

Le cancer du sein est-il un risque assurable ?

Maurice Thompson and Josée Malboeuf

Volume 56, Number 4, 1989

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1104667ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1104667ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

HEC Montréal

ISSN

0004-6027 (print)

2817-3465 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this document

Thompson, M. & Malboeuf, J. (1989). Le cancer du sein est-il un risque assurable ? *Assurances*, 56(4), 577-589. <https://doi.org/10.7202/1104667ar>

Article abstract

Le cancer est un mal souvent atroce. Certaines formes ne sont pas assurables. Dans la conception actuelle de l'assurance sur la vie, d'autres le sont. Ce travail a pour objet de noter ce que peut être l'attitude du tarificateur-vie devant les aspects de la maladie. En toute simplicité, l'on doit admettre que si l'on a une meilleure connaissance du sujet, bien des choses restent encore inexpliquées et, sur bien d'autres aspects du mal, on doit être d'une grande prudence. Sur d'autres, on peut être sinon catégorique, du moins un peu plus optimiste.

Chronique de tarification des risques

par

Maurice Thompson⁽¹⁾

et

Josée Malboeuf⁽²⁾

Le cancer du sein est-il un risque assurable ?

577

Le cancer est un mal souvent atroce. Certaines formes ne sont pas assurables. Dans la conception actuelle de l'assurance sur la vie, d'autres le sont. Ce travail a pour objet de noter ce que peut être l'attitude du tarificateur-vie devant les aspects de la maladie. En toute simplicité, l'on doit admettre que si l'on a une meilleure connaissance du sujet, bien des choses restent encore inexplicables et, sur bien d'autres aspects du mal, on doit être d'une grande prudence. Sur d'autres, on peut être sinon catégorique, du moins un peu plus optimiste.



L'incidence du nombre de cas de cancer du sein augmente progressivement depuis les années 1950 et 1960. Chez les femmes, il représente non seulement le type de cancer le plus commun, mis à part le cancer de la peau, mais s'avère également la cause la plus fréquente de décès dû au cancer. Toutefois, des statistiques récentes démontrent qu'il sera bientôt dépassé par le cancer du poumon.

Étant donné la gravité de ce type de cancer, nous devons être très sélectifs dans l'étude de ces cas, afin d'obtenir un rendement adéquat.

Quelques statistiques. . .

Chaque année, aux États-Unis, on diagnostique environ 100 000 cas de cancer du sein et 30 000 décès sont attribués à cette

(1) M. Maurice Thompson est directeur de la Tarification à La Nationale, Compagnie de Réassurance du Canada.

(2) Mme Josée Malboeuf est tarificateur sénior à La Nationale, Compagnie de Réassurance du Canada.

maladie. Environ une femme sur 14 est victime d'un cancer du sein au cours de sa vie et on s'attend à ce que ce taux augmente.

La situation est aussi inquiétante au Canada : en 1984, 3 974 femmes sont décédées de cette maladie, pour un taux de mortalité de 31,3/100 000.

Facteurs de risque

Les principaux facteurs de risque pour le cancer du sein sont :

578

- les antécédents menstruels ;
- les antécédents reproductifs ;
- les antécédents familiaux.

Antécédents menstruels

La ménopause artificielle, par le biais de l'ovariectomie (excision d'un ou des deux ovaires) ou de la radiothérapie des ovaires, réduit grandement le risque du cancer du sein chez la femme. Le risque est amoindri lorsque l'intervention est effectuée à un jeune âge. L'ovariectomie avant l'âge de 35 ans réduit le risque à un tiers de celui des femmes qui ont une ménopause naturelle. De plus, les femmes ayant une ménarche précoce et celles dont la ménopause naturelle commence à un âge avancé semblent présenter un risque plus élevé.

Antécédents reproductifs

L'élément reproductif le plus intimement lié au risque de cancer du sein est l'âge d'une femme lors de sa première grossesse. Les femmes dont la première grossesse à terme a lieu avant l'âge de 18 ans ont un risque de cancer du sein trois fois moins élevé que celles ayant retardé leur premier enfant jusqu'à l'âge de 30 ans.

Les femmes dont la première grossesse a lieu après l'âge de 30 ans présentent un risque légèrement plus élevé que celles qui demeurent nullipares (femmes n'ayant jamais eu d'enfant).

Antécédents familiaux

Les femmes dont la mère, une soeur ou une tante maternelle souffre d'un cancer du sein présentent un facteur de risque deux ou trois fois plus élevé que la population en général.

Ce risque augmente davantage si l'une d'elles a été affectée à un jeune âge ou si elle souffrait d'une maladie bilatérale du sein. On estime que les femmes ayant une parente au premier degré avec atteinte bilatérale connaissent un risque de cancer du sein neuf fois plus élevé.

On doit tenir compte de plusieurs autres facteurs de risque, notamment :

- les antécédents personnels d'affections bénignes du sein ;
- l'excès de poids ;
- les glandes mammaires volumineuses ;
- le niveau socio-économique élevé ;
- la consommation d'alcool.

579

Types de carcinomes

Avant d'étudier les divers types de carcinomes, rappelons qu'une tumeur peut être du type envahissant ou non envahissant ; ce dernier genre présente un pronostic beaucoup plus favorable.

Non envahissant

Les carcinomes intra-canaliculaires non envahissants sont des tumeurs qui découlent d'un épithélium de canaux et qui n'ont pas encore envahi les tissus contigus. La forme la plus courante est le comédocarcinome. On a identifié un autre type de lésion qui s'appelle tumeur papillaire ; celui-ci est rare et ne représente que 1% de tous les cancers du sein.

En l'absence d'envahissement, les carcinomes intra-canaliculaires présentent rarement une atteinte ganglionnaire axillaire et ont un pronostic très favorable.

Cystosarcome phyllode

Il s'agit en partie d'une tumeur épithéliale et en partie d'une tumeur non épithéliale. Elle peut devenir très volumineuse et envahit souvent les tissus du sein qui lui sont adjacents. Le cystosarcome phyllode est très commun et s'avère habituellement bénin. Il existe cependant des cas où ces tumeurs se sont avérées malignes et dont la dissémination a entraîné la mort. Malheureusement, il est difficile de

déterminer, à partir d'observations cliniques ou histologiques, quelles tumeurs s'avéreront malignes et se propageront.

Envahissant

Examinons maintenant les différents types de carcinomes envahissants :

Carcinome canaliculaire infiltrant

580 Il s'agit du carcinome le plus courant, représentant 70% de tous les cancers du sein.

Cette tumeur, en règle générale, n'atteint pas une grande taille. Elle s'étend aux ganglions axillaires (dissémination régionale) *et son pronostic est le moins favorable de toutes les tumeurs.*

Carcinome médullaire

Le carcinome médullaire (5% à 7% de tous les cancers du sein) est une lésion circonscrite qui atteint une grande taille et présente de faibles propriétés d'infiltration. *Suite au traitement, le taux de survie de cinq ans est plus favorable que pour la majorité des carcinomes envahissants.*

Carcinome tubulaire

Un carcinome tubulaire est une tumeur à haute densité nucléaire et comportant une certaine polarité de ses cellules. *Le pronostic est plus favorable que pour les carcinomes canaliculaires infiltrants.*

Carcinome mucineux ou colloïde

Ces tumeurs croissent habituellement lentement et peuvent devenir volumineuses. Elles représentent environ 3% de tous les cancers du sein. *Le pronostic de ces tumeurs est habituellement favorable.*

Carcinome papillaire infiltrant

Le carcinome papillaire infiltrant est rare (1% de tous les cancers du sein).

Cette tumeur se développe lentement et l'atteinte ganglionnaire est peu courante. *Suite au traitement, le pronostic est excellent.*

Carcinome lobulaire

Le carcinome lobulaire comprend deux types : le type non envahissant, qu'on appelle « carcinome lobulaire in situ » (2% à 3% de tous les cancers du sein) et le carcinome lobulaire envahissant (5% à 10% de tous les cancers du sein).

Le pronostic du carcinome lobulaire envahissant, tout comme celui du carcinome canaliculaire infiltrant, est défavorable.

Il existe deux écoles de pensée en ce qui concerne le carcinome lobulaire in situ. La première recommande la mastectomie ipsilatérale (même sein) et une biopsie importante du sein opposé. Ce traitement est nécessaire puisqu'un grand nombre de patientes n'ayant subi qu'une biopsie développent un cancer du sein ipsilatéral ou contro-latéral (sein opposé).

581

La seconde école propose une approche plus conservatrice et suggère un suivi périodique.

On croit que les patientes atteintes d'un carcinome lobulaire in situ courent un risque similaire à celles dont les antécédents familiaux révèlent des cas de cancer ou qui ont déjà eu un cancer du sein.

De plus, afin de contrôler le carcinome lobulaire in situ, un grand nombre de spécialistes recommandent aux femmes de s'auto-examiner en plus de subir des examens physiques périodiques et des mammographies.

Il semble également que la radiothérapie ne joue aucun rôle dans le contrôle de ce type de carcinome.

Maladie de Paget du sein

La maladie de Paget du sein est présente chez 1% à 4% de toutes les patientes souffrant de cancer du sein. Cette maladie entraîne des changements au niveau du mamelon, comme la démangeaison, la brûlure, le saignement ou une combinaison de ces symptômes.

Ces changements mamelonnaires sont associés à la présence d'un carcinome sous-jacent dans le sein, qui peut être décelé par palpation chez environ 60% des patientes. La tumeur sous-jacente peut être intra-canaliculaire ou du type envahissant. *Le pronostic dépend du type histologique et de la grosseur tumorale.*

Néoplasie du sein avec réaction inflammatoire

Les caractéristiques cliniques de ce cancer sont :

- oedème cutané aigu ;
- rougeur et chaleur ;
- marge érysipeloïde visible (zone inflammatoire avec une marge bien délimitée) ;
- induration sous-jacente du sein.

582 En présence de cette affection, plusieurs patientes présentent d'autres signes de cancer avancé tels que des ganglions axillaires palpables, des ganglions sus-claviculaires et des métastases éloignées.

Même si on arrive à le localiser, le pronostic de ce type de cancer est très mauvais.

Vous trouverez ci-dessous d'autres types de carcinomes mammaires. Étant donné le nombre limité de cas, aucun pronostic valable n'est disponible ;

- carcinomes adénokystiques ;
- épithéliomas baso-cellulaires ;
- carcinosarcomes ;
- carcinomes riches en lipides ;
- carcinomes métaplastiques ;
- carcinomes épidermoïdes.

Métastases régionales

La propagation du cancer du sein aux ganglions régionaux touche habituellement les ganglions axillaires, mammaires internes et sus-claviculaires.

Les ganglions axillaires sont la principale région d'envahissement des carcinomes du sein. *Entre 40% et 50% des patientes atteintes de cancer du sein montrent des signes d'envahissement aux ganglions axillaires.*

La chaîne de ganglions mammaires internes est la deuxième plus importante région d'envahissement pour les carcinomes du sein. *L'atteinte ganglionnaire sus-claviculaire reflète un stade avancé de l'atteinte ganglionnaire axillaire et présente un pronostic très réservé.*

Un article publié par Fisher, Slacks, Borss, et al., dans la revue *Cancer*, faisait état de la relation entre la grosseur tumorale et l'atteinte ganglionnaire axillaire, les taux de récurrence et de mortalité. Les résultats de leur recherche sont des plus révélateurs.

Lorsque la grosseur tumorale varie entre 2,0 et 2,9 cm, le taux de mortalité après 5 ans est d'environ 25%, le taux de récurrence d'environ 30% et 40% des cas présentent une atteinte ganglionnaire axillaire.

Lorsque la grosseur tumorale varie entre 5,0 et 5,9 cm, le taux de mortalité après 5 ans atteint 50%, le taux de récurrence augmente à 55% et 60% des cas présentent une atteinte ganglionnaire axillaire.

583

Cette même étude a démontré que les patientes ayant 5 à 10 ganglions négatifs avaient essentiellement les mêmes taux de récurrence et de survie que celles ayant 25 à 30 ganglions négatifs.

Par ailleurs, le nombre de ganglions examinés n'est pas révélateur, mais plutôt le nombre de ganglions positifs. Ainsi, la patiente ayant 2 ganglions positifs sur 5 ne présente pas un risque de récurrence supérieur à celle ayant 2 ganglions positifs sur 30.

Plusieurs études ont également démontré que le taux de mortalité varie selon le nombre de ganglions atteints. Le taux de survie de 10 ans est d'environ 35% lorsqu'il y a de 1 à 3 ganglions positifs, alors qu'il n'est que de 15% lorsque 4 ganglions ou plus sont positifs.

Au stade actuel de la recherche, l'envahissement des ganglions axillaires représente l'élément le plus important dans l'établissement du pronostic du cancer du sein.

Stade

Le stade représente le regroupement des patientes selon l'étendue de la maladie. Il sert à :

- déterminer le choix du traitement pour chaque cas particulier ;
- établir un pronostic ;
- comparer les résultats des différents programmes de traitement.

La classification la plus répandue est celle utilisée conjointement par *L'Union Internationale contre le cancer* et *The American*

Joint Commission. Cette classification est fondée sur le système d'appellation anglaise T.N.M.

L'étendue d'une tumeur primaire (T) est indiquée par des chiffres. Ainsi, T0 (aussi appelé *Tis*) représente un carcinome in situ, alors que T1, T2, T3 et T4 signifient une tumeur dont la grosseur et l'étendue vont en augmentant.

Les lettres A ou B, signifiant *sans* ou *avec* fixation aux muscles pectoraux, peuvent suivre la lettre T (exemple : T3B).

584 N0 signifie qu'il n'y a pas d'atteinte ganglionnaire, alors que N1, N2 et N3 indiquent des degrés croissants d'envahissement ganglionnaire régional.

Les métastases éloignées portent le nom de M1, alors que M0 indique l'absence de métastases.

Gradation

En plus du stade, le rapport histologique joue également un rôle relativement important dans le pronostic d'une tumeur.

À une extrémité de l'échelle, on retrouve la tumeur bien différenciée, qui est similaire au tissu d'origine. À l'autre, il y a la tumeur anaplasique ou non différenciée, dont l'origine est invisible au microscope. Même s'il n'existe pas de système universel de gradation, les plus courantes sont : celles qui sont bien différenciées, celles qui sont mal différenciées et les non différenciées ou anaplasiques.

La gradation indique, en quelque sorte, le type de tumeur. En effet, les tumeurs plus agressives (c'est-à-dire les moins bien différenciées) ont tendance à être diagnostiquées à un stade plus avancé.

Traitement chirurgical

Diverses interventions chirurgicales peuvent être effectuées pour traiter le cancer du sein.

Voici une courte description de chaque type d'intervention :

Mastectomie radicale

Cette opération comprend une dissection en bloc du sein entier et de la peau recouvrant la tumeur, ainsi que des muscles pectoraux (majeur et mineur) et du contenu de l'aisselle.

Mastectomie radicale étendue

Il s'agit de la même opération que la mastectomie radicale, plus la résection des ganglions mammaires internes.

Mastectomie radicale modifiée

Cette opération consiste en l'ablation du sein, du muscle pectoral mineur et du contenu de l'aisselle. Le muscle pectoral majeur est laissé intact.

De nos jours, un grand nombre de chirurgiens laissent les deux muscles pectoraux (majeur et mineur) intacts, car ceci contribue à de meilleurs résultats fonctionnels et cosmétiques.

585

La mastectomie radicale modifiée est maintenant plus courante. En effet, plusieurs études ont démontré que la mastectomie radicale et la mastectomie radicale modifiée entraînent des taux de survie et de récurrence comparables.

Des chiffres récents publiés par le *Journal of Oncology* ont démontré que le taux de guérison, à la suite de ce type d'intervention, est d'environ 80% pour une maladie au stade I, et entre 25% et 35% dans le cas du stade II.

Mastectomie partielle

Cette intervention s'appelle aussi mastectomie segmentaire ou tumorectomie. Il s'agit de l'ablation de la tumeur, seulement, afin que le sein puisse être conservé.

Radiothérapie

La radiothérapie est utilisée depuis plusieurs décennies dans le traitement du cancer du sein.

La radiothérapie postopératoire répond à deux besoins : tout d'abord, il existe un taux élevé de rechute locale-régionale à la suite d'une mastectomie, surtout lorsqu'il y a présence de ganglions axillaires positifs. Deuxièmement, la mastectomie radicale n'implique pas l'enlèvement des ganglions mammaires internes, qui sont une des plus importantes régions d'envahissement ganglionnaire du sein.

Selon une étude dirigée par le *National Surgical Adjuvant Breast Project*, même si la radiothérapie postopératoire réduit le ris-

que de rechute régionale, elle n'entraîne pas, toutefois, une amélioration appréciable du taux de survie.

Un grand nombre de patientes atteintes d'un cancer local-régional résiduel à la suite d'une mastectomie présentent déjà un envahissement éloigné. En conséquence, alors que la radiothérapie postopératoire peut éliminer le cancer local-régional restant, elle n'empêche pas l'apparition de métastases éloignées et n'améliore pas les chances de survie.

586

La radiothérapie est également utilisée pour le traitement des cancers du sein jugés inopérables (ceux classifiés T3B – T4 ou N2 – N3). Ce traitement est purement palliatif et sert uniquement à améliorer la qualité de vie des patientes.

Chimiothérapie

Parmi les néoplasies les plus communes chez les adultes, le carcinome du sein est celui qui répond le mieux aux agents chimiothérapeutiques.

Un grand nombre d'agents antinéoplasiques ont démontré leur efficacité dans le traitement du cancer du sein. Les trois principales catégories d'agents sont :

- *Les agents alkylants ou alcoylants :*

– cyclophosphamide – moutarde azotée – thiotepa – chlorambucile.

L'agent le plus utilisé est le cyclophosphamide.

- *Les antimétabolites :*

– 5 – fluorouracil-metrotrexate.

- *Les antibiotiques antinéoplasiques :*

– adriamycine.

L'état des récepteurs hormonaux

Chez la plupart des patientes atteintes de cancer du sein, une biopsie est pratiquée afin de confirmer le diagnostic et déterminer l'état des récepteurs hormonaux.

La plus importante mesure est le *Estrogen Receptor Protein (ERP)*. Elle s'exprime en femtomoles. Les récepteurs hormonaux

sont positifs si leur valeur est supérieure à 10 femtomoles/mg, alors que moins de 3 femtomoles/mg indiquent un récepteur négatif. Une valeur entre les deux indique un cas limite.

Lorsque les résultats des tests sont positifs, cela signifie que la tumeur présente une dépendance hormonale et, par conséquent, un traitement additionnel est disponible (thérapie hormonale) afin d'améliorer les chances de survie.

Cette mesure revêt une grande importance pour le tarificateur, pour les raisons suivantes :

- 90% ou plus des tumeurs canaliculaires bien différenciées et des carcinomes lobulaires sont *ERP* positifs.
- Le carcinome canaliculaire infiltrant (le plus commun des cancers du sein) est *ERP* positif dans 60% à 70% des cas.
- Les cancers *ERP* négatifs rechutent plus rapidement que ceux dont le *ERP* est positif.
- Les tumeurs de stade I dont le *ERP* est négatif ont un pronostic équivalent ou moins favorable que les tumeurs de stade II avec *ERP* positif.
- Les tumeurs *ERP* négatives sont associées à un taux d'activité mitotique plus élevé.

587

Comme vous pouvez le constater, les tumeurs ERP positives ont, à long terme, un pronostic plus favorable que celles ERP négatives. Ce facteur doit donc être considéré au moment de déterminer la catégorie de risque.

Métastases

Les tumeurs du sein ont tendance à se disséminer. Selon plusieurs études, les lieux de prédilection des métastases sont principalement les poumons, le foie, les os, les ganglions, la peau et divers endroits viscéraux.

Les métastases peuvent survenir longtemps après qu'un cancer du sein ait été diagnostiqué. Dans une étude menée par Rutquist et Wallgren sur le taux de survie à long terme de jeunes patientes souffrant de cancer du sein, deux pics métastatiques ont été identifiés : le premier vers la troisième ou la quatrième année, et le second entre la huitième et la dixième année.

Le taux de mortalité annuel est passablement élevé pendant les dix premières années, surtout lorsqu'il y a propagation aux ganglions axillaires.

Vingt ans plus tard, 35% des décès sont encore attribués au cancer.

Marqueurs tumoraux

588 Il existe un domaine dont l'intérêt ne cesse de croître : les marqueurs biologiques. Certains signes laissent croire que les marqueurs tumoraux peuvent servir non seulement à émettre un pronostic avant le début du traitement, *mais également à déceler rapidement toute récurrence*.

On compte quatre marqueurs pour le cancer du sein :

- le CEA (l'antigène carcinoembryonnaire) ;
- la ferritine ;
- le *HCG (Human Chorionic Gonadotrophin)* ;
- GGT.

Il a été démontré que chez les patientes ayant un cancer du sein métastatique, 70% d'entre elles présentaient un taux élevé de CEA, 50% un taux élevé de *HCG*, et 67% un taux élevé de ferritine. *Une étude a démontré que les patientes dont le taux de CEA postopératoire était supérieur à 2,5 ng/ml avaient un taux de récurrence de 65% après 2 ans, comparativement à 20% pour celles ayant un CEA normal.*

À la lumière de ces statistiques, il serait opportun de considérer l'ajournement si l'un de ces tests présente un résultat élevé.

Points à retenir

Nous croyons que le cancer du sein est un risque assurable. Cependant, quelques règles de base doivent être respectées. Nous croyons que les exigences énumérées ci-dessous sont nécessaires à une évaluation adéquate du risque :

1. Compte-rendu d'hôpitaux ou RMT afin de déterminer :
 - si la tumeur est envahissante ou non ;
 - le type de carcinome ;
 - la grosseur tumorale et le stade (étendue de la maladie) ;

- s'il y a atteinte des ganglions axillaires ;
- s'il existe des signes de néoplasie avec réaction inflammatoire ;
- si les ganglions sus-claviculaires sont atteints ;
- le résultat du récepteur hormonal (ERP) ;
- la présence de métastases éloignées.

2. Examens de relance (*follow-up*) réguliers et adéquats incluant les résultats de l'ensemble des tests et analyses de laboratoire.

3. Résultats des marqueurs tumoraux tels que le CEA (antigène carcino-embryonnaire), la ferritine, le *HCG* (*Human Chorionic Gonadotrophin*) et *GGT*.

589

Au niveau de la tarification, nous vous proposons l'approche suivante :

- Dans le cas de carcinomes intra-canaliculaires (de type papillaire ou comédo), une décision sur base régulière peut être considérée si les deux seins ont été enlevés. Si un seul sein a été enlevé, une faible surprime peut être offerte.
- Dans le cas d'un carcinome lobulaire in situ, nous recommandons une surprime temporaire modérée pendant dix ans.
- Dans le cas de carcinomes envahissants, sans atteinte ganglionnaire, nous suggérons de considérer uniquement ceux de stade I ou II.
- S'il y a des signes de néoplasie du sein avec réaction inflammatoire ou atteinte ganglionnaire sus-claviculaire, un refus est recommandé.
- Lorsqu'il y a plus de trois ganglions positifs ou métastases éloignées, nous croyons qu'il s'agit d'un risque inacceptable.
- Afin d'évaluer adéquatement le risque, on recommande l'obtention de marqueurs tumoraux récents, c'est-à-dire dans les trois mois précédant la demande d'assurance. Si l'un de ces marqueurs est élevé, nous suggérons un ajournement.