69 mois, 3,2 vs 2,6% de RL
mais 33% de toxicité

Felhauer 2005 : 64, 2Gy/f, 5/sem, 56 Gy
65 2,5 Gy/f, 4/sem, 45 Gy
T1-2, suivi de 86 mois, 4 vs 4,38% de RL
mais, 16 vs 57 % de toxicité...

Donc, efficacité conservée MAIS toxicité accrue à moyen et long terme.

Peut-on agir sur la dose, comme en pharmacologie ??

Non, car dose liée à la tumeur, au geste chirurgical antérieur et à sa qualité(R0/R1).

La dose ne peut être ajustée au patient...

Peut-on jouer sur l'espérance de vie ??

Accepter plus de toxicité tardive car Edv diminuée ??

Non car variable...trop aléatoire...

(65 ans → 19 ans // 75 ans → 12 ans // 85 ans → 7 ans...).

L'âge est il une Contre indication en soi ??

Non, mais plus que l'âge , réel ou physiologique, il faut ajuster aux **Co-morbidités**.

- Pathologie associée rendant impossible la RT techniquement(Parkinson, démence,.../immobilité)
- Pathologie associée qui CI une RT à visée carcinologique(BPCO majeure, atteinte cardiaque majeure rendant impossible une RT à dose correcte).

- 65-69 ans : sans comorbidité, observance RT : 77%,
avec au moins 2 co-M : 50 %
- Au-delà de 80 ans, 24% et 12 %.
- (Ballard-Barbash, 1996)

Mais y-a-t-il un avantage à la RT ??

SEER, RT après mastectomie, 11594 patientes > 70 ans, suivi médian de 6,2 ans

7% des faibles risques(T1,2N0) sur 7416

11% des risques intermédiaires(T1,2N1) sur 2145

38% des haut risque(T3,4N2,3) sur 2053

Dans ce GHR, Sv à 5 ans : 50% sans traitement

56% si RT

57% si CT

59% si RT et CT (Smith, 2006)

Avantage reconnu, observance médiocre, dose non ajustable, toxicité accrue si RT hypoF à forte dose hebdomadaire...

NB : BIAIS HABITUELS des observatoires(meilleur EG si RT et CT...)

Hypothèse de la RT partielle accélérée

Concept tout d'abord économique et pratique...

- 20% des patientes aux USA n'ont pas de RT du fait de l'éloignement
- Protection sociale différente → traitements courts favorisés.

Substratum « scientifique » : 80% des RL dans la zone de tumorectomie.

Nombreuses études, toujours en cours pour certaine...(Targit notamment) .

Critères stricts

- ⌘ Age > 60 ans
- ⌘ Taille < 2 cm
- ⌘ pN0, i-i+
- ⌘ Marges saines > 2 mm
- ⌘ RE+
- ⌘ Pas d'embols
- ⌘ Pas d'in situ.
- ⌘ Discutés : SBR1 strict ? R0 après recoupes ?
- ⌘ CI: < 50a, T > 3 cm et T4, N+, R1, embols, CCIS étendu.

RESULTATS

- ⌘ Pas de différence/Survie globale, mais recul insuffisant...
- ⌘ Plus de RL dans les « bras » RT partielle...même à Suivi médian de 2,5 ans(RL x 2).
- ⌘ Cela est-il étonnant ??
- ⌘ Non : l'impact du complément sur lit T en RT classique disparaît pour les femmes âgées...
- ⌘ Importance de continuer les essais+++

Et notre petite dame, elle arrive...



Y-a-t-il donc une SOLUTION ??



⌘ Car c'est bien beau d'arboreur une jeune sur son T-shirt mais le sujet c'est la femme âgée....



⌘ La RT hypofractionnée, « maitrisée »

⌘ Analyse des essais académiques, anglais, FAST et START,

ET CHEZ NOUS ???

- ⌘ Schémas d'hypo-fractionnement/patientes très âgées ET/ou fragiles , « non contrôlées », même si présents dans beaucoup de « thesaurus » régionaux ou locaux.
- ⌘ Pas d'hypo-fractionnement « académique ».
- ⌘ Pourquoi ??
 - manque de preuves scientifiques ??(Fast, Start, Ontario...).
 - manque de recul(effets à très long terme...) , mais femmes âgées de plus de 80 ans(75 ? 70 ?).
 - problème économique(valorisation à l'acte ??).
- ⌘ Et la RT partielle ??

CONCLUSION

⌘ RT adjuvante postop. indiscutable, même chez la femme âgée (SEER : Sv spécifique 95% vs 91% et Sv globale à 8 ans de 73% vs 49% selon que RT ou non...

Plus de 70 ans, Sv globale à 10a de 65% vs 42% et Sv à 15 a de 40% vs 20%...).

⌘ Plus que l'âge, ce sont les CO-MORBIDITES qui sont ESSENTIELLES à évaluer-place de l'OncoGériatrie

⌘ L'OBSERVANCE reste un problème, plus que les contingences économiques...

⌘ Intérêt des régimes hypofractionnés, validés par les essais académiques(cut of : 75 a, 80 a ??)

⌘ Nécessité d'inclure pour les essais de RT partielle.