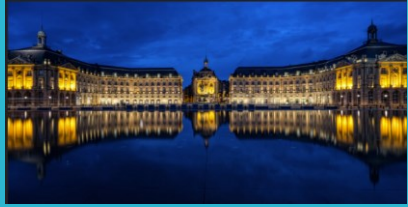


IMAGIR
Centres d'imagerie médicale



IL N'Y A PAS QUE LES FEMMES NÉES FEMMES

Gabrielle LABROT - HURTEVENT - Bordeaux

M. ASAD-SYED, AC. MONSEAU-THIBURCE, A. BENJAMIN

I. AUDIGEY-GUEZ, S. GASPARD

SIFEM - Nantes - 15 juin 2024

ETAT DES LIEUX

TRANSIDENTITE

- **Terminologie encore mal connue**
 - Personne transgenre ou trans: identité de genre différente de celle assignée à la naissance
 - Personne cisgenre ou cis: identité de genre identique à celle attribuée à la naissance
- **Femme transgenre (MtF):** Assignée homme à la naissance mais femme en identité de genre
- **Homme transgenre (FtM):** Assignée femme à la naissance mais homme en identité de genre
- **Transition / Réassignation de genre / Affirmation de genre : versant médical**
 - Traitements chirurgicaux
 - Hormonothérapie

DONNEES NUMERIQUES

- **Population croissante**
 - Plus d'acceptation
 - Surtout chez les jeunes
- **Chiffres variables**
 - 8 à 25 millions de personnes dans le monde
 - Prévalence moyenne estimée à 355 /100 000
 - 0,6% de la population générale aux USA et 0,5 % en UK
 - > 1 % chez les jeunes
 - Estimations en France
 - 2018:15 000 personnes
 - 2022: 20 à 60 000 personnes

PROBLEMATIQUES

- **Accès aux soins**

- Reste difficile
- Discrimination, jugement, nomadisme médical, manque d'adhésion
- Mortalité accrue

- **Meilleure prise en charge à codifier**

- Population croissante
- Connaissances à acquérir: terminologie, spécificités
- Bienveillance: communication, respect, écoute
- Pionniers: Pays-Bas, Canada et USA
- HAS parcours de transition (en cours): pas de radiologue dans les groupes de travail/de lecture

DETECTION DU CANCER DU SEIN

- **Manque de données scientifiques fiables**

- Littérature: études de cohorte rétrospectives et case report
- Pas d'études prospectives (grande échelle)
- Prévalence du K du sein mal connue: extrapolation des données des femmes cisgenres
- Pas de codification établie du dépistage: rythme et des modalités de surveillance sénologique

- **Défaut de sensibilisation**

- Population trans jeune: se sent moins concernée par K du sein mais va vieillir

- **Fréquentation réduite du système de santé**

- Accès au soins difficile: nuit au dépistage potentiel
- K du sein dépisté plus tardivement: survie et qualité de vie moins bonnes

FEMMES TRANSGENRES

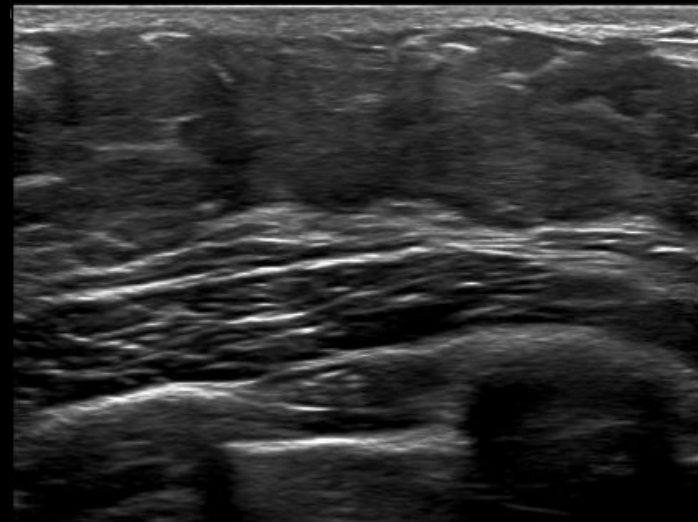
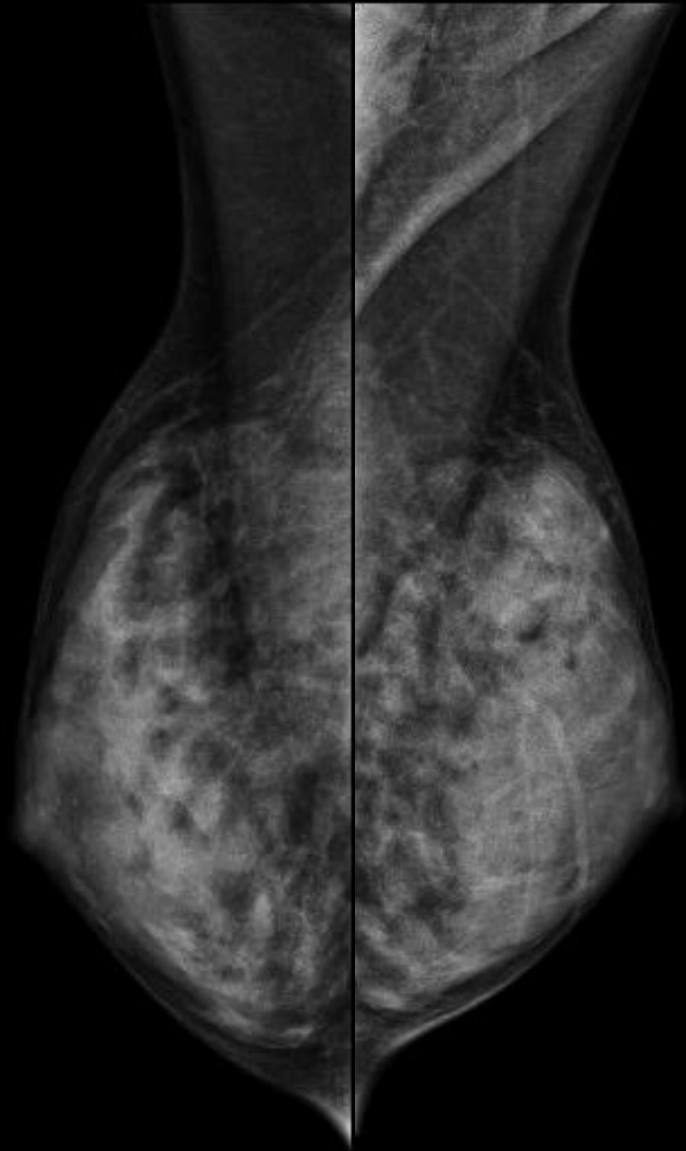
TRAITEMENTS DE REASSIGNATION

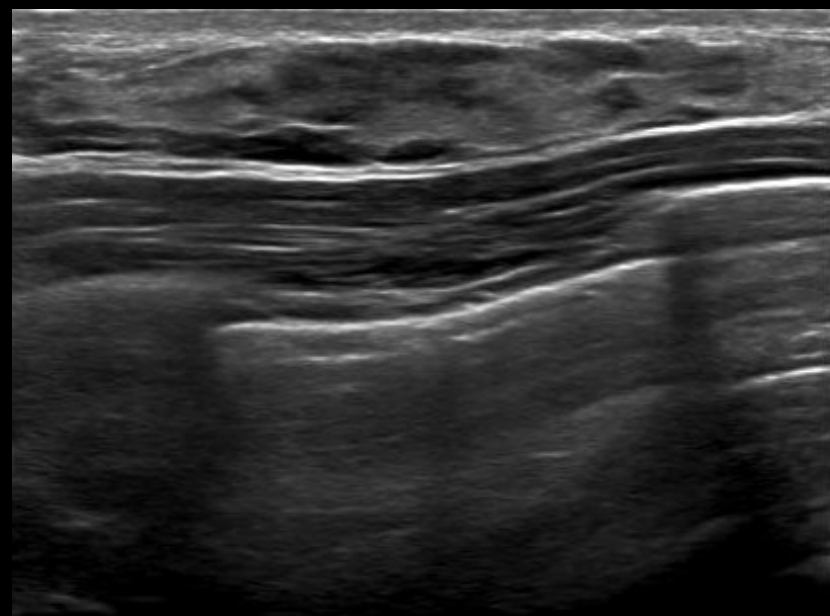
▪ Terminologie

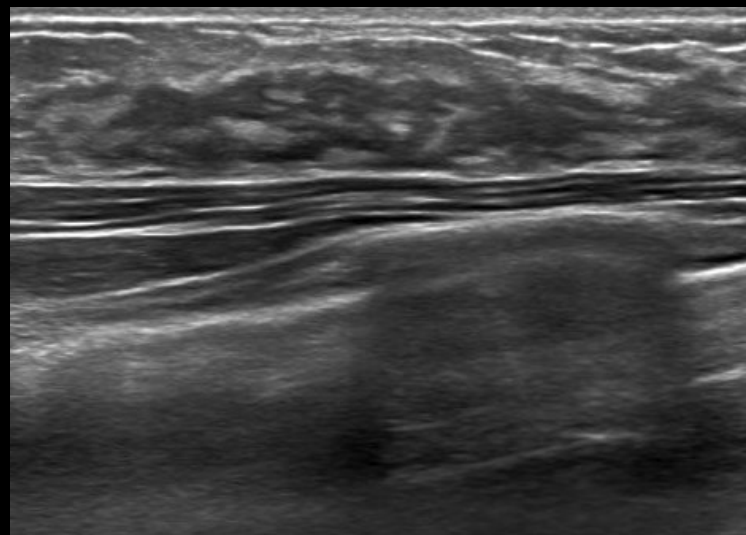
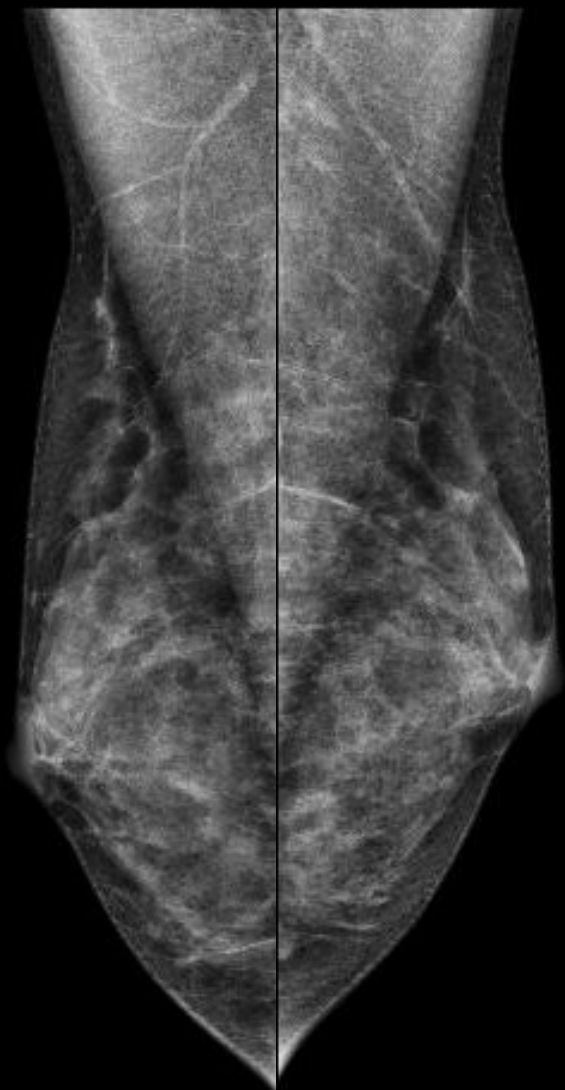
- Assignée homme à la naissance mais femme en identité de genre
- Transition variable: traitements médicaux et chirurgicaux d'affirmation du genre

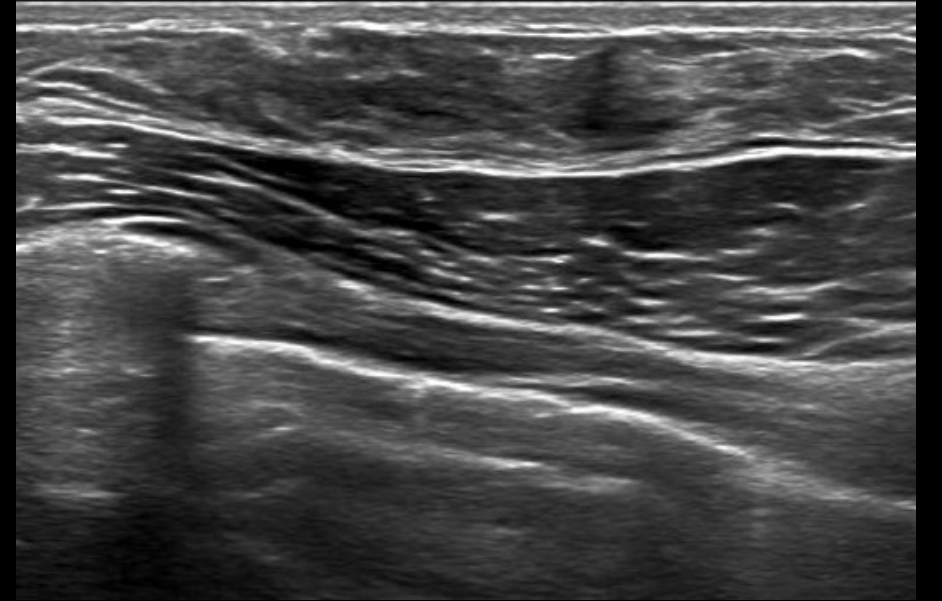
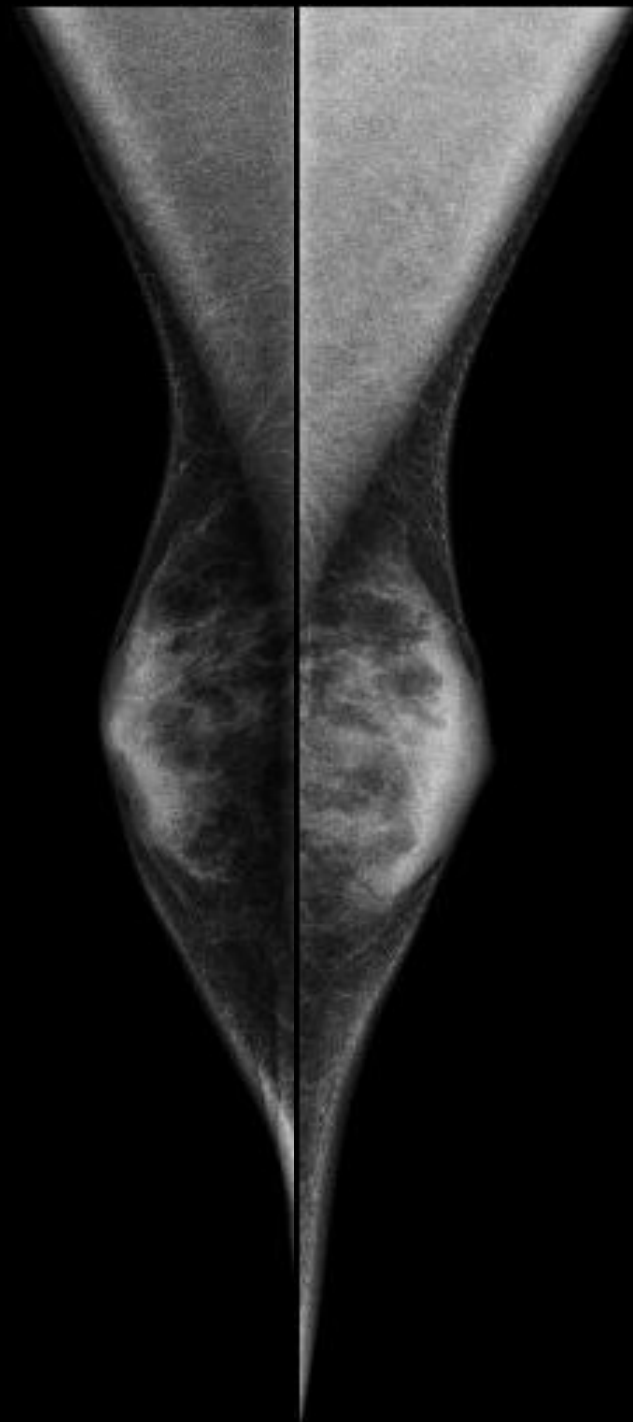
▪ Hormonothérapie

- Non codifiée : type d'hormones (*œstrogènes*, anti-androgènes), dose, durée
- Développement des seins : canaux, lobules, acini \neq gynécomastie
 - Selon les stades de Tanner : stade 5 (glande mammaire mature femme cis adulte) pas toujours atteint
 - Croissance intense les 6 premiers mois
 - Maximum atteint 2 à 3 ans après le début de l'hormonothérapie
 - Relation/ la dose: discutée
- Impact sur la densité mammaire : grande variabilité
 - Plutôt seins denses
 - Corrélation discutée entre densité et hormonothérapie: indep modalités (dose, durée)/ fortes doses









TRAITEMENTS DE REASSIGNATION

- **Chirurgie d'augmentation du volume mammaire**
 - Non systématique
 - En adjonction ou non à l'hormonothérapie
 - Techniques chirurgicales mammaire identiques à celles des femmes cisgenres
 - Prothèses, lipofilling
 - Spécificité : injection intra-mammaire directe de particules (silicone etc..)

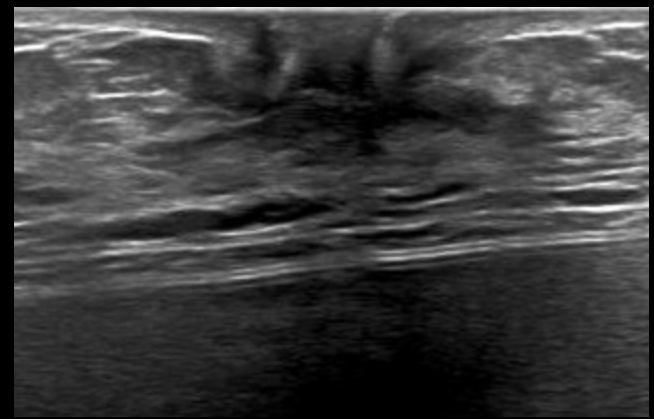
HR

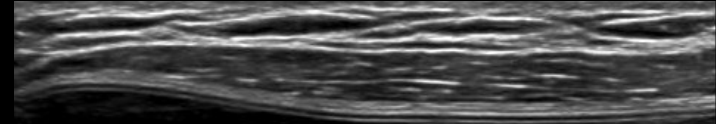
HL



FL

FR





PATHOLOGIES MAMMAIRES SOUS HORMONOTHERAPIE

▪ Pathologies bénignes

- Kystes
- Fiboadénome
- PASH...

▪ Pathologies malignes : présentation identique en imagerie

- Carcinomes infiltrants canaux et lobulaires
- Tumeur phyllode maligne
- Risque de K du sein
 - Extrapolation des données des femmes cis ménopausées sous hormonothérapie
 - Identique?
- Etudes : Publications néerlandaises, américaines, canadiennes, françaises
 - Données incomplètes / l'hormonothérapie: type, dose, durée d'exposition
 - Augmentation du risque avec l'âge et la durée de l'hormonothérapie
 - Impact à long terme ?

Breast cancer risk in transgender people receiving Hormone treatment:nationwide cohort study in the Netherlands de blok et al. BMJ 2019

- ***Incidence et caractéristiques du cancer du sein chez les personnes trans / population générale***
 - Etude de cohorte rétrospective et nationale (1972-2016)
 - 2260 femmes trans et 1229 hommes trans
 - Moyenne durée H : 13 ans pour F trans et 8 ans pour H trans
- ***Femmes trans : 15 cas de K***
 - Taux de K invasifs 46 fois > aux hommes cis mais < (x 3) à celui des femmes cis
 - Majorité des K diagnostiqués en moyenne 18 ans après le début Httt, vers 50 ans
 - Caractéristiques des K ≈ identiques à ceux des femmes cis : CI TNS RH+ Her2 -

PATHOLOGIES MAMMAIRES SOUS HORMONOTHERAPIE

- **Symptomatologie clinique**
 - Mastodynies, masse, écoulement
- **Bilan diagnostique**
 - Identique à celui des femmes cisgenres
 - Fonction de la clinique, de l'âge et des ATCD
 - Mammographie
 - Echographie
 - IRM
 - Biopsies per-cutanées

DEPISTAGE DU CANCER DU SEIN

- **Variabilité dans les recommandations selon les sociétés savantes**
 - La plupart : cut off point = 5 ans d'hormonothérapie
 - Parallélisme avec femmes cis ménopausées : ↑ risque K sein après > 5 ans d'hormonothérapie
 - Pas de recherche spécifique dans population transgenre
 - ACR : stratification en fonction du nombre d'années d'hormonothérapie et des facteurs de risque
- **Pas de consensus ni guidelines clairement établis**
- **Manque de précision**
 - Examen clinique
 - Type d'examen d'imagerie
 - Mammographie: incidences?
 - Rythmicité
- **Nécessité études prospectives à grande échelle**

CUT OFF POINT = 5 ANS D'HORMONOTHERAPIE

- **Pas de dépistage en imagerie si pas d'hormonothérapie ou hormonothérapie < 5 ans**
 - Risque de K du sein au cours de la vie = hommes cis
 - Examen clinique?
- **≥ 5 ans d'hormonothérapie**
 - Mammographie à partir de 50 ans (UCSF et Fenway Health) / 40ans (Endocrine Society)
 - Rythmicité discutée : biennale/annuelle
- **Mais parfois encore plus flou**
 - Pas de précision du nombre d'année d'hormonothérapie
 - « comme les femmes cisgenres »

AMERICAN COLLEGE OF RADIOLOGY

- **Approche différente**
 - Stratification en fonction du nombre d'années d'hormonothérapie et des facteurs de risque
 - Classification en 8 situations
 - Littérature limitée
- **Patiente ≥ 40 ans à risque moyen de K avec ≥ 5 ans d'Httt (utilisation actuelle ou passée)**
 - **Mammographie numérique / Tomosynthèse**
 - Recommandations basées en part sur article néerlandais de 2019
 - Taux de K invasifs 46 fois $>$ aux hommes cis
 - Sur une durée d'hormonothérapie relativement courte
 - **Pas consensus sur la rythmicité**
 - **Place de l'échographie mammaire ? En adjonction à la Mg**

AMERICAN COLLEGE OF RADIOLOGY

- **Patiente \geq 25-30 ans à risque $>$ à la moyenne avec \geq 5 ans d'Httt (actuelle ou passée)**
 - **Mammographie numérique / Tomosynthèse**
 - ATCD personnel de K du sein
 - Irradiation thoracique entre 10 et 30 ans
 - Mutation génétique personnel
 - ATCD familiaux de cancer du sein ou de l'ovaire
 - Patiente non testée ayant un parent au premier degré avec prédisposition génétique
 - **Pas consensus sur l'âge de début ni la rythmicité**
 - Identique aux recommandations ACR pour les femmes cis?
 - Mammographie de dépistage annuel débutée 10 ans l'âge le cas familial (pas avant 30 ans)
 - 8 ans après la radiothérapie (pas avant 25 ans)
 - **Place de l'échographie?**

AMERICAN COLLEGE OF RADIOLOGY

- **Patiente à risque moyen sans hormonothérapie ou < 5 ans: Pas de mammographie**
 - Risque K sein identique aux hommes cisgenres
 - Place de l'échographie?

- **Patiente à risque > à la moyenne sans d'hormonothérapie ou < 5 ans**
 - **Mammographie conseillée par ACR**
 - Place de l'échographie?

QUID DE L'IRM

- **Données probantes insuffisantes**
 - A discuter au cas par cas
- **IRM sans injection**
 - Etude des prothèses : suspicion de rupture
- **IRM avec injection**
 - Dépistage chez patientes mutées
 - Augmentation mammaire par injection de particules libres
 - Silicone, huile minérale, paraffine liquide, vaseline
 - Fibrose et granulome d'injection : masque tissu mammaire en mammographie et échographie

HOMMES TRANSGENRES

TRAITEMENTS DE REASSIGNATION

▪ Terminologie

- Assignée femme à la naissance mais homme en identité de genre
- Transition variable: traitements médicaux et chirurgicaux d'affirmation du genre

▪ Hormonothérapie

- Testostérone

▪ Chirurgie mammaire

- « Top surgery »
 - Mastectomie bilatérale : pas forcément radicale comme MT prophylactique des F cis mutées
 - Persistance de tissu mammaire en quantité +/- importante
 - Conservation ou non de la plaque aréolo-mamelonnaire, réimplantation mamelonnaire
- Mammoplastie de réduction
- Conservation des seins

BILAN SENOLOGIQUE : CAS PARTICULIERS

- **Avant mastectomie : Pas de consensus**
 - Laissé à l'appréciation du chirurgien
 - Fonction de l'âge et des facteurs de risque de K du sein
 - Examen clinique
 - Mammographie, échographie, IRM
- **Si symptômes cliniques suspects chez homme trans avec mastectomie totale**
 - Bilan d'imagerie identique aux hommes cis

Breast cancer risk in transgender people receiving Hormone treatment:nationwide cohort study in the Netherlands de blok et al. BMJ 2019

- ***Incidence et caractéristiques du cancer du sein chez les personnes trans / population générale***
 - Etude de cohorte rétrospective et nationale (1972-2016)
 - 2260 femmes trans et 1229 hommes trans
 - Moyenne durée H : 13 ans pour F trans et 8 ans pour H trans
- ***Hommes trans : 4 cas de K***
 - Plus faible population : 4 K < taux inférieur à celui attendu pour les femmes cisgenres
 - Risque K sein donc inférieur chez hommes trans que chez femmes cis
 - En moyenne vers 47 ans

DEPISTAGE DU CANCER DU SEIN

- **Hommes transgenres sans chirurgie thoracique : recommandations= femmes cis**
 - **Risque de K sein identique aux F cis, indépendamment du ttt H masculinisant**
- **Variabilité dans les recommandations selon les sociétés savantes**
 - Stratification en fonction du risque de chirurgie thoracique : pas toujours
 - Réduction T mammaire pour apparence masculine : prévalence T mammaire résiduel?
- **Pas de consensus ni guidelines précis clairement établis**
 - Examen clinique annuel
 - Type d'examen d'imagerie
 - Rythmicité
- **Nécessité études prospectives à grande échelle**

AMERICAN COLLEGE OF RADIOLOGY

- **Approche différente**

- Stratification en fonction du type de chirurgie mammaire et des facteurs de risque

- **Mastectomie bilatérale « Top surgery » : Pas de mammographie**

- Chirurgie d'affirmation du genre : mastectomie souvent sub-totale
- Tissu mammaire résiduel susceptible de développer K
- Estimation du risque de K dérivée des femmes cis à haut risque MT prophylactique
- < 2%

- Pas d'IRM
- **Place de l'échographie**
 - Extrapolation/ femmes cis avec ATCD K sein
 - Quelques études rétrospectives : utilité échographie après MT

AMERICAN COLLEGE OF RADIOLOGY

- **Mammoplastie de réduction ou pas de chirurgie, et risque K moyen (< 15% sur la vie)**
 - **Mammographie numérique / Tomosynthèse annuelle**
 - ≥ 40 ans et tant que l'espérance de vie dépasse 5 à 7 ans
 - Risque K identique aux femmes cis
 - Pas de dépistage IRM
 - **Place d'échographie mammaire**
 - Seins denses : utile dans détection K en complément de la Mg

AMERICAN COLLEGE OF RADIOLOGY

- **Mammoplastie de réduction ou pas de chirurgie, ≥ 30 ans et risque intermédiaire**
 - **Mammographie numérique / Tomosynthèse annuelle**
 - **Risque intermédiaire**
 - ATCD personnel de K du sein, de néoplasie lobulaire, d'HCA
 - Risque de K sein de 15-20 % au cours de la vie
 - **Place de l'IRM : à discuter au cas par cas**
 - **Place d'échographie mammaire**
 - Seins denses : complément utile dans détection K en complément de la Mg

AMERICAN COLLEGE OF RADIOLOGY

- **Mammoplastie de réduction ou pas de chirurgie, \geq 25-30 ans et risque élevé**
 - **Risque élevé identique à celui des femmes cis à haut risque**
 - Mutation personnelle prouvée
 - Irradiation thoracique entre 10 et 30 ans
 - Patiente non testée ayant un parent au premier degré avec prédisposition génétique personnelle
 - Risque de K sein \geq 20% au cours de la vie
 - **Place de l'IRM : comme femmes cis à haut risque**
 - **Mammographie numérique / Tomosynthèse annuelle**
 - Identique aux recommandations ACR pour les femmes cis
 - Mammographie de dépistage annuel débutée 10 ans l'âge le cas familial (pas avant 30 ans)
 - 8 ans après la radiothérapie (pas avant 25 ans)
 - **Place d'échographie mammaire**
 - en complément de la M

SYNTHESE

FEMMES TRANSGENRES

- *EXAMEN CLINIQUE ANNUEL*
- **CUT OFF POINT : HORMONOTHERAPIE 5 ANS**
- **\geq 5 ANS HORMONOTHERAPIE ET RISQUE MOYEN K SEIN**
 - **MAMMOGRAPHIE BILATERALE BIENNALE +/- ECHOGRAPHIE \geq 50 ANS**
- **\geq 5 ANS HORMONOTHERAPIE ET RISQUE $>$ MOYEN K SEIN**
 - **MAMMOGRAPHIE BILATERALE ANNUELLE/BIENNALE +/- ECHOGRAPHIE**
 - **Age de début : fonction des FDR**
- **5ANS HORMONOTHERAPIE ou $<$ 5 ANS HORMONOTHERAPIE**
 - **PAS D'IMAGERIE**
- **PLACE DE L'IRM : haut risque, injection intra-mammaire de particules libres**

HOMMES TRANSGENRES

- *EXAMEN CLINIQUE ANNUEL*
- **TOP SURGERY= MASTECTOMIE SUB-TOTALE**
 - **PAS DE MAMMOGRAPHIE**
 - **ECHOGRAPHIE**
- **MAMMOPLASTIE DE REDUCTION OU ABSENCE DE CHIRURGIE ET RISQUE MOYEN K SEIN**
 - **MAMMOGRAPHIE BILATERALE BIENNALE +/- ECHOGRAPHIE \geq 50 ANS**
- **MAMMOPLASTIE DE REDUCTION OU ABSENCE DE CHIRURGIE ET RISQUE INTERMEDIAIRE/ELEVE K SEIN**
 - **MAMMOGRAPHIE BILATERALE ANNUELLE/BIENNALE +/- ECHOGRAPHIE**
 - **Age de début : Fonction des FDR**
- **PLACE DE L'IRM : haut risque en l'absence de chirurgie radicale**

BIBLIOGRAPHIE

- Breast Cancer Screening Recommendations for Transgender Patients: A Review. Suarez A, et al. Mayo Clin Proc. 2024
- ACR Appropriateness Criteria Transgender Breast Cancer Screening. Expert panel on breast Imaging, et al. J. Am Coll Radiol 2021
- Breast cancer risk and screening in transgender persons: a call for inclusive care. Clarke C, et al. Ann Surg Oncol 2022
- Breast cancer risk in transgender people receiving hormone treatment: nationwide cohort study in the Netherlands. de Blok CJM, et al. BMJ 2019
- Transgender Patient Screening Breast Cancer Risk Assessment and screening Recommendations. Kiely D. Clin J Oncol Nurs. 2017
- Breast cancer in transgender patients: a systematic review. Part 1: Male to female. Hartey R. L., et al. Eur J Surg Oncol. 2018
- Breast cancer in transgender patients: a systematic review. Part 2: Female to male. Stone J.P., et al. Eur J Surg Oncol. 2018
- Breast cancer in male-to-female transsexuals: use of breast imaging for detection. Maglione K.D. AJR 2014
- Breast imaging in the transgender patient. Phillips J. et al. AJR 2014

CONGRÈS ANNUEL
SIFEM 2025
12 > 14 JUIN | CNIT FOREST PARIS



CORINNE BALLEYGUIER & ISABELLE THOMASSIN-NAGGARA

Responsabilité

Eco responsabilité

Sein / Gynecologie

Personnalisation

Innovations

Risque

Eco soins