

CONGRÈS ANNUEL DE LA

SIFEM 2024

LA CITE DES CONGRES
DE NANTES

IMAGERIE DE LA FEMME VOIR PLUS LOIN

ISABELLE DOUTRIAUX-DUMOULIN
LAURENCE VILCOT
DELPHINE GEFFROY

WWW.SIFEM2024.FR

 **SIFEM** Société d'Imagerie
de la Femme




divine id

CONGRÈS ANNUEL DE LA
SIFEM 2024
13-15 JUIN NANTES
WWW.SIFEM2024.FR



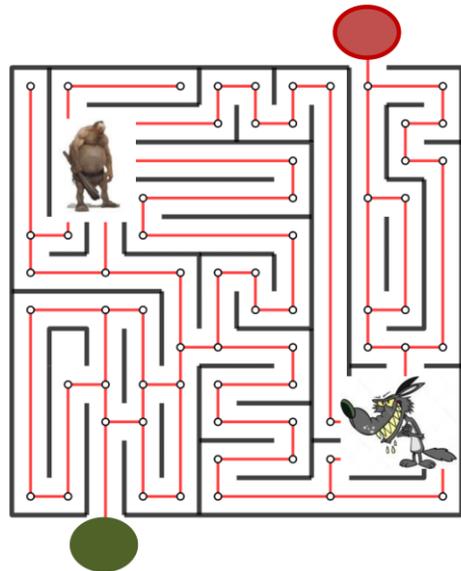
**Le bilan pré-thérapeutique : étape préalable à
l'optimisation thérapeutique**

**CHIRURGIE OU CHIMIOThERAPIE PREMIERE:
DECISION PARTAGEE?**

Pr Jean-Sébastien FRENEL
Dr Victoire BRILLAUD-MEFLAH
ICO Saint-Herblain

ENJEUX

Diagnostic de cancer du sein infiltrant localise



Guérison



Le moins de séquelles possible
Traitement le moins lourd possible

CONTEXTE CHIRURGIE

Stratégies de plus en plus complexes et personnalisées

- Evolution des techniques chirurgicales (oncoplastie)
- Evolution des indications (de plus en plus de MRI même si traitements adjuvants)
- Désescalade dans la chirurgie axillaire (de moins en moins de curage axillaire)

CONTEXTE ONCOLOGIE MEDICALE

Evolution des objectifs du traitement néoadjuvant

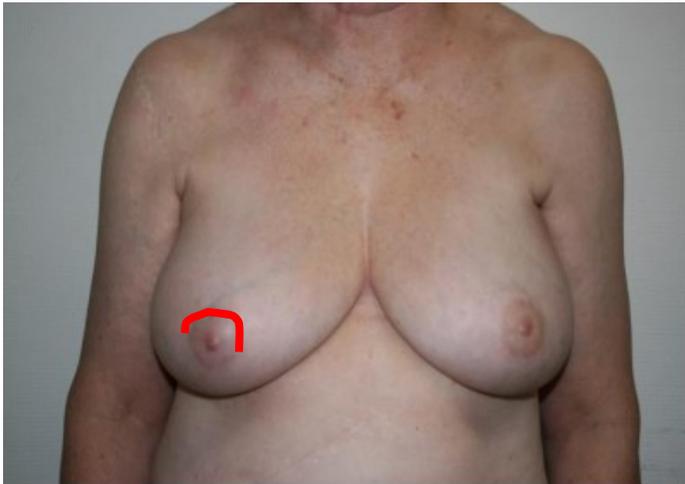
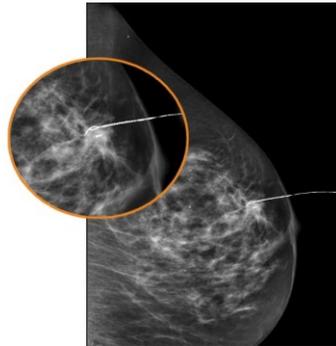
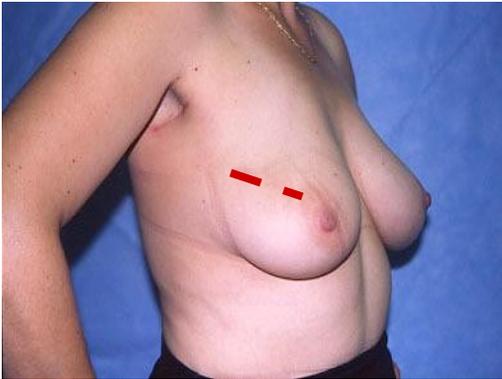
- Conservation mammaire mais pas que...
- Un moyen de tester la chimiosensibilité et de personnaliser le traitement post néoadjuvant pour améliorer le pronostic (escalade thérapeutique) et aussi de diminuer les potentielles séquelles

Entre Escalade et Désescalade thérapeutique

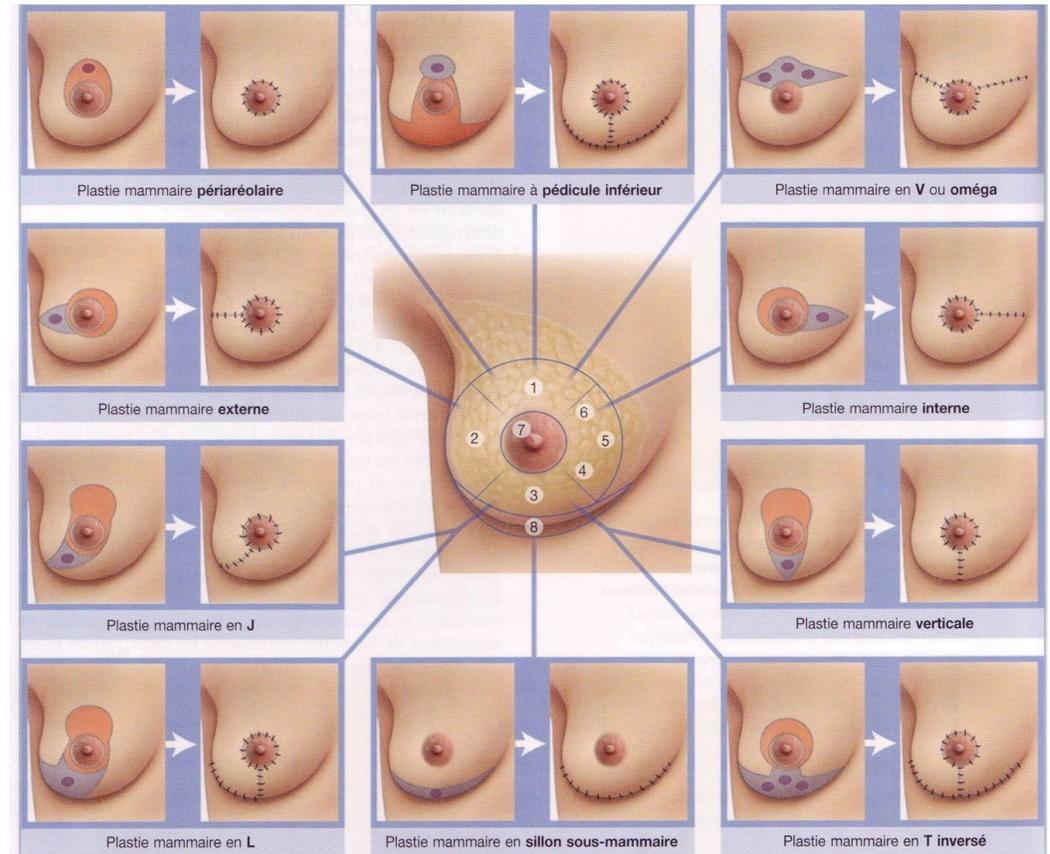
En chirurgie: quelle technique choisir?

Pour le sein

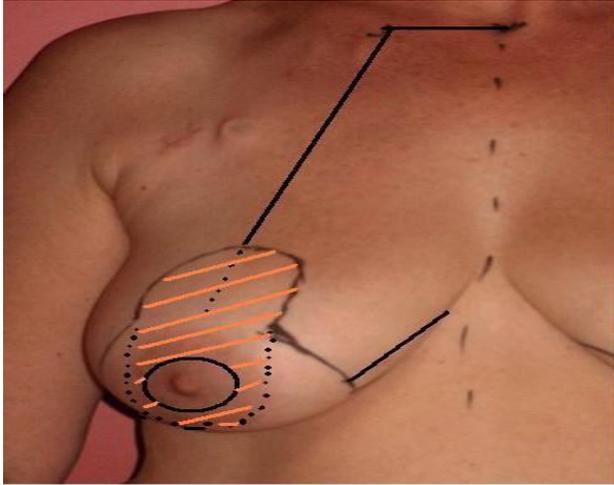
- Zonectomie ou tumorectomie simple



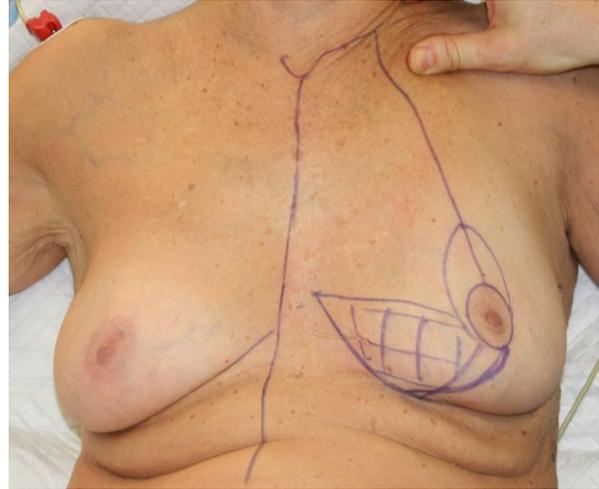
- Oncoplastie: différentes techniques en fonction de la localisation



**Plastie à pédicule
supérieur en T inversé**



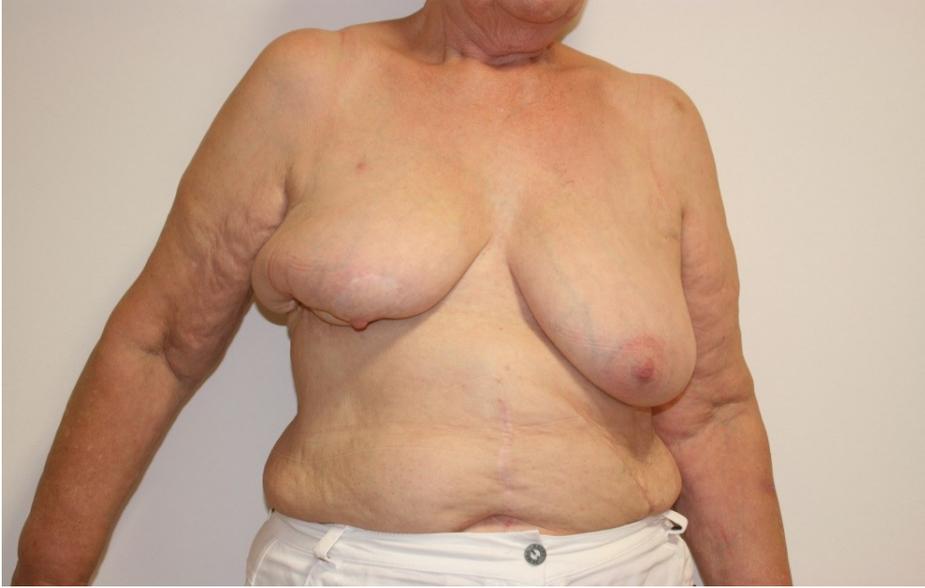
**Lambeau de rotation
externe**



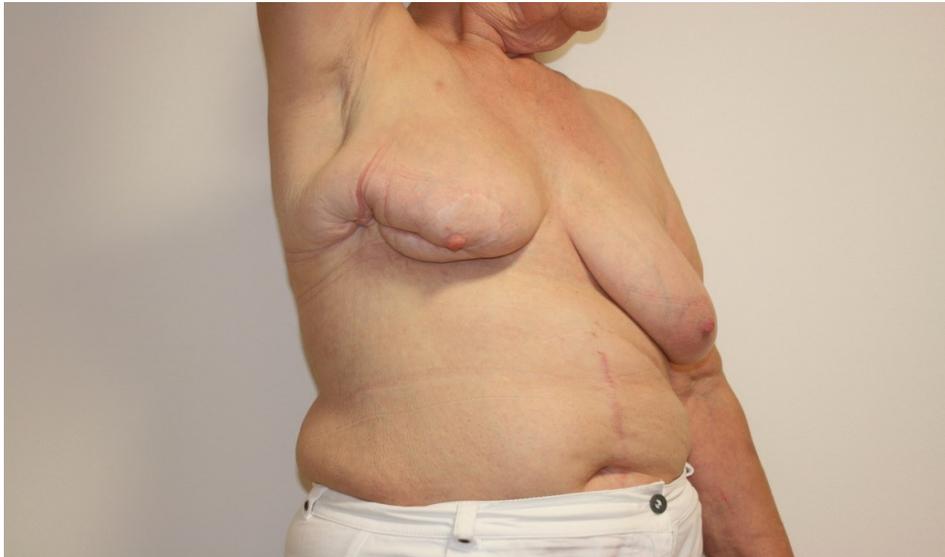
Plastie externe



Pourquoi le choix de la technique est-il important?



Pour une exérèse
carcinologique de
qualité



Pour éviter
Les **SETC**:
Séquelles
Esthétiques des
Traitements
Conservateurs



- Indication de Mastectomie

Mastectomie simple



Mastectomie RMI sans conservation
PAM (plaque aréolo-mamelonnaire)
SSM (Skin Sparing Mastectomy)



Mastectomie RMI avec conservation
PAM
NSM (Nipple Sparing Mastectomy)



Pour le creux axillaire

• GAS ou CA ACOSOG Z0011



The NEW ENGLAND
JOURNAL of MEDICINE

ESTABLISHED IN 1812

APRIL 4, 2024

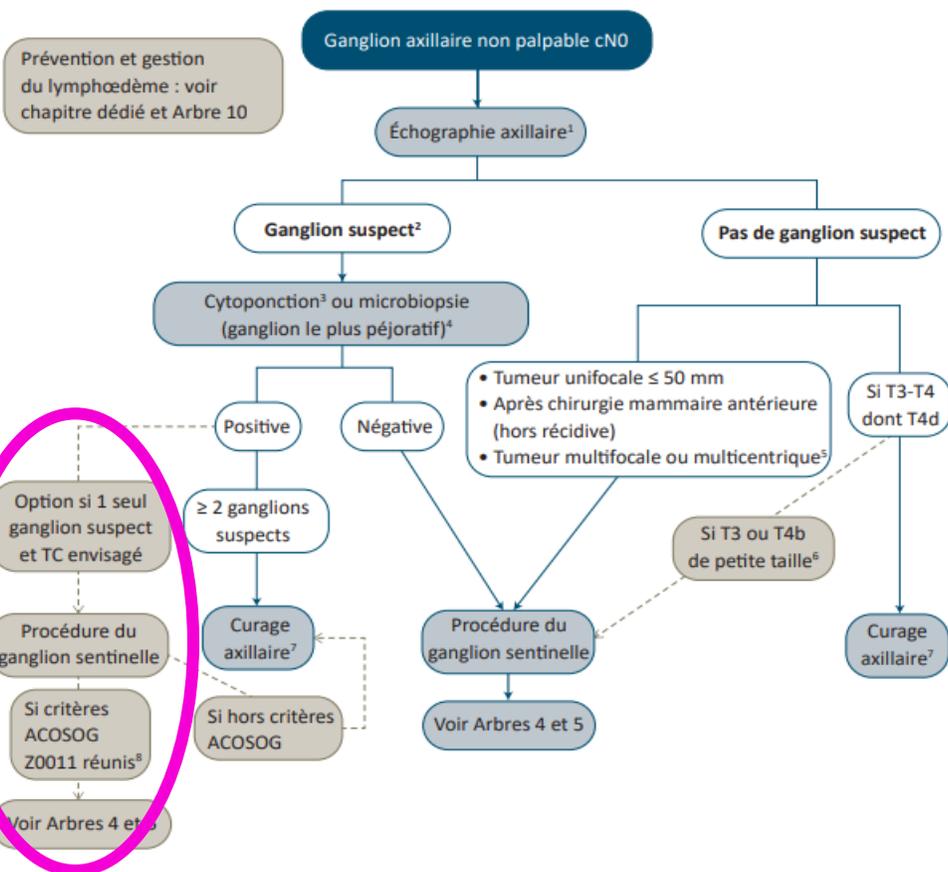
VOL. 390 NO. 13

Omitting Axillary Dissection in Breast Cancer
with Sentinel-Node Metastases

SENO MAC

Extension:

- Mastectomie
- T > 5 cm
- Homme
- Rupture extracapsulaire



⁸ cT1-T2 N0, traitement conservateur, et traitement systémique adjuvant associé.

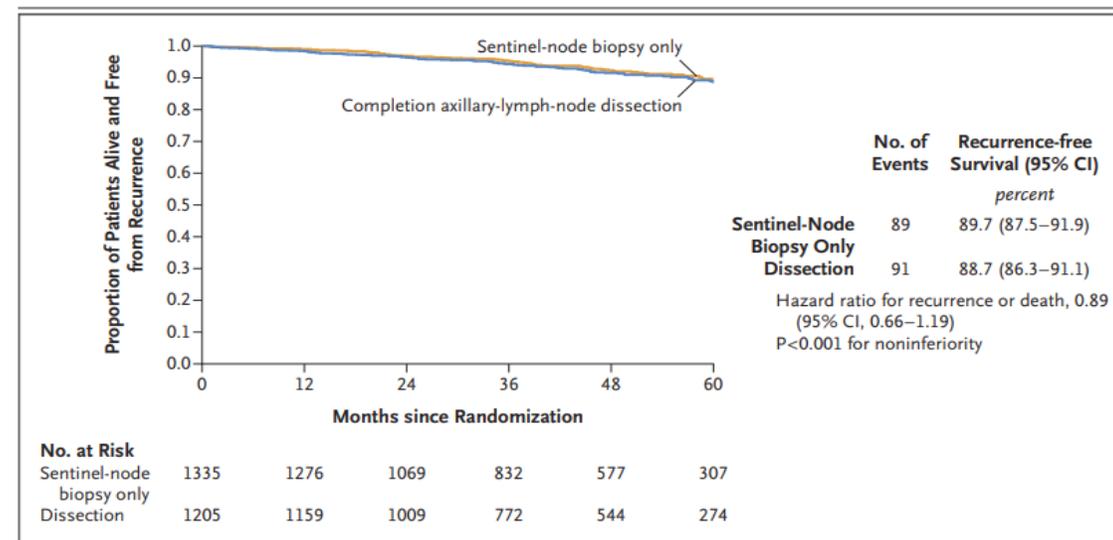
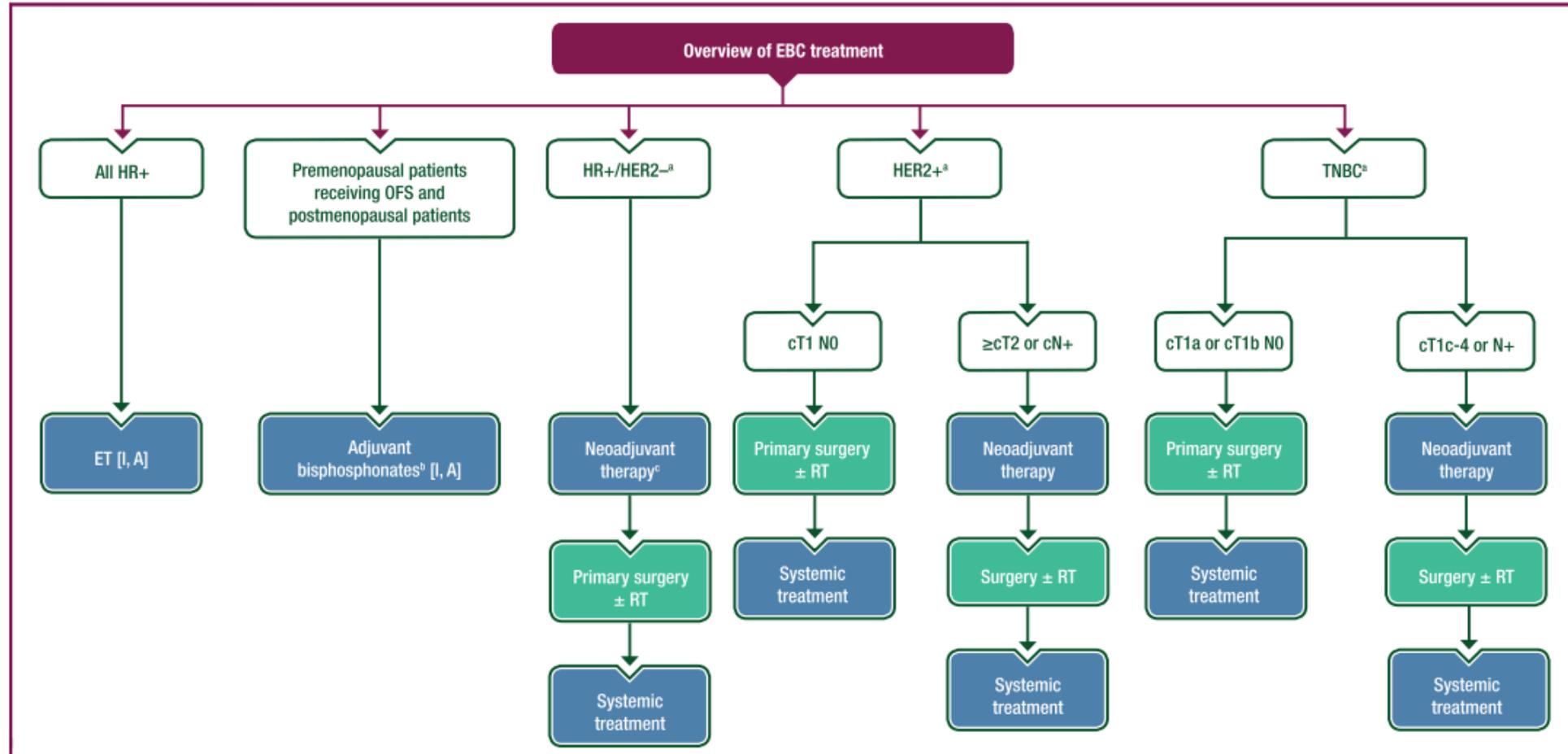


Figure 2. Recurrence-free Survival (Per-Protocol Population).

Shown are Kaplan–Meier curves for the secondary end point of recurrence-free survival.

- Pour le geste chirurgical: informations indispensables pour poser la bonne indication:
 - **Taille lésionnelle** (3 dimensions antéro-postérieure, transversale, hauteur)
 - **Localisation**: quadrant, retroaréolaire, distance/PAM
 - Foyer de **microcalcifications**: taille ++, localisation / PAM
 - **Lésion(s) additionnelle(s)**, contigue(s) ou non?
 - **Exploration axillaire**: ganglion(s) suspect(s)? combien?

INDICATION CT NEOADJUVANTE

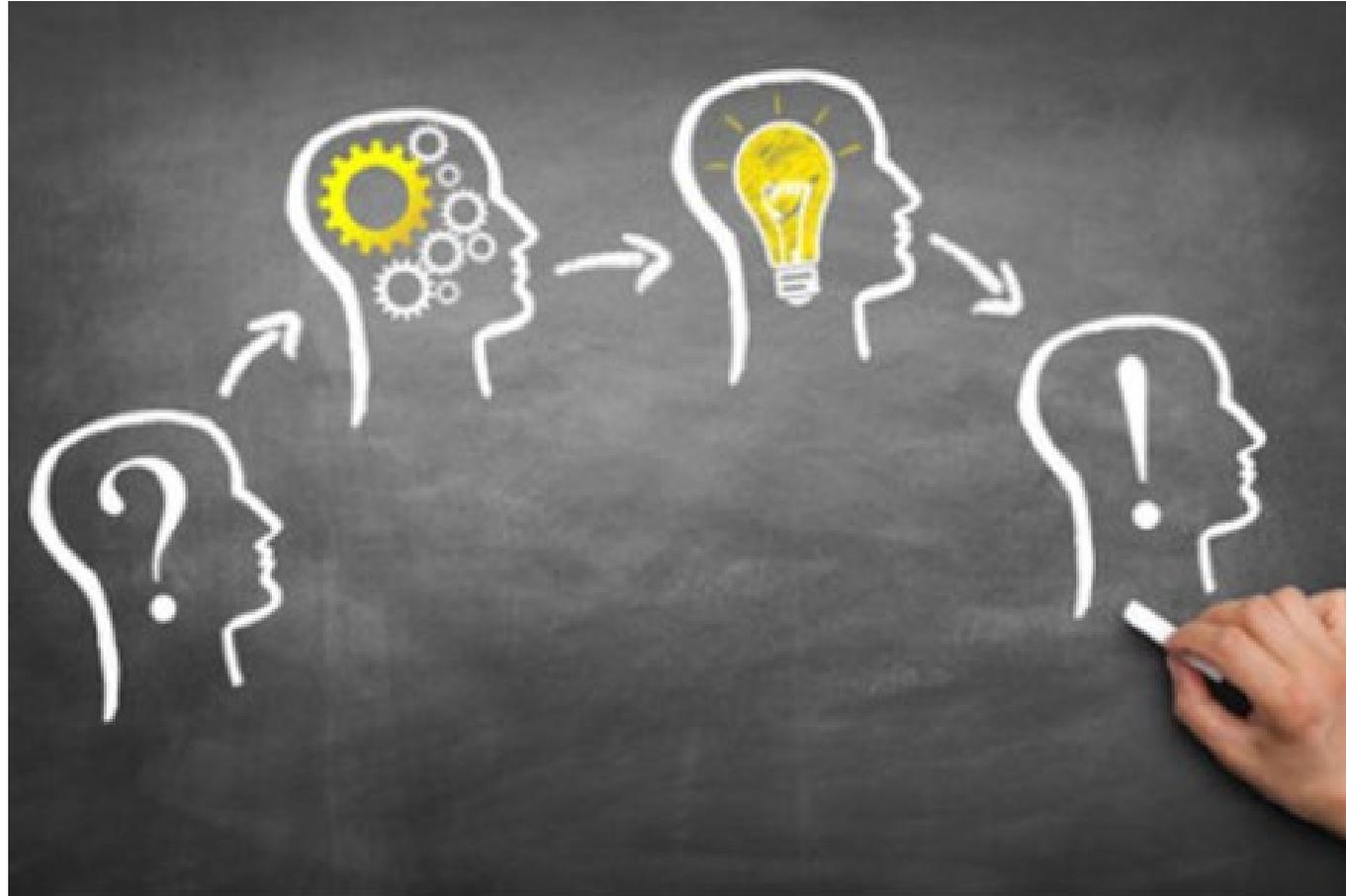


INDICATION TRAITEMENT ADJUVANTS

De la prise en charge initiale, dépend l'accès potentiel à certains traitements adjuvants

- Olaparib si TNBC non en pCR, si tumeur N2, score CPS EG
- Abemaciclib si N2, ou N+ grade III et ou $\geq T3$

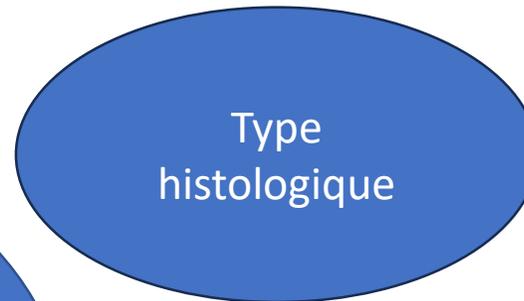
Comment décide-t-on?



CONSULTATION LOTUS

- Cs multidisciplinaire:

- Oncologue
- Chirurgien
- Radiologue



**Optimisation
parcours de soin**



CAS CLINIQUE N°1

Me B. 65 ans

- Adressée pour prise en charge d'une masse ACR5 de l'union des quadrants inférieurs du sein droit

- Bonnet 100D Sein ptosé

MCC non décrites

Technique :

Mammographie unilatérale droite face et oblique externe (2 clichés numérisés)

Résultats :

Le sein droit de densité de type B

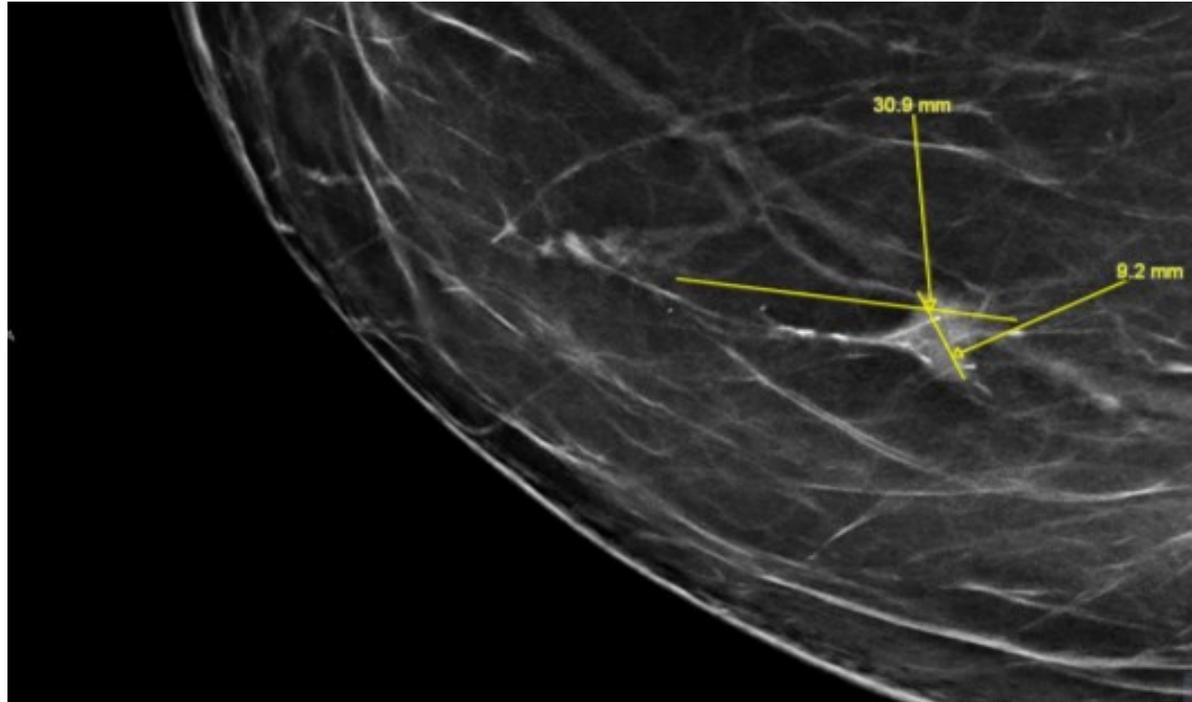
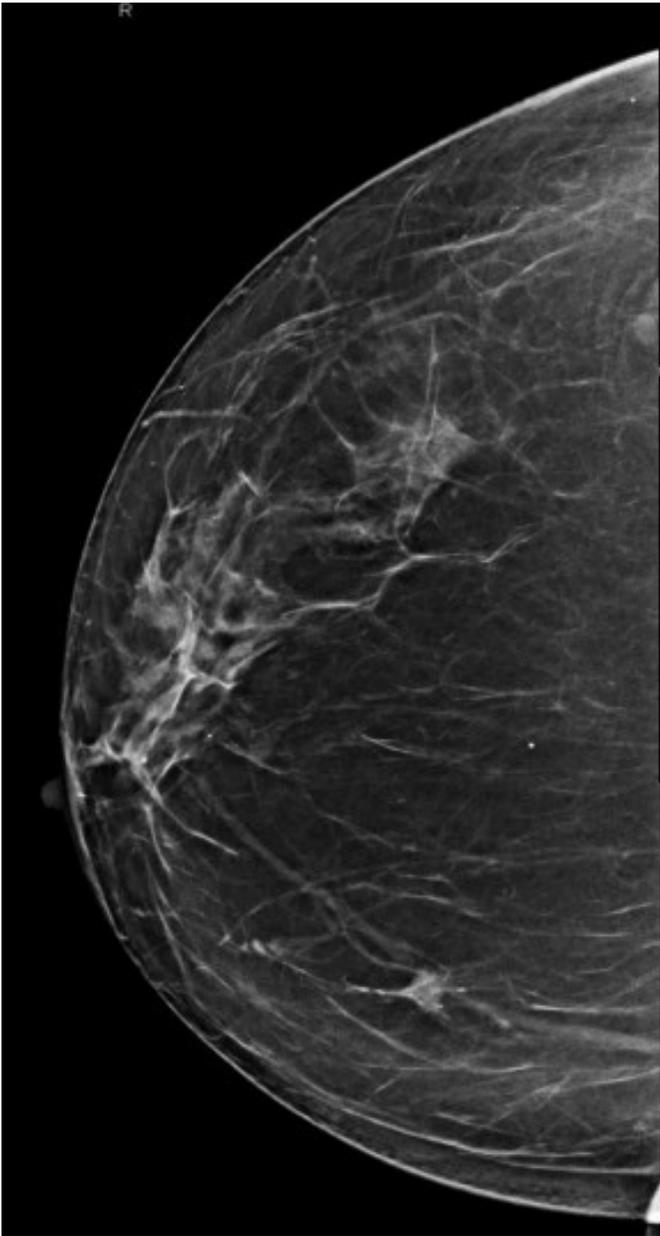
Augmentation de taille de la masse du quadrant inféro-interne, mesurée à 8,4 mm versus 5,9 mm, présentant des contours micro spiculés.

Pas d'autre masse apparue.

Échographie mammaire :

On retrouve la petite masse du quadrant inféro-interne, à limites de l'union des quadrants internes du sein droit, mesurée à 8,7 x 5,1 x 7,8 mm, hypoéchogène avec petit halo hyperéchogène, aux contours micro spiculés.

Relecture



Conclusion :

Sein droit : catégorie 5 du Bi-Rads (ACR).

- Absence d'adénomégalie ou ganglion axillaire suspect.

- Masse avec microcalcifications union des quadrants internes : masse 11 mm échographique. Microcalcifications en surimpression linéaires 30 x 10 mm.

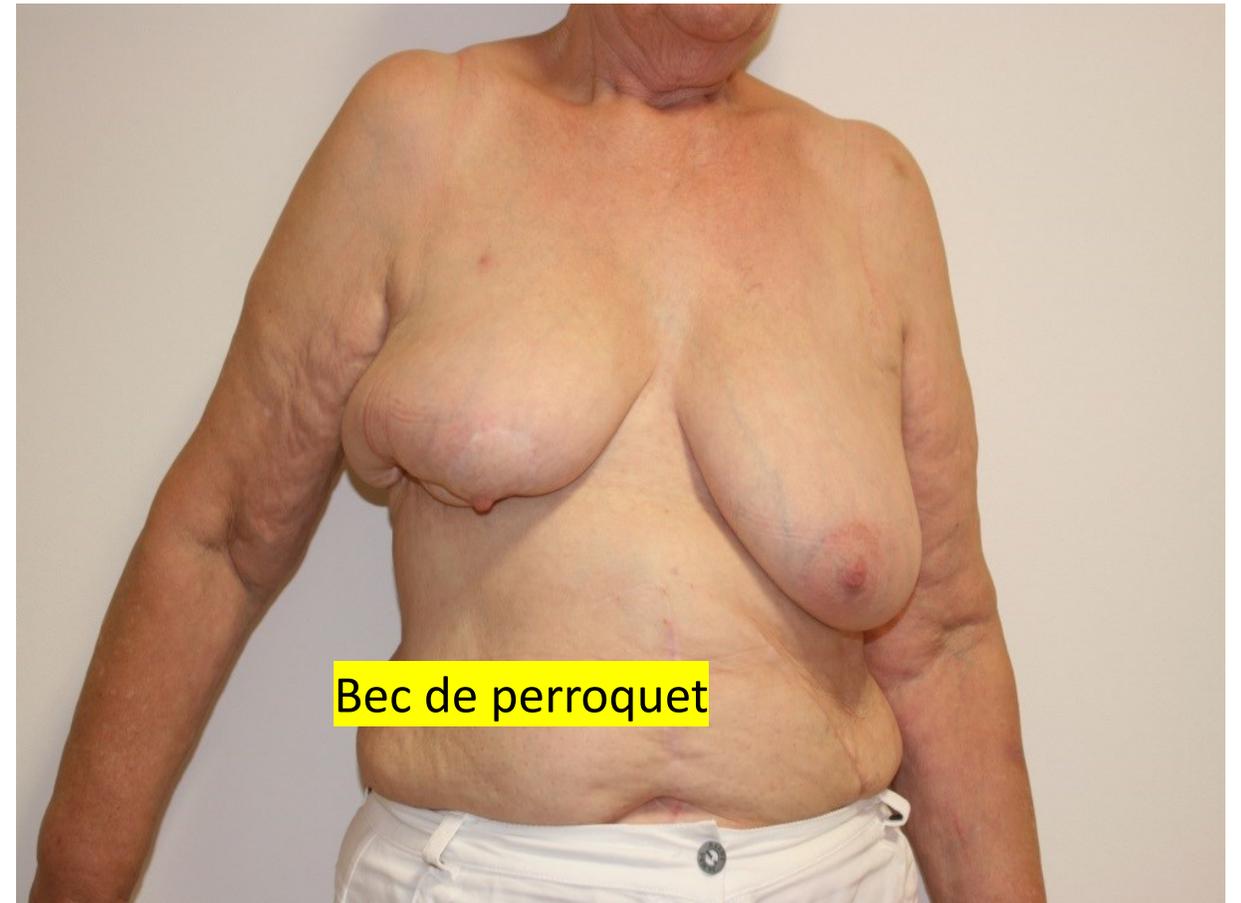
Sein gauche : catégorie 2 du Bi-Rads (ACR).

Impact sur la technique chirurgicale

Avant relecture

Risque ++ de reprise de berges

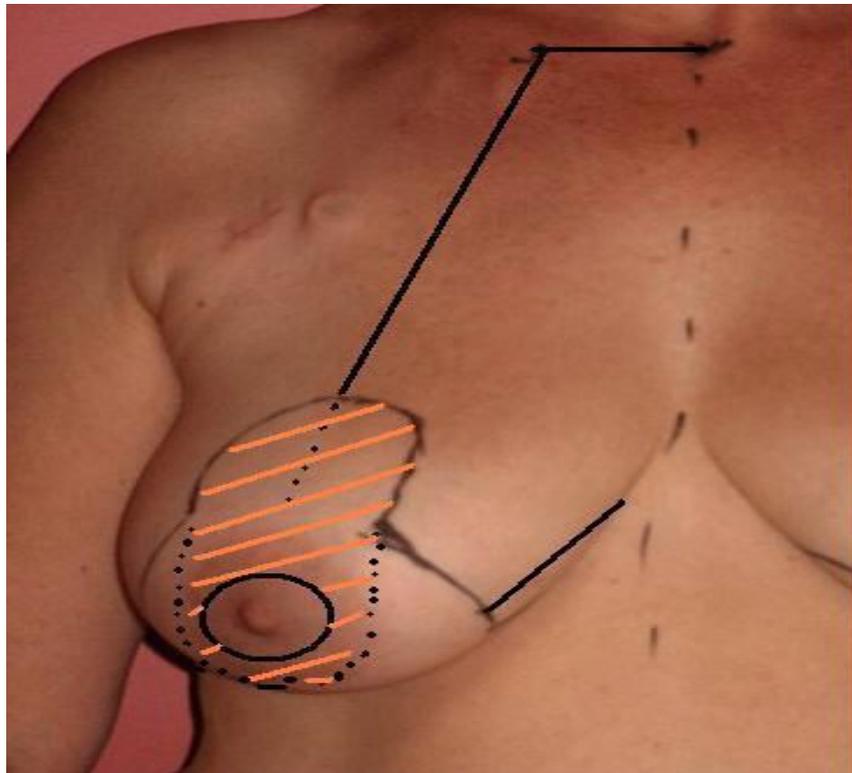
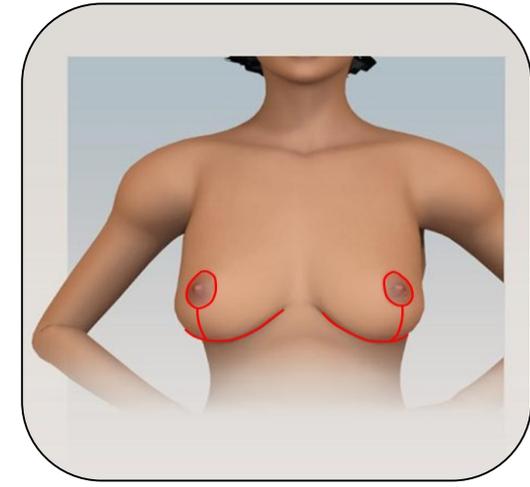
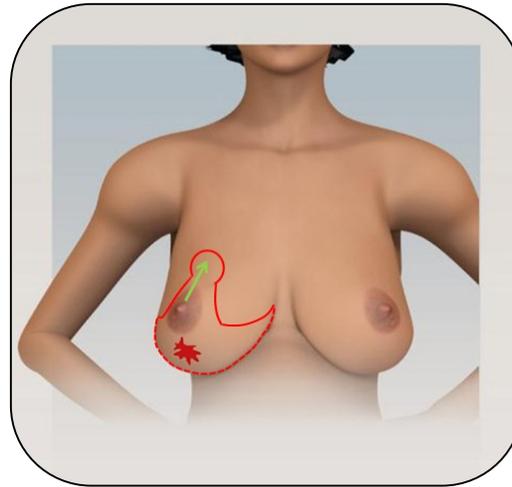
Risque de SETC (bec de perroquet)



Après relecture

Adaptation du geste : ONCOPLASTIE

Plastie à pédicule supérieur



Anapath finale

CONCLUSION :

- Tumorectomie dans le quadrant inféro-interne du sein droit + recoupe supérieure : carcinome canalaire infiltrant (type non spécifique) de 10 mm de grand axe.

Grade histopronostique mSBR = III (architecture : 2, noyaux : 3, mitoses : 3).

Absence d'embolie néoplasique.

Contingent de carcinome canalaire in situ de haut grade avec comédonécrose et microcalcifications, représentant 15% d'un ensemble **carcinome infiltrant + carcinome in situ**, d'environ 30 mm de grand axe.

Récepteurs des œstrogènes positifs - RE : 100%.

Récepteurs de la progestérone positifs - RP : 40%.

Statut HER2 positif (score 3+).

Index de prolifération Ki67 : 60%.

Etude des berges d'exérèse sur l'ensemble **tumorectomie + recoupe supérieure** :

Carcinome a plus de 14 mm des limites d'exérèse circonférentielles.

- Biopsie rétro-aréolaire droite : tissu mammaire d'aspect histologique normal.

CAS CLINIQUE N°2

Me B. 48 ans

Adressée pour un foyer de MCC QSE sein droit (taille non précisée)

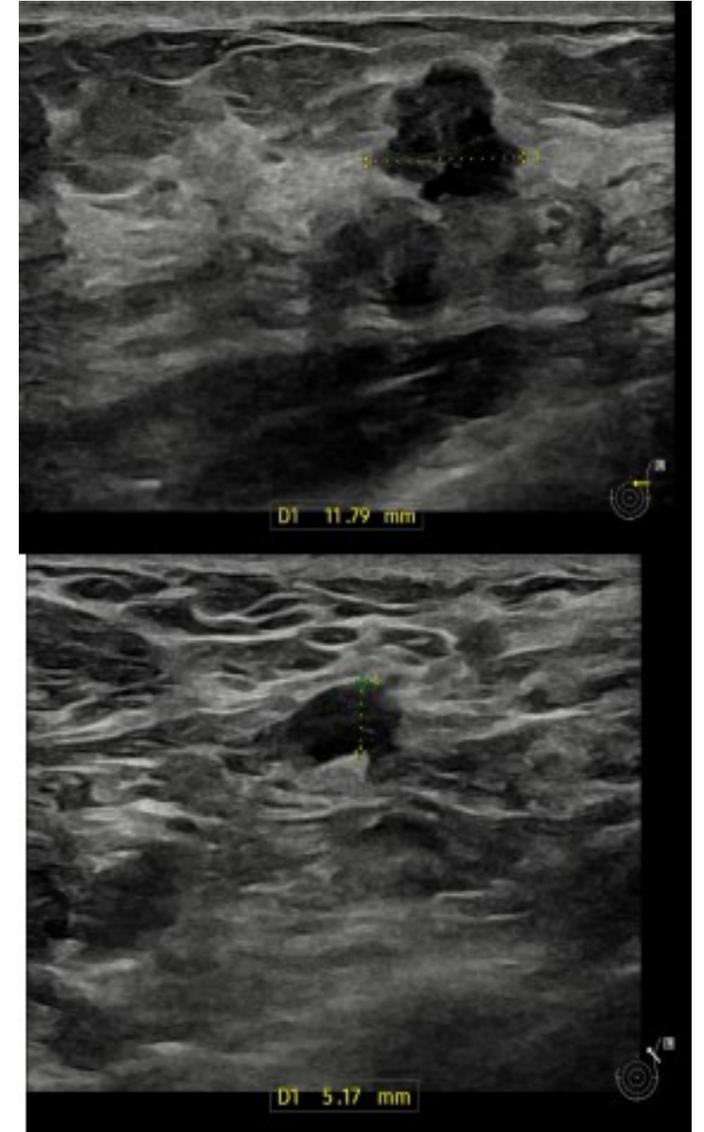
Macrobiopsies = CCIS de haut grade / Pas d'infiltration

Relecture Lotus:

- foyer de MCC : 48 x 80 mm à 18mm de la PAM
- echo: masse irrégulière suspecte 12x15X9mm
- ganglion à cortex épaissi à 5,2mm

Cytoponction ganglionnaire

Programmation IRM + echo second look



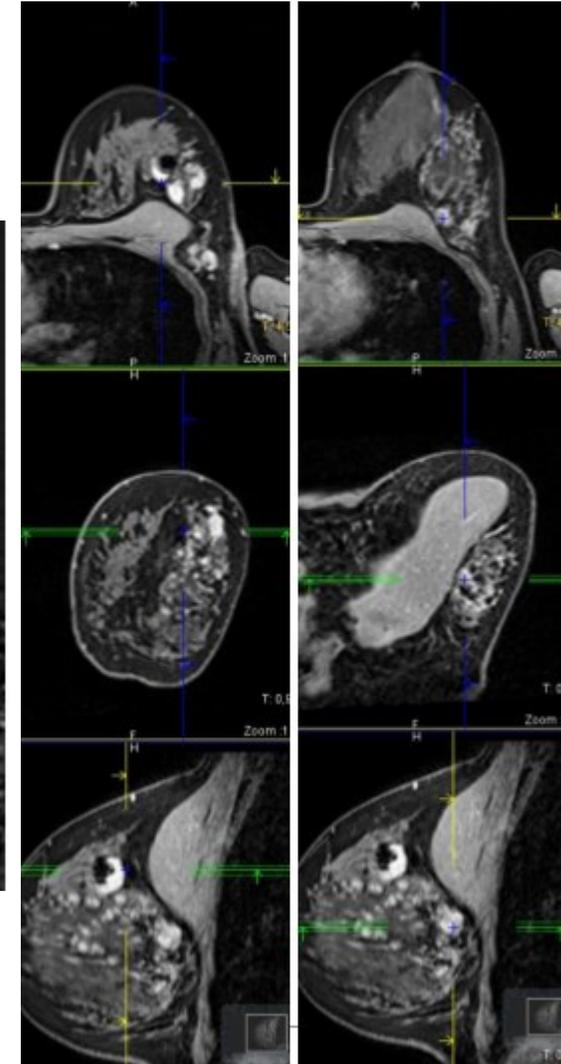
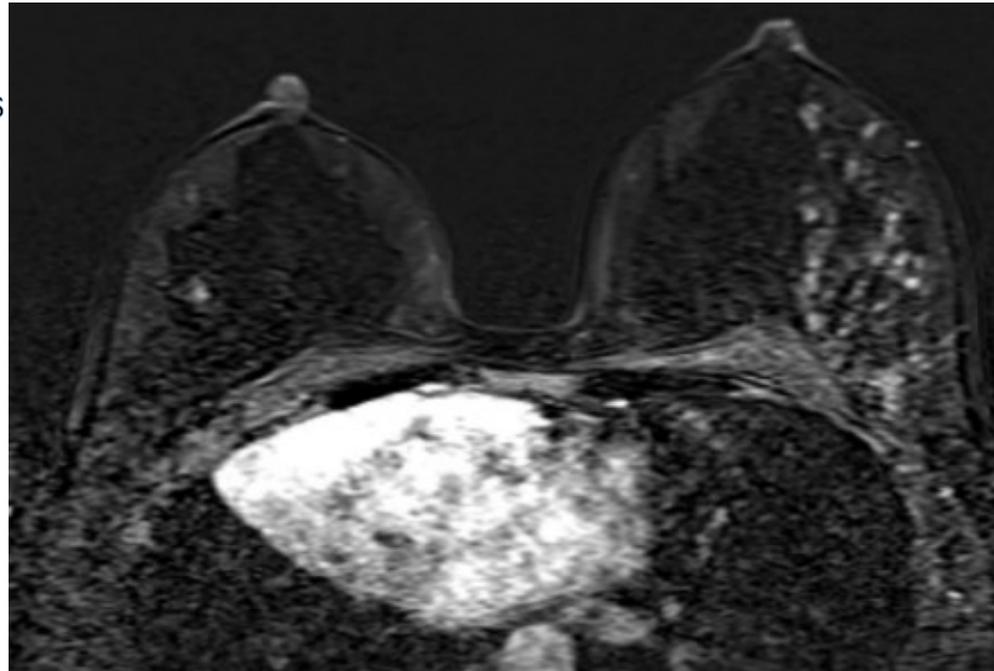
Cytoponction: peu cellulaire, amas de cellules suspectes → Composante infiltrante

Discussion radiologue/ chirurgien → intérêt d'une biopsie mammaire + nouvelle cytoponction

Sein gauche : catégorie 6 du Bi-rads (ACR) :

-Plusieurs masses contiguës du quadrant supéro-externe, suspectes de lésions carcinomateuses infiltrantes, associées à un rehaussement non masse touchant l'ensemble des quadrants externes (concordant avec les microcalcifications mammographiques), avec une étendue lésionnelle évaluée à **104 x 42 x 80 mm**, venant à 11 mm de la PAM. Pas de signe d'atteinte cutanée ni pectorale.

-Plusieurs ganglions axillaires gauches de l'étage 1 de Berg suspects.



Microbiopsie masse + cytoponction

CONCLUSION :

- Biopsie du quadrant supéro-externe du sein gauche : CARCINOME CANALAIRE INFILTRANT, de type non spécifique selon l'OMS 2019.

Grade histopronostique mSBR = II (différenciation : 3, anisocaryose : 2, mitose : 1).

Absence d'embolie carcinomateux.

Absence de carcinome canalaire in situ.

Récepteurs des œstrogènes : négatifs.

Récepteurs de la progestérone : expression non significative.

Statut HER2 positif (score 3+).

Index de prolifération Ki67 : 15%.

- Biopsie ganglionnaire axillaire gauche : prélèvement non représentatif, sans parenchyme ganglionnaire observé. Matériel ne rapportant que du tissu cellulo-adipeux et un revêtement épidermique de morphologie normale. Absence de processus tumoral.

- Cytoponction ganglionnaire axillaire gauche : présence de CELLULES CARCINOMATEUSES.



Indication de chimiothérapie néoadjuvante avec Herceptine
Indication posée de mastectomie curage à l'issue

CAS CLINIQUE N°3

Me C. 82 ans

Autopalpation masse axillaire D

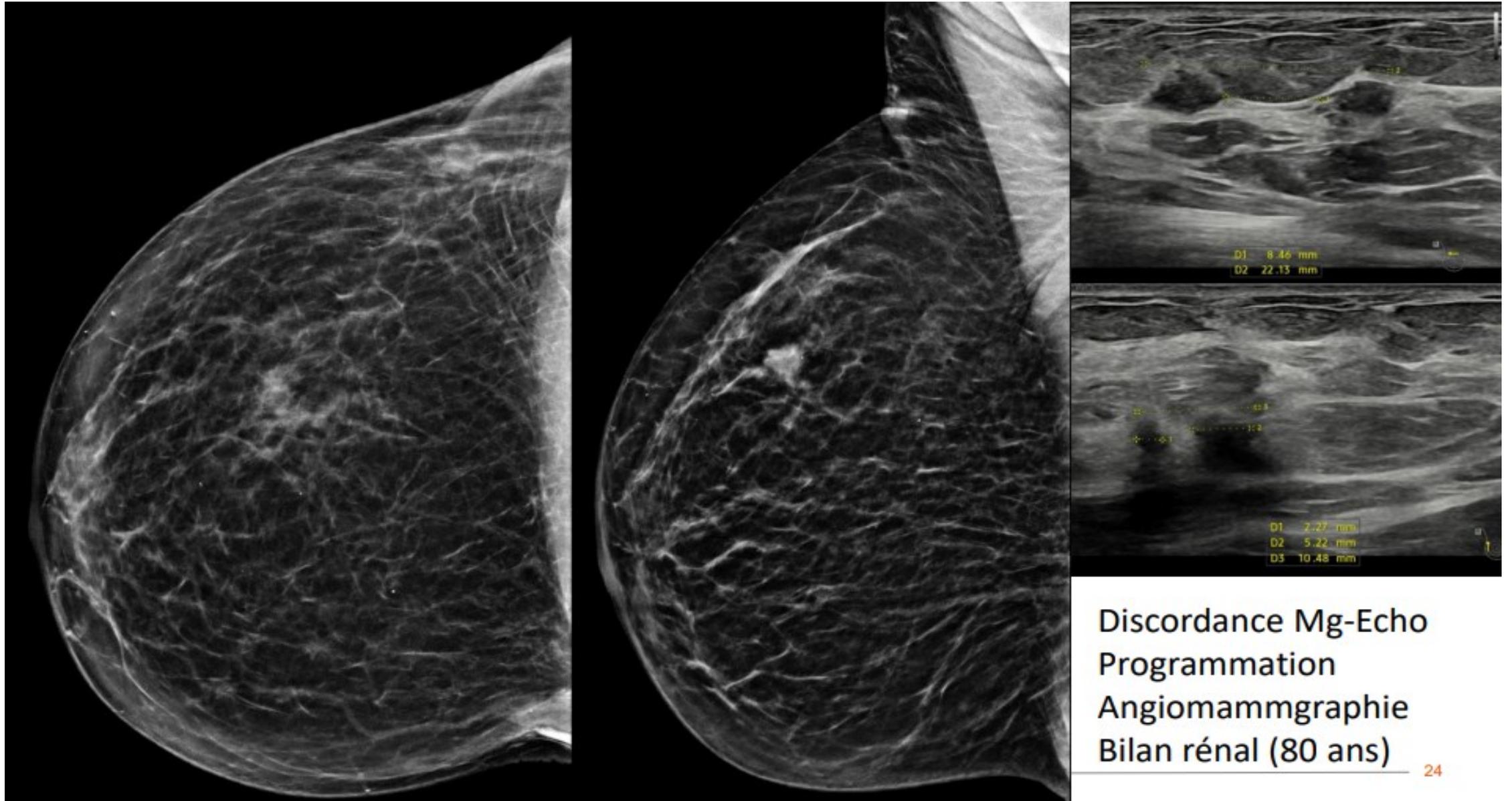
Microbiopsie nodule 10mm QSE + cytoponction ganglionnaire

Anapath= CITNS G3 RH- HER2+++ Ki67 40%

Pas de clichés ni de CR à la consultation

**Indication de CNA avec Herceptine posée car
HER2+++ et N+**

Relecture du bilan externe + tomo + echo



Discordance Mg-Echo
Programmation
Angiomammographie
Bilan rénal (80 ans)

Nouveau bilan d'imagerie LOTUS

- Mammo: masse irrégulière UQS 15mm
- Echo: suspicion multifocalité: 4 lésions suspectes QSE et UQE de moins de 2cm/ une seule adénomégalie avec perte du hile
- Réalisation de nouvelles microbiopsies sur 2 images distantes

CITNS GIII
RH-
HER2+++

CITNS GII
Triple négative

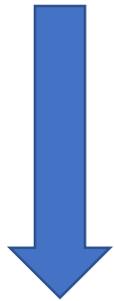
Quel traitement???

HERCEPTINE OU PEMBROLIZUMAB

Nouvelle biopsie ganglionnaire

Angiomammographie pour bilan taille lésionnelle

Biopsie
ganglionnaire:
TRIPLE NEGATIF



PEMBROLIZUMAB

Angiomammographie

- A droite: ensemble lésionnel 43x33x28mm
- A gauche: réhaussement non masse 11mm QSI



Microbiopsie = CLI GII RH+ HER2-
Clip posé

Prise en charge finale

- Chimiothérapie néoadjuvante avec Immuno
- Chirurgie:
 - mastectomie curage à droite
 - Chirurgie conservatrice avec GAS à gauche
- Radiothérapie

CONCLUSION

- **Exhaustivité du bilan d'imagerie**
 - Ganglions suspects ponctionnés, parfois biopsie nécessaire en cas de double histologie
- **Evaluation de la taille même si la taille clinique permet de basculer dans certains indications**
- **Toutes les caractéristiques histologique doivent être connues avant la décision (HER2)**
- **Désir de la patiente et état général de la patiente**

