

## **Patients characteristics**

Age

Menopausal status: premenopausis; postmenopausis;perimenopausis, unknown

Family history of breast or ovarian cancer: No; yes; firsr-degree relative; other relative

Comorbidity - Pertinent medical history

Current clinical history

## **Clinical data**

Breast inspection

Breast palpation

Regional lymph node status

## **Imaging**

### **CNB results**

Histologic type

Tumor grade

ER and PR status

## **Clinical staging TNM**

## **Multidisciplinary treatment planning and surgical procedure**

## **Post-surgical pathological diagnosis**

### **Key points**

- Post-treatment pathological staging TNM
- Age, menopausal status, comorbidity
- Surgical treatment
- Risk (St Gall 2007)
- Adjuvant on line

## **Postsurgical multidisciplinary treatment planning**

## **Take-home message**

1.

62 ans

Mastodynies gauches

Inspection normale

Induration de 2 cm rétro-mamelonnaire gauche.

Pas de ganglions suspects

Mammographie

Densité des seins : ACR 2

Nodule mal délimité, < 2-cm, stellaire, rétromamelonnaire gauche, déjà présent un an auparavant, ayant augmenté de taille.

Echographie

Nodule tissulaire à bords irréguliers, atténuant, de 15 mm, rétroaréolaire gauche.

Biopsie sous contrôle échographique

CCI G1

ROe: 100% (A8)

RPg: 95% (A8)

Mib-1: 36%

HER2 (IHC): négatif

**cT1 cN0 M0**

Lymphoscintigraphie du sein gauche: cinq ganglions axillaires

Biopsie du ganglion sentinelle: examen extemporané positif

Tumorectomie cunéiforme centro-mammaire gauche et curage axillaire gauche

CCI G1 17 x 15 x 10 mm infiltrant le derme de la PAM. Invasion vasculaire. Pas de Paget du mamelon. Pas de lymphangite du derme. Composante minoritaire (<5%) de CCIS G2 péritumoral, solide et cribriforme avec microcalcifications

Marges chirurgicales négatives

Ganglions sentinelles : 1/2.

Curage axillaire: 0/9

ROe: 100% (A8)

RPg: 100% (A8)

Mib-1: <5%

HER2 (FISH): non amplifié

**62 ans**

**cT1 cN0 M0**

**Traitement conservateur du sein et curage axillaire gauches**

**pT1c G1 pN1a (1/11) Hormonosensibilité HER2/neu non amplifié**

**Risque intermédiaire**

Radiothérapie du sein gauche en incluant le premier relais ganglionnaire (50 Gy) + 16 Gy sur le lit tumoral

Hormonothérapie : Antiaromatase

**A retenir :**

Tumorectomie cunéiforme

Radiothérapie incluant le premier relais ganglionnaire (pN1a)

2.

41 ans, non ménopausée

Autopalpation d'un nodule du sein gauche il y un an. La biopsie montre de la fibrose. Le nodule augmente de taille. La patiente tarde à consulter.

Tmeffaction des quadrants supérieurs du sein gauche. Fossette cutanée. Pas d'infiltration de la peau.

Masse de 7 cm des quadrants supérieurs gauches, adhérente au plan superficiel.

2 adénomégalies axillaires gauches (post-biopsie du sein gauche)

Mammographie un an auparavant

Densité des seins : ACR 4

Surdensité du QSEG

Echographie un an auparavant

Nodule tissulaire ovoïde de 18 mm dans son plus grand diamètre, bien limité, d'axe parallèle à la peau, présentant quelques calcifications centrales

Nouvelle échographie

Masse tissulaire ovoïde de 35 mm dans son plus grand diamètre, de contours discrètement irréguliers, présentant quelques calcifications

Biopsie sous contrôle échographique

CCI grade non précisé

ROe: 0%

RPg: 0%

Mib-1: 50%

HER2 (IHC): négatif

Radiographie pulmonaire: épanchement pleural gauche, séro-hématique à la ponction, mais sans cellules tumorales. Le scanner pulmonaires montre des nodules très évocateurs de métastases.

**cT3 cN1 M1**

6 cycles de chimiothérapie (Taxotère, Xeloda).

Réponse partielle clinique au niveau du sein. Disparition des lésions pulmonaires au CT

Patey gauche pour le contrôle local

CCI G3 de 45 x 40 x 23 mm. Pas d'invasion vasculonerveuse. Absence de CCIS

Marges chirurgicales négatives

Curage axillaire : 0/13

ROe: 0%

RPg:0%

Mib-1: 80%

HER2 (FISH): non amplifié

**41 ans - non ménopausée**

**cT3 cN1 M1**

**Patey gauche**

**ypT2 G3**

**ypN0 (0/13)**

**M1**

**Non hormonosensibilité**

**HER2/neu non amplifié**

Radiothérapie de la paroi thoracique gauche: 43.5 Gy

Réapparition des lésions secondaires pulmonaires : chimiothérapie de 2<sup>ème</sup> ligne par caelyx

**A retenir :**

Il faut obtenir un diagnostic histologique précis pour tout nodule tissulaire d'apparition récente, et ne pas se contenter d'un diagnostic de fibrose. L'aspect du nodule sur la première échographie pouvait faire évoquer un fibroadénome. Toutefois, la biopsie ne montrait pas ce diagnostic. Il fallait refaire une biopsie.

3.

41ans

Autopalpation d'un nodule du QSE du sein droit

Inspection normale

Nodule mal limité, mobile, de 15 mm, sur le rayon de 10 H du sein droit, à 8 cm du mamelon

Pas de ganglions suspects

Mammographie

Densité des seins : ACR 4

Surdensité mal limitée, se projetant à la partie profonde des QSD, au contact du muscle pectoral, sur le cliché en oblique du sein droit. Sur le cliché en incidence cranio-caudale du sein droit, la surdensité externe correspond t-elle à la surdensité vue sur l'incidence oblique?

Echographie :

Nodule tissulaire de 16 mm, à bord discrètement irrégulier, avec renforcement postérieur des échos

IRM

Lésion unique

Biopsie sous contrôle échographique

CCI G3

ROe: 0%

RPg: 0%

Mib-1: 38%

HER2 (IHC): 3+

**cT1 cN0 M0**

Lymphoscintigraphie du sein droit: 4 ganglions axillaires

Biopsie du ganglion sentinelle : examen extemporané positif

Tumorectomie du QSED et curage axillaire droit

CCI G2 de 17x12x12 mm sans invasion vasculonerveuse. CCIS G3 de 10x4 mm.

Marges chirurgicales saines

Ganglions sentinelles : 1/4

Curage axillaire : 0/10

ROe: 0%

RPg: 0%

Mib-1: 60%

HER2 (FISH): très forte amplification

**41 ans, non ménopausée**

**cT1 cN0 M0**

**Traitement conservateur sein droit + curage axillaire**

**pT1c G2**

**pN1a (1/14)**

**Non hormonosensibilité**

**HER2/neu amplifié**

**Risque élevé**

Radiothérapie du sein droit: 50 Gy + 16 Gy sur le lit tumoral. incluant les premiers relais axillaires (non précisé sur le CR de radiooncologie) ?

Chimiothérapie: FEC-Taxotère

Herceptin

#### 4.

69 ans

Antécédent de maladie de Hodgkin

Dépistage positif

Fossette à l'union des quadrants externes du sein gauche, à 12 cm du mamelon

Nodule mal limité de 2 cm, adhérent au plan profond, sur le rayon de 15-16 H du sein gauche

Pas de ganglions suspects

#### Mammographie

Densité des seins : ACR 2

Opacité à bord irrégulier, profonde, supérieure gauche, se projetant au niveau du muscle pectoral, uniquement visible sur l'incidence oblique du sein gauche

#### Echographie

Nodule tissulaire de 18 mm à bord irrégulier, non atténuant

Biopsie sous contrôle échographique

CCI G1

ROe : 90% (A8)                      RPg : 40% (A6)

Pas d'autre information

#### **cT1 cN0 M0**

Lymphoscintigraphie du sein gauche : un ganglion axillaire gauche

Biopsie du ganglion sentinelle : examen extemporané négatif

Tumorectomie gauche

CCI G2 de 17 x 16 x 13 mm. Invasions vasculaires. Composante péritumorale, minoritaire (10%) de CCIS G2

Marges chirurgicales négatives

Ganglions sentinelles: 1/2 (micrométastase de 0.5 mm)

ROe: 100% (A8)                      RPg: 80% (A8)

Mib-1: 15%                              HER2 (FISH) : non amplifié

**69 ans - Atcd de Hodgkin**

**cT1 cN0 M0**

**Traitement conservateur du sein gauche**

**pT1c G2    pN1mi (sn) (i+)                      Hormonosensibilité                      HER2/neu non amplifié**

**Risque : intermédiaire**

Radiothérapie du sein gauche: 50 Gy + 16 Gy sur le lit tumoral

Radiothérapie du creux axillaire et sus-claviculaire

Antiaromatase

A retenir

Extemporané du ganglion sentinelle négatif alors qu'il devient positif

La lésion semble se situer dans les QS à la mammographie alors que cliniquement elle est plutôt inférieur

Du fait de l'âge et des antécédents de la patiente, un curage axillaire n'a pas été proposé à cette patiente pour une micrométastase ganglionnaire présente dans un ganglion sentinelle.

On pense que la radiothérapie du creux axillaire + sus-claviculaire = curage (étude Amaros)

5.

40 ans

Notion de fibroadénomes du sein.

Mayodynies gauches.

Inspection normale

Induration localisée à l'union des quadrants supérieurs et des quadrants externes du sein gauche. Rétraction cutanée provoquée par aréolaire supéro-interne gauche.

Pas de ganglions suspects

Mammographie

Densité des seins : ACR3

Foyer de microcalcifications groupées au centre du sein gauche, à distance de la zone sous-cutanée

Nodules bien limités droits connus

Echographie

Zone hypoéchogène mal délimitée de 13 mm du QSIG, contenant des calcifications

Fibroadénome connu de 2cm à l'union des QED

Biopsie de la zone hypoéchogène gauche sous contrôle échographique

CCI G1

ROe: 100% (A8)

RPg:100% (A8)

Mib-1: 10%

HER2 (FISH): pas d'amplification

**cT1 cN0 M0**

Lymphoscintigraphie du sein gauche: trois ganglions axillaires

Biopsie du ganglion sentinelle: examen extemporané négatif

Mastectomie sous-cutanée gauche avec reconstruction immédiate par prothèse sous-musculaire.

Reduction pexie droite

Mastectomie gauche.

CCI G1 bifocal des quadrants supérieurs de 10x8x8 mm et 9x8x5 mm. Pas d'invasion lymphovasculaire.

Ces deux foyers se trouvent au sein d'une composante de CCIS cribriforme de G2 associée à des microcalcifications. Mastopathie fibrokystique avec adénose slérosante et hyperplasie intracanalairie floride.

Marges chirurgicales négatives

Ganglions sentinelles: 0/3 (cellules tumorales isolées en immunohistochimie dans 1 ganglion)

Enucléation des fibroadénomes droits et réduction-pexie du sein droit

Fibroadénomes. Mastopathie fibrokystique

**40 ans, non ménopausée**

**cT1 cN0 M0**

**Mastectomie gauche**

**pT1b G1**

**pN0 (sn) (i+)**

**Hormonosensibilité**

**HER2/neu non amplifié**

**Risque bas**

Hormonothérapie: Tamoxifen

A retenir :

Devant un large foyer de calcifications à la mammographie, il faut rechercher à l'échographie une éventuelle cible tissulaire au sein du foyer de calcifications. En biopsiant sous contrôle échographique cette cible tissulaire le risque de faux-négatif ou de sous estimation de la biopsie est probablement diminué.

6.

58 ans

Cancer du sein chez la soeur

Autopalpation d'un nodule du sein droit

Fossette provoquée au niveau du QSED

Nodule mobile de 2 cm, sur le rayon de 11 heures du QSED

Pas de ganglions suspects

Mammographie

Densité des seins : ACR 2-3

Zone de surdensité mal limitée du QSED

Echographie

Nodule tissulaire mal limité suspect du QSED, de 2 cm

IRM

Prise de contraste suspecte de 35 x 25 mm du QSED. Prise de contraste de 10 mm, linéaire, union des QIG sans corrélation clinique, mammographique ou échographique

Cytologie du nodule

Hyperplasie intracanaulaire et papillaire avec atypies

Biopsie du nodule tissulaire à l'échographie:

CCI G2 et CCIS

ROe: 100% (A8)

RPg: 100% (A8)

Mib-1: 10%

HER2 (FISH): non amplifié

**cT1 cN0 M0**

Lymphoscintigraphie du sein droit: 6 ganglions axillaires

Biopsie du ganglion sentinelle : examen extemporané négatif

Tumorectomie du QSED

CCI G2 de 4mm. Pas d'invasion vasculo-nerveuse. Composante majoritaire de CCIS cribriforme sans calcifications.

Marges chirurgicales négatives

Ganglions sentinelles: 0/3

**58 ans**

**cT1 cN0 M0**

**Traitement conservateur du sein droit**

**pT1a G2 pN0 (sn) (i-) Hormonosensibilité HER2/neu non amplifié**

**Risque intermédiaire (uniquement sur le G2)**

Radiothérapie du sein droit: 50 Gy sur le sein + 16 Gy sur le lit tumoral

Hormonothérapie: Tamoxifen

A retenir :

Cytologie abandonnée

Tailles discordantes de la lésion : palpation echo pathologie IRM

Une prise de contraste à l'IRM du côté opposé, infracentimétrique. Sans traduction US, que faire ?

7.

61 ans

Cancer du sein chez la grand-mère paternelle

Mammographie de dépistage positive

Inspection normale

Palpation normale

Pas de ganglions suspects

Mammographie

Densité des seins : ACR 2

Foyer de microcalcifications suspectes (ACR 4-5) rétroaréolaire interne gauche

Echographie

Pas de cible tissulaire suspecte

Biopsie stéréotaxique

CCIS G2 avec comédonécrose

ER: 100% (A8) PR: 40% (A6)-70% (A8)

**Tis**

Repérage pré-opératoire par hameçon.

Tumorectomie centrale gauche avec ablation de la plaque aréolo-mamillaire.

Radiographie de la pièce opératoire

CCIS G2 cribiforme et solide de 8 mm. Mastopathie fibrokystique. Pas de Paget du mamelon.

Marges chirurgicales négative

**61 ans**

**Traitement conservateur sein gauche**

**pTis G2 Hormonosensibilité**

Radiothérapie du sein gauche: 50 Gy sur le sein + 16 Gy sur le lit tumoral

8.

47 ans, non ménopausée  
Cancer du sein chez la tante maternelle  
Autopalpation d'une zone indurée du QSIG

Voissure supéro-interne gauche  
Masse de 6x4 cm du QSIG. La plaque aréolaire est mobile  
Pas de ganglions suspects

Mammographie

Densité des seins : ACR4  
Large foyer de microcalcifications, ACR5, étendues sur 8 cm, au niveau du QSIG

Echographie

Large zone hypoéchogène, tissulaire, mal limitée, contenant des calcifications, au niveau du QSIG

MRI

Lésion tumorale étendue multifocale de 60x40mm du QSIG sans signe d'infiltration du plan superficiel ou profond. Sein controlatéral sans lésion suspecte

Première biopsie sous contrôle échographique (3 échantillons de 18 G)

Prolifération tumorale en petits amas aux travées épaisses. Présence de microcalcifications. Cancer invasif sans autre précision (pas assez de matériel)

Deuxième biopsie sous contrôle échographique (2 échantillons de 14 G)

CCIS G3 d'architecture solide avec nécrose et microcalcifications

ROe: 100% (A8)                      PRg: 60% (A6)

Mib-1: 20%

**cT3 cN0 M0**

Lymphoscintigraphie du sein gauche: 3 ganglions axillaires

Biopsie du ganglion sentinelle: **3/3 (pN1 (3/3) (sn) )**

Chimiothérapie néoadjuvante: 6 cycles type FEC 100

Très bonne réponse clinique à la chimiothérapie

Skin sparing mastectomie gauche avec reconstruction immédiate par prothèse (la patiente tenant beaucoup à son image corporelle) et curage axillaire gauche

Foyers résiduels en petits îlots de CCI G2 sur une étendue de 5.5 x 4.5 x 1.5 cm, le plus grand des foyers mesurant 9mm.

Peau et mamelon sans lésion. Lymphangite carcinomateuse péri-tumorale.

Composante extensive intra- et péri-tumorale de CCIS de G3 (70% du volume tumoral résiduel). Mastopathie fibrokystique

Marges chirurgicales négative

Curage axillaire : 1/16 (des cellules tumorales isolées dans un ganglion)

Status hormonal du carcinome invasif non possible

HER2 (FISH): pas d'amplification (status du Her-2 possible ?)

**47 ans non ménopausée**

**cT3 cN0 M0**

**Mastectomie + curage axillaire gauches**

**ypT1b G2      pN2 a (4/16)      Hormonosensibilité      HER2/neu non amplifié**

**Risk : élevé**

Radiothérapie du néo-sein gauche et des aires axillo-sus-claviculaires : 50 Gy

Hormonothérapie : Tamoxifen

**A retenir :**

Dossier à commenter avec les pathologues. Est-ce qu'une chimiothérapie agit sur l'in situ ?

Curage axillaire d'emblée si tumeur invasive > 5cm (ce qui n'est pas le cas dans cet exemple)?

Le status hormonal du CI, on considère qu'il est identique à celui du in situ.

Attention dès que cible tissulaire à l'US et clinique ? pour ne pas sous-estimer un CI

Problème d'échantillonnage sur biopsie percutanée

Pourquoi proposer une skin sparing si irradiation possible ? c'est le choix de la patiente

**9.**

81 ans

Découverte d'un nodule du QSID par son médecin

Inspection normale

Palpation: nodule mal limité de 20x15 mm du QSID sur le rayon de 1H à 9 cm du mamelon

Pas de ganglions suspects

Mammographie

Densité des seins : ACR 2

Deux nodules juxtaposés, à bord irrégulier, du QSID. Calcifications kystiques bénignes bilatérales

Echographie

Les deux nodules juxtaposés sont tissulaires, à contours irréguliers, de 11mm et 5 mm

Biopsie sous contrôle échographique du nodule de 11 mm

CCI G3

ROe: 0%

RPg: 0%

Mib-1: 60%

HER2 (IHC): négatif

**cT1 cN0 M0**

Lymphoscintigraphie du sein droit : un ganglion axillaire

Biopsie du ganglion sentinelle) : examen extemporané négatif

Tumorectomie

CCI G3 de 17x15x10 mm. Absence d'invasion vasculo-nerveuse. Pas de carcinome in situ associé.

Marges chirurgicales négatives

Ganglion sentinelle : 0/1

ROe: 0%

RPg 0%

Mib:70%

HER2 (FISH): pas d'amplification

**81 ans**

**cT1 cN0 M0**

**Traitement conservateur sein droit**

**pT1c G3 pN0 (sn) (i-) Non hormonosensibilité**

**HER2/neu non amplifié**

**Risque intermédiaire**

Radiothérapie du sein droit : 42.5 Gy sur le sein + 10 Gy sur le lit tumoral

Simple surveillance

**10.**

69 ans

Antécédent de réduction pexie bilatérale

Dépistage positif

Nodule 2 cm mal délimité, mobile, du QIED

Pas de ganglions suspects

Mammographie

Seins de densité ACR2

Nodule spiculé du QIED. Petite surdensité infracentimétrique au niveau des quadrants internes droits sur l'incidence crano-caudale non retrouvée sur l'incidence oblique

Echographie

Nodule tissulaire spiculé de 26 mm du QIED. Pas d'autre nodule tissulaire suspect

Biopsie sous contrôle échographique du nodule droit

CCI G2

ROe: 100%      RPg: 80%

HER2 (IHC): +++

**cT1 cN0 M0**

Lymphoscintigraphie du sein droit. Absence d'accumulation focale de traceur

Une recherche du ganglion sentinelle est toutefois tentée : echec de la recherche de radioactivité et du bleu patenté

Tumorectomie et curage axillaire droits

CCI G3 de 17x15x15 mm. Pas d'invasion vasculonerveuse. Minime composante CCIS périphérique

Marges chirurgicales négatives

Curage axillaire: 0/7

ROe: 100% (A8)      RPg: 90% (A8)

Mib-1: 20%      HER2 (FISH): non amplifié

**69 ans**

**cT1 cN0 M0**

**Traitement conservateur du sein droit + curage axillaire droit**

**pT1c G3 pN0 Hormonosensibilité HER2/neu : non amplifié**

**Risque intermédiaire**

Radiothérapie du sein droit: 50 Gy sur le sein + 16 Gy sur le lit tumoral

Hormonothérapie: Tamoxifen.

**A retenir**

% Echec du ganglion sentinelle après une chirurgie plastique du sein ?

% d'IHC +++ et FISH non amplifié

## 11.

50 ans - préménopause

Autopalpation d'un nodule du sein droit

Inspection normale

Nodule de 12 mm, bien délimité et mobile, du QSID, sur le rayon de 13H, à 11 cm du mamelon

Pas de ganglions suspects

### Mammographie

Seins de densité : ACR3

Interprétation difficile. Surdensité nodulaire, prépectorale, haute, sur le cliché en oblique, non retrouvée sur l'incidence cranio-caudale (incidence pas assez tirée)

### Echographie :

Nodule tissulaire à bord irrégulier et flou de 10 mm

Biopsie sous contrôle échographique du nodule

CCI G2

ROe: 100% (A8)

RPg: 100% (A8)

Mib-1: 25%

HER2 (IHC): négatif

### **cT1 cN0 M0**

Lymphoscintigraphie du sein droit: un ganglion axillaire et trois ganglions mammaires internes

Biopsie du ganglion sentinelle : echec de repérage peropératoire des ganglions mammaires internes du fait d'un surcroit de radioactivité du muscle grand pectoral qui a été injecté avec le technetium lors de la lymphoscintigraphie, la veille. L'examen extemporané du ganglion sentinelle axillaire droit est négatif

Tumorectomie droite

CCI G1 de 10x9x9 mm. Nombreuses images de lymphangite carcinomateuse sans invasion nerveuse.

Composante minoritaire de CCIS G1

Marges chirurgicales négatives

Ganglions sentinelles axillaires : 0/2

ROe: 100% (A7)

RPg:100% (A8)

Mib-1: 20%

HER2 (FISH): pas d'amplification

### **50 ans préménopause**

#### **cT1 cN0 M0**

#### **Traitement conservateur du sein droit**

**pT1b G1 pN0 (sn) (i-) Hormonosensibilité HER2/neu non amplifié**

**Risque : Moyen (lymphangite carcinomateuse sur la pièce opératoire)**

Radiothérapie du sein droit incluant la chaîne mammaire interne : 50 Gy + 16 Gy sur le lit tumoral

Hormonothérapie: Tamoxifen

Suppression de la fonction ovarienne (la patiente a choisie la radiothérapie (14 Gy) (lymphangite carcinomateuse).

(A redemander au colloque d'oncologie). Dans ce cas là ne donne t'on pas une antiaromatase ?

**A retenir :** comment raisonner pour les ganglions mammaires internes

**12.**

63 ans - THS

Dépistage positif

Inspection normale

Masse mobile de 3 cm du QSED, sur le rayon de 11H, à 6.-7 cm du mamelon. Fossette cutanée provoquée en regard

Un ganglion axillaire droit suspect

Mammographie

Densités des seins : ACR1

Nodule ovalaire, mal limité, spiculé, mesurant presque 3 cm du QSED

Echographie

Nodule tissulaire à bord discrètement irrégulier, de 18 mm de diamètre, non atténuant  
adénomégalie suspecte de 23 mm axillaire droite

Biopsie du nodule droit sous contrôle échographique

CCI G2

ROe: 0%

RPg:0%

Mib-1: 40%

HER2 (IHC): négatif

Biopsie de l'adénomégalie axillaire droite sous contrôle échographique

Métastase

**cT2 N1 M0**

Une chimiothérapie néoadjuvante (cT2, N1, RH-) est proposée mais refusée par la patiente

Quadrantectomie et curage axillaire droits

CCI G2 de 26x17x16 mm. Absence d'invasion vasculo-nerveuse. Importante réaction inflammatoire péritumorale. Composante minoritaire péritumorale de CCIS G2.

Marges chirurgicales négatives

Curage axillaire : 1/18

ROe: 30% (A6)

RPg:0%

Mib-1: 50%

HER2/neu (FISH): pas d'amplification

**63 ans**

**cT2 N1 M0**

**Traitement conservateur du sein droit + curage axillaire droit**

**pT2 G2 pN1a (1/18) Hormonosensibilité incertaine Her-2-neu non amplifié**

**Risque : intermédiaire**

Arrêt du THS

Radiothérapie du sein droit en incluant les premiers relais axillaires : 42.5 Gy + 10 Gy sur le lit tumoral (la patiente refuse les 33 séances classiques)

Hormonothérapie: Antiaromatase

Chimiothérapie rediscutée mais refusée par la patiente

Discordance radio clinique

13.

42 ans

Cancer invasif du sein gauche traité conservativement avec curage axillaire quatre ans auparavant (pT2 G2 pN0 RH) chimiothérapie et hormonothérapie par Tamoxifen (pris de façon régulière?). Correction d'un defect de volume par prothèses sous-pectorales bilatérales.

Autopalpation d'un nodule du sein gauche

Prothèses bilatérales

Nodule rétroaréolaire gauche du QSEG, mobile, de 1 cm, sur le rayon de 13 H.

Pas de ganglion suspect

Mammographie du sein gauche en agrandissement

Foyer de microcalcifications classées dystrophiques, dans la zone de tumorectomie

Echographie

Nodule tissulaire hypoéchogène, mal limitée, de 9 mm, rétroaréolaire gauche, correspondant au nodule palpé

Petit kyste évoquant une cyostéatonecrose

MRI

La seule anomalie est une prise de contraste de 10 mm au niveau de la cicatrice de tumorectomie gauche

Biopsie du nodule rétroaréolaire sous contrôle échographique

CCI et CCIS

ROe: 80% (A8)

RPg: 90% (A8)

Mib : 5%

**cT1 cN0 M0**

Incertitude quant à la multifocalité des lésions. Skin sparing mastectomie gauche emportant la PAM, l'ancienne cicatrice et un lambeau cutané. Reconstruction immédiate par lambeau du grand dorsal et prothèse sous-pectorale

CCI G2 rétro-mamelonnaire de 7x5x4 mm. Pas d'invasion vasculonerveuse. Mamelon et peau sans lésion.

Composante de CCIS G2 en périphérie de la lésion.

Il existe un autre foyer de CCIS G2 en regard de la cicatrice cutanée associée à un remaniement fibro-cicatriciel et des calcifications

Marges chirurgicales négatives

HER2 (FISH): pas d'amplification

**42 ans non ménopausée**

**Antécédent de tumorectomie du sein gauche. Récidive au niveau du sein gauche**

**Mastectomie sous-cutanée gauche**

**pT1b G2 pNx Hormonosensibilité HER2/non amplifié**

**Risque intermédiaire (uniquement sur le G2)**

Hormonothérapie: Si tamoxifen a été pris régulièrement alors suppression de la fonction ovarienne (traitement GNRH) et antiaromatase pendant 2 ans

**A retenir ; discordance IRM**

Cas intéressant pour la chirurgie plastique

**14.**

33 ans

Autopalpation d'un nodule du sein gauche

Fossette cutanée gauche

Masse de 4x3cm, mobile, du QSEG, sur le rayon de 14 H, à 10 cm mamelon. 2<sup>ème</sup> nodule sur le même rayon, de un cm

Empatement axillaire gauche

#### Mammographie

Densité des seins : ACR 3. Interprétation difficile

Foyer de microcalcifications, ACR4, du QSEG, se projetant sur une surdensité mal limitée de 25 mm. Rupture d'architecture au niveau des quadrants supérieurs sur le cliché oblique du sein gauche

#### Echographie

Nodule tissulaire mal limité de 26x19 mm au contact des calcifications, au niveau du QSEG. Pas d'autre lésion tissulaire selon le CR de l'échographie. Adénomégalies axillaires gauches

#### IRM

Plusieurs prises de contraste nodulaires suspectes au niveau du QSEG et union des QEG. IRM du sein droit difficile à interpréter.

Biopsie sous échographie du nodule

CCI G2 et CCIS cribriforme avec nécrose G3

ROe: 90% (A8)

RPg: 20% (A5)

Mib-1: 50%

HER2 (IHC): négatif

#### **cT2 cN1 M0**

Chimiothérapie néoadjuvante : Taxotère puis Epirubicine-Taxotère

Réponse clinique partielle

Quadrantectomie supéro-externe gauche et curage axillaire gauche

Carcinome micropapillaire invasif G2 de 25x22x15 mm, sans microcalcifications, sans nécrose. Invasions vasculaires sans invasions périnerveuses. Foyers de CCIS péri-tumoral. Calcifications du CCIS ? Foyer d'adénose sclérosante et microcalcifications dystrophiques.

Marges chirurgicales négatives

Curage axillaire: 6/12 (effractions capsulaires et lymphangite)

CI ROe: 90% (A8)

RPg:5% (A4)

CCIS ROe: 100% (A8)

RPg:<10% (A4)

HER2 (FISH): non amplifié

**33ans**

**cT2 cN1 M0**

**Traitement conservateur du sein gauche + curage axillaire gauche**

**ypT2 G2 ypN2a (6/12) Hormonosensibilité HER2/neu : non amplifié**

**Risque élevé**

Radiothérapie du sein et des chaînes axillaires et sus-claviculaires gauches: 50 Gy + 16 Gy sur le lit tumoral

Hormonothérapie: Tamoxifen

Suppression de la fonction ovarienne par Zoladex (attitude maximaliste du fait du jeune âge de la patiente).

Lorsqu'on supprime la fonction ovarienne, peut-on donner une antiaromatase chez une patiente préménopausée ?

#### **Dossier de pathologie pas clair**

CCIS sur la biopsie pas sur la pièce opératoire

Les calcifications correspondent-elles à de l'adénose ?

15.

57 ans

La patiente note une modification de son sein gauche

Fossette cutanée gauche

Masse de 5 cm du QSEG

Adénomégalie axillaire gauche indurée de 2 cm

Mammographie

Densité des seins: ACR 3

Plage de surdensité, à bord spiculé, retractile, du QSEG, avec rupture d'architecture marquée

Nodule ovoïde parfaitement régulier, situé à l'union des quadrants inférieurs du sein droit, connu, stable sur plusieurs années (fibroadénome)

Echographie

Zone hypoéchogène mal limitée du QSEG. Taille non précise

IRM:

Prise de contraste du QSEG de 5 x 3 cm

Une IRM réalisée en fin de chimiothérapie ne montre aucune prise de contraste suspecte

Biopsie sous contrôle échographique

CLI G1

ROe: 100% (A8)

RPg: 50% (A6)

MIB non réalisée

HER2 non réalisée

**cT2 cN1 M0**

Chimiothérapie néo-adjuvante: Taxotère, farmorubicine endoxan (pas dans le service)

Réponse partielle

Quadrantectomie du QSEG. Ablation du fibroadénome situé à l'union Q inférieurs D

Curage axillaire

CLI G2 avec infiltration diffuse (sournoise) de la totalité de la pièce opératoire. Les cellules tumorales infiltrent la pièce sous la forme de fines travées en files indiennes ou en cellules isolées. Pas d'invasion vasculo-nerveuse

Pas de néoplasie lobulaire associée

Toutes les marges chirurgicales sont positives

Curage axillaire : 10/10 (tissu fibro-adipeux massivement infiltré)

HER2 (FISH): non amplifié

Mastectomie gauche

Carcinome lobulaire invasif résiduel de 8x3x3 cms. Engainements périnerveux

Marges chirurgicales: tranche de section de la région pré-axillaire superficielle passant focalement dans la tumeur. Pas d'infiltration du muscle pectoral

**57 ans**

**cT2 cN1 M0**

**Mastectomie + curage axillaire gauches**

**ypT3 G2**

**ypN3a (10/10)**

**Hormonosensibilité**

**Her-2-neu non amplifié**

**Risque élevé**

Radiothérapie de la paroi thoracique et des aires ganglionnaires axillo-sus-claviculaires gauches : 50 Gy

Hormonothérapie: Antiaromatase

Pourquoi pas de RT CMI ? le risque local << risque à distance. Risque de radiothérapie de la chaîne mammaire interne (risque cardiovasculaire)

**A retenir :** lobulaire invasif infiltre sournoisement. Le lobulaire est moins chimiosensible que le canalaire.

Intérêt d'une chimioadjuvante

## 16.

52 ans non ménopausée  
Cancer du sein chez la cousine paternelle  
Autopalpation d'une zone sensible du sein droit

Plusieurs fossettes cutanées du QSED et à l'union des quadrants externes droits. Retraction mammelonnaire droite  
Induration mal limitée de 7-8 cm du QSED, atteignant le QSID, adhérente à la PAM, libre/plan profond  
Deux ganglions de 15 mm, mobiles, indolores axillaires droits (post-ponction?)

### Mammographie

Densité des seins: ACR2  
Aspect un peu plus dense du parenchyma droit?

### Première échographie

Examen considéré comme normal

### IRM (hopital de la tour)

Multiplés foyers suspects du QSED et de l'union des QSD, de la region rétromammelonnaire droite

### Nouvelle échographie après IRM

Présence d'au moins 4 nodules < 1 cm du QSED

Biopsie de deux nodules sous contrôle échographique

CCI G1

ROe: 100% (A8)

RPg: 0%

Mib-1: 1%

HER2 (IHC): négatif

### **cT3 cN0 M0**

Discordance radio-clinique. Au minimum multifocal voire multicentrique. Palpation retrouve une atteinte du QSID  
Patey droit

Carcinome invasive de type tubulo-lobulaire, G1, de 6cm de grand axe, à la jonction des QED. Pas d'invasion vasculo-nerveuse. Néoplasie lobulaire associée. La tumeur présente tantôt des aspects de carcinome invasive avec formations de tubes qui sont très rares et d'amas cellulaires. Dans d'autres endroits, la tumeur prend un aspect de carcinome lobulaire invasive avec formations de fines travées en files indiennes ou infiltration de cellules isolées, avec une faible réaction desmoplastique associée.

Marges chirurgicales négatives

Curage axillaire: 2/17 (dont un ganglion avec effraction capsulaire)

ER: 60%(A6)

PR:20% (A4)

Mib-1: <10%

Her-2-neu (FISH): non amplifié

**52 ans non ménopausée**

**cT3 cN0 M0**

**Mastectomie et curage axillaire droits**

**Risque intermédiaire**

**pT3 G1 pN1a (2/17) Hormonosensibilité**

**Her-2-neu non amplifié**

Chimiothérapie: FEC 100

Radiothérapie de la paroi thoracique et des aires ganglionnaires axillo-sus-claviculaires : 50 Gy

Hormonothérapie: antiaromatase 5 ans

A retenir

Discordance radio-clinique. Cancer tubulo lobulaire

Pour une tumeur de plus de 5 cm, curage d'emblée ?

17.

46 ans, non ménopausée

Une soeur a eu un cancer de l'ovaire à 33 ans. Nombreux cancers familiaux

Adénofibromes mammaires connus. Endométriose pelvienne profonde sévère et endométriomes ovariens bilatéraux

Dépistage positif

Petite fossette du QSID sur le rayon de 14H à 2 cms du mamelon

Masse sus aréolaire externe droite de 20 mm, bien mobile (fibroadénome connu stable?)

Pas de ganglions suspects

Mammographie

Densités des seins: ACR 4

Non contributive

Echographie

Nodule tissulaire à bord irrégulier du QSID

Masse hypoéchogène de 20 mm à l'union des QSD

MRI

Prise de contraste suspecte QIID 28x23mm et prises diffuses bilatérales en plage des QE faisant évoquer une mastose

Biopsie sous contrôle échographique du nodule de 6 mm

CI G2

ROe: 80% (A8)

RPg:100% (A8)

Mib-1: 15%

HER2 (FISH): non amplifié

Biopsie sous contrôle échographique du nodule de 20 mm

Fibroadénome

**cT1 cN0 M0**

Lymphoscintigraphie du sein droit: 2 foyers axillaires droits de captation

Biopsie du ganglion sentinelle : examen extemporané négatif

Tumorectomie droite

Annexectomie bilatérale (endométriomes)

CLI G2 de 9x8x8 mm. Absence d'invasion vasculonerveuse.

Marges chirurgicales négatives pour le cancer invasif

Néoplasie lobulaire multifocale arrivant au ras des marges chirurgicales.

Ganglions sentinelles: 2/3 (une micro-métastase < 2mm détectée en immunohistochimie dans deux ganglions avec effraction capsulaire pour une micrométastase)

Curage axillaire secondaire : 0/11

**46 ans non ménopausée**

**cT1 cN0 M0**

**Traitement conservateur et curage axillaire droits - Annexectomie bilatérale**

**pT1b G2 pN1mi (2/14) Hormonosensibilité Her-2-neu non amplifié**

**Risque intermédiaire par le G2 et les micrométastases ganglionnaires**

Radiothérapie du sein droit: 50 Gy + 16 Gy sur le lit tumoral

Hormonothérapie : antiaromatase ( elle a eu une ovariectomie bilatérale)

Pas de chimio adjuvante car elle a eu une suppression de la fonction ovarienne (ovariectomie pour endométriomes) et pN1 mi

**A retenir : néoplasie lobulaire**

## 18.

83 ans

Palpation d'une zone suspecte à l'union des QSD

Inspection normale

Nodule mal délimité de 3cm (après la ponction) à l'union des QSD, à 3 cm du mamelon

Pas de ganglions suspects

### Mammographie

Densité des seins: ACR1

Foyer de microcalcifications de topographie segmentaire, étendu sur 6 cm, situé à l'union des QSD, classé ACR5. Il existe une surdensité nodulaire centimétrique mal limitée au contact de ce foyer. Aspect compatible avec un comédocarcinome

### Echographie

Zone hétérogène tissulaire centimétrique contenant des calcifications dans la région supérieure droite

Biopsie sous échographie du nodule

CCI G1 et CCIS G1

ROe:100%

RPg:100%

Mib-1: 2%

HER-2 (IHC): négatif

### **cT1 cN0 M0**

Lymphoscintigraphie du sein droit: 2 ganglions axillaires et un ganglion mammaire interne

Repérage pré-opératoire par hameçon

Biopsie du ganglion sentinelle: examen extemporané négatif

Tumorectomie droite

Radiographie de la pièce opératoire: micros au contact des marges antérieure et supérieure. Le chirurgien est prévenu. Recoupes chirurgicales

CCI G2 de 10x7x5 mm. Absence d'invasions vasculonerveuses. Composante étendue de CCIS cribriforme G2 intra et péri-tumoral avec microcalcifications.

Marges chirurgicales négatives pour le carcinome invasive mais le CCIS arrive focalement au contact de plusieurs tranches de section

Ganglion sentinelle: 0/1

**83 ans**

**cT1 cN0 M0**

**Traitement conservateur du sein droit**

**pT1b G2 pN0 (sn) (i-) Hormonosensibilité HER2 négatif**

**Risque intermédiaire (uniquement par le G2)**

Radiothérapie du sein droit: 42.5 Gy + 10 Gy sur le lit tumoral (composante étendue de CCIS arrivant focalement marge)

Hormonothérapie par tamoxifen

### **A retenir :**

Comment raisonner pour des marges positives pour du CCIS si personne âgée

Si lésion tissulaire à l'imagerie, il faut penser à de l'invasif

## 19.

73 ans

Cancer du sein chez la mère et la soeur

Cancer du sein droit traité dix ans auparavant par tumorectomie (union des QSD), curage axillaire, radiothérapie et Tamoxifen [pT1c, G2, pN0, M0, ROe 100% RPg 50%]

Contrôle mammographique positif

Inspection normale

Palpation normale

Pas de ganglions suspects

### Mammographie

Densité des seins: ACR2

Nodule connu et stable situé à l'union des QSD, au contact de clips chirurgicaux de l'ancien lit tumoral

Plage de surdensité, mal limitée, à contour irrégulier, avec rupture d'architecture, située au niveau du QSEG, au sein de laquelle existe un nodule bien visualisé sur l'incidence cranio-caudale

### Echographie

Zone centimétrique, très atténuante droite connue, stable, correspondant à une zone de fibrose post-opératoire

Nodule tissulaire de 7 mm, plutôt bien limité, assez proche du plan profond, du QSEG

Biopsie du nodule gauche sous contrôle échographique

CCI

ROe: 100% (A8)

RPg: 30% (A5)

Mib-1: 15 %

HER2 (IHC): négatif

### **cT0 cN0 M0**

Lymphoscintigraphie du sein gauche: un ganglion axillaire

Repérage pré-opératoire par hameçon du nodule gauche

Biopsie du ganglion sentinelle: examen extemporané négatif

Tumorectomie QSEG

CCI G2 de 10x8x10 mm. Absence d'invasion vasculo-nerveuse. Composante minoritaire de carcinome in situ G2.

Marges chirurgicales négatives

Ganglion sentinelle: 0/1

ROe: 100% (A8)

RPg: 0%

Mib-1: 5-10%

HER2 (FISH): négatif

**73 ans**

**cT0 cN0 M0**

**Traitement conservateur du sein gauche**

**pT1b G2 pN0 (sn)(i-) Hormonosensibilité incertaine HER2/neu non amplifié**

**Risque intermédiaire (uniquement sur le G2)**

Radiothérapie du sein gauche: 42.5 Gy (faible risque de rechute et age > 70 ans)

Hormonothérapie : Tamoxifen choisi par la patiente

### **A retenir**

Bilatéralisation 10 ans après

## 20.

81 ans

Démence d'alzheimer

Découverte d'un nodule du sein gauche

Fossette cutané gauche

Nodule de 30 mm, mal délimité, adhérent au plan superficiel du QSEG, sur le rayon de 14 H, à 8-9 cm du mamelon

Pas de ganglions suspects

### Mammographie

Densité: ACR 3-4

Opacité stellaire avec désorganisation architecturale et présence de microcalcifications, située dans le prolongement axillaire du QSEG

### Echographie

Nodule tissulaire mal limité de 2 cm

Biopsie du nodule sous contrôle échographique

CCI G3

ROe: 60% (A7)

RPg: 30% (A6)

Mib-1: 30%

HER2 (IHC): faiblement positif

HER2 (FISH): négatif

### **cT2 cN0 M0**

Mastectomie simple gauche (un traitement conservateur n'est pas envisageable pour cette patiente car une irradiation du sein, avec ses nombreuses séances, ne sera pas possible au vu de sa santé)

Carcinome invasif, trifocal de la jonction des QE avec

CCI G3            21x19x17mm    6x6x5mm

CLI G2            16x15x10mm

Pas d'évidence de lymphangite carcinomateuse ou d'infiltration périnerveuse

ROe: 2% (A4)            RPg: 20% (A7)    foyer principal CCI

ROe: 60% (A7)            RPg: 90% (A8)    CLI

Mib-1: 20% CCI    5% CLI

Marges chirurgicales négatives

Un ganglion situé à l'extrémité externe de la pièce : 1/1

**81 ans – démence**

**cT2 cN0 M0**

**Mastectomie gauche**

**pT2    G3    pNx**

**Hormonosensibilité incertaine d'une des tumeurs**

**HER-2 neg**

**Risque intermédiaire**

Aucun traitement complémentaire du fait de l'âge et de la démence

### **Demander schaffer Pourquoi pas de gg sentinelle ?**

Mastectomie si RT pas possible

Des tumeurs dans un même sein peuvent être différentes et donc des récepteurs différents

Un ganglion intramammaire ne donne pas le stade pathologique du status ganglionnaire ?

## 21.

51 ans, ménopausée

Découverte par la patiente d'une voussure au niveau du sein gauche

Fossette cutanée du QSIG, sur le rayon de 10 H, à 7 cm du mamelon

Masse mal délimitée de 3x2 cm, mobile, sous-jacente à la fossette. Il existe une 2ème nodule de 15 mm para-mamelonnaire supéro-interne à 4 cm du mamelon, semblant adhérent à la plaque aréolo-mamelonnaire

Une ganglion suspect axillaire gauche

### Mammographie

Densité des seins: ACR3 - 4

Image spiculée de 15 mm du QSIG 1. Large foyer de microcalcifications ACR5 occupant tout la partie profonde du QSIG et la zone rétroaréolaire.

### Echographie

deux nodules tissulaires, irréguliers, du QSIG, de 13 mm sur le rayon de 9-10 H, et de 20 mm sur le rayon de 11H

Ganglions infracentimétriques

Biopsie de chaque nodule sous contrôle échographique

CCI G2 avec engainement périnerveux et CCIS cribriforme G2

ROe: 100% (A8)

RPg: 90% (A8)

Mib-1: 10%

HER2 (FISH): non-amplifié

### **cT2 cN1 M0**

Mastectomie sous-cutanée gauche associée à une reconstruction immédiate par prothèse sous musculaire

Curage axillaire gauche

CCI G2 de 35 mm du QSIG. Invasions vasculaires sans invasion nerveuse. Pas de paget du mamelon. CCIS G2 majoritaire, cribriforme, avec nécrose et microcalcifications.

Marges chirurgicales négatives

Curage axillaire: 4/11 (effractions capsulaires pour 4/4 et lymphangite carcinomateuse dans le tissu adipeux péri-ganglionnaire)

### **51 ans ménopausée**

#### **cT2 cN1 M0**

#### **Mastectomie sous-cutanée et curage axillaire gauches**

**pT2 G2 pN2a (4/11) Hormonosensibilité HER2/neu non amplifié**

**Risque élevé**

Chimiothérapie: FEC 100 - Taxotère

Radiothérapie du néo-sein gauche et des aires ganglionnaires axillo-sus-claviculaires et de la chaîne mammaire interne : 50 Gy

Hormonothérapie : antiaromatase

A retenir : mauvais résultat esthétique de skin sparing si radiothérapie nécessaire

Mauvaise indication à posteriori de skin sparing ?

22.

85 ans

Dépistage individuel positif

Inspection normale

Fossette provoquée du QSED, sur le raxon de 11 H, à 5 cm du mamelon. Nodule de 15 mm, mobile, sous-jacent?

Pas de ganglions suspects

Mammographie

Densité des seins: ACR2

Foyer de microcalcifications ACR4 (petite surdensité nodulaire sous-jacente?) du QSED

Echographie

Non réalisée

Biopsie stéréotaxique du foyer de microcalcifications

CCIS G2 cribriforme avec nécrose

ROe:100% (A8)

RPg: 50% (A6)

**Tis**

Tumorectomie du QSED

CCIS G1 d'architecture solide et cribriforme, de 7x5x6mm. En périphérie et au sein du CCIS il existe une mastopathie fibrokystique proliférative avec hyperplasie intracanalairre floride et focalement atypique.

Microcalcifications associées tant à la néoplasie in situ qu'à la mastopathie bénigne.

Marges chirurgicales négatives

**85 ans**

**Traitement conservateur du sein droit**

**pTis G1 RH+**

Radiothérapie du sein droit: 42.5 Gy + 10 Gy sur le lit tumoral

Pourquoi un dépistage ?

Fallait-il opérer cette patiente vu son age et in situ

23.

62 ans - THS

Maladie coronarienne avec infarctus. Arthrite des mains. Ostéomyélite clavicule gauche.

Dépistage mammographique positif

Inspection normale

Fossette provoquée du QSED, sur le rayon de 11H, avec petit nodule sous-jacent de 10 mm, bien mobile.

Pas de ganglions

Mammographie

Densité des seins: ACR 3, très hétérogènes

Image stellaire avec convergence de plis, uniquement visible sur l'incidence oblique droite, se projetant à la partie haute des QSD

Echographie

Nodule tissulaire, à bord discrètement irrégulier de 10 mm du QSED

Biopsie sous contrôle échographique du nodule

CCI G2

ROe: 90% (A8)

RPg: 70% (A8)

Mib-1: 30%

HER2 (IHC): négatif

**cT1 cN0 M0**

Lymphoscintigraphie du sein droit: deux ganglions au niveau axillaire apical droit

Biopsie du ganglion sentinelle: deux structures peu probantes pour être des ganglions

Tumorectomie du QSED

CCI G2 de 13x12x10 mm. Absence d'invasion vasculaire. Composante minimale intratumorale de CCIS cribriforme G2.

Marges chirurgicales négatives

Ganglion sentinelle: tissu fibro adipeux sans ganglion lymphatique

Roe : 100% (A8)

RPg :100%(A8)

Mib-1: 10%

HER2 (FISH): négatif

**62 ans - Comorbidité importante**

**cT1 cN0 M0**

**Traitement conservateur du sein droit**

**pT1c G2 pNx Hormonosensibilité HER2/neu non amplifié**

**Risque intermédiaire (uniquement sur le G2)**

Arrêt du THS

Radiothérapie du sein et axillo-sus-claviculaire droits : 50 Gy

Hormonothérapie: Arimidex (status gg non connu)

retenir

Echec de la biopsie du ganglion sentinelle

Curage axillaire non proposé car pas de ganglion clinique et arthrite des mains.

24.

68 ans

Cancer du sein chez la mère

Obésité morbide, diabète, HTA, dyslipidémie, tabagisme

Autopalpation d'un nodule du sein droit

Seins volumineux, fossette cutanée

Masse du QIED de 25 mm, sur le rayon de 7 H. à 9 cm du mamelon, mal délimitée, mobile

Adénomégalie axillaire droite suspecte de 3 cm

Mammographie

Densité des seins: ACR1

Opacité stellaire du QIED de 25 mm

Echographie

Nodule tissulaire atténuant à bord irrégulier de 9 mm

Plusieurs adénomégalias axillaires suspectes

Biopsie du nodule sous contrôle échographique

CCI G2

Roe: 95% (A8)

RPg: 95% (A8)

Mib-1: 5%

HER2 (IHC) : negative

**cT2 cN1 M0**

Tumorectomie droite

Curage axillaire droit

CLI G2 de 25x12x12mm. Pas d'invasion vasculo-nerveuse. Minime composante de néoplasie lobulaire associée

Marges chirurgicales négatives

Curage axillaire: 15/17 (3 ganglions avec effraction capsulaire tumorale)

**68 ans – Nombreuses comorbidités**

**cT2 cN1 M0**

**Traitement conservateur et curage axillaire droits**

**pT2 G2 pN3 (15/17) Hormonosensibilité HER2 négatif**

**Risque élevé**

Radiothérapie du sein droit et de la région axillo-sus-claviculaire droite 50 Gy + 16 Gy sur le lit tumoral

Hormonothérapie: anti-aromatase

Une chimiothérapie serait indiquée mais n'est pas proposée du fait des nombreuses comorbidités

A retenir

**Pas d'irradiation de la chaîne mammaire interne. La toxicité potentielle cardiovasculaire excède le bénéfice potentiel, non prouvé, de la RT chaîne mammaire interne**

25.

47 ans, non ménopausée  
Autopalpation d'un nodule du sein droit

Masse mobile de 2 cm du QSED, sur le rayon de 10H, à 8 cm du mamelon  
Pas de ganglions suspects

Mammographie

Densité des seins: ACR3

Surdensité nodulaire discrètement stellaire du QSED, bien visible sur l'incidence cranio-caudale, moins clairement individualisée sur le cliché oblique du fait de l'aspect multinodulaire des seins

Echographie

Nodule tissulaire très hypoéchogène, à bord discrètement irrégulier de 10x14 mm du QSED

IRM

Lésion tumorale unique de 17 mm du QSED

Biopsie du nodule sous contrôle échographique

CCI G2

ROe : 95% (A8)

RPg: 30%(A5)

Mib-1: 15%

HER2 (IHC): 2+

**cT1 cN0 M0**

Lymphoscintigraphie du sein droit: 2 ganglions axillaires

Biopsie du ganglion sentinelle: examen extemporané négatif

Tumorectomie droite

CCI G3 bifocal de 19x16 x13 mm et 6x7x6 mm. Absence d'invasion vasculaironerveuse. Composante minoritaire de CCIS G2. Mastopathie fibrokystique et adénose sclérosante.

Marges chirurgicales négatives

Ganglions sentinelles: 1/2 (micrométastase de 5mm)

Chaque tumeur:

ROe: 95% (A7)

RPg: 95% (A7)

Mib-1: 10-20%

HER2 (FISH): pas d'amplification

La patiente refuse le curage axillaire

**47 ans non ménopausée**

**cT1 cN0 M0**

**Traitement conservateur du sein droit**

**pT1c G3 pN1 (sn) (mi) Hormonosensibilité HER2/neu non amplifié**

**Risque intermédiaire**

Chimiothérapie: 3FEC -3Taxotère

Radiothérapie du sein droit et les premiers relais axillaires droits : 50 Gy + 16 Gy sur le lit tumoral

Hormonothérapie: Tamoxifen (switch anti-aromatase après 2-3 ans) lorsque la patiente sera ménopausée

Faux négatif Ganglion sentinelle

26.

33 ans

cancer du sein chez la grand-mère paternelle

Maladie fibrokystique des seins connue. Pectus excavatum

Autopalpation d'un nouveau nodule du sein droit. La patiente tarde à consulter

Seins de petit volume

Nodule à l'union des quadrants internes droits, à 5 cm mamelon, de 15 mm, mobile

Pas de ganglions

Mammographie

Densité des seins: ACR 4.

Non contributive

Echographie

Mastopathie fibro-kystique

zone hypoéchogène, mal délimitée, de 14 mm, située à l' union des quadrants internes droits

IRM

lésion très peu vascularisée de 20x15mm, à l'union des quadrants internes droits

Biopsie sous contrôle échographique

CCIS G3 cribriforme sans nécrose

RE: 100% (A8) RP:100% (A8)

**cT1 cN0**

Lymphoscintigraphie du sein droit: 2 ganglions axillaires et 4 ganglions mammaires internes

Sentinel lymph node biopsy extemporané si gg axillaire à la radioactivité. Si uniquement gg mammaire interne à la radioactivité, extemporané sur la pièce opératoire, puis extemporané sur gg mammaire interne si invasif sur la pièce opératoire.

Ganglion sentinél axillaire en extemporané :negatif

Tumorectomie à l'union des quadrants internes droits

CCIS G3 de 35x35x22 mm, d'architecture solide, micropapillaire et cribriforme avec comédonécrose focale. Pas d'invasion. Foyers d'adénose sclérosante

Marges chirurgicales négatives

Ganglion sentinél axillaire: 0/1

RE: 90% (A6) PR: 100% (A8)

Mib-1: < 5%

**33 ans**

**Traitement conservateur du sein droit**

**pTis G3 pN0 (sn) (i-) Hormonosensibilité**

Radiothérapie du sein droit 50 Gy + 16 Gy sur le lit tumoral (CCIS étendu)

Hormonothérapie: Tamoxifen (G3, jeune age)

27.

58 ans

Cancer du sein chez la mère

Obésité morbide

La patiente note une asymétrie de son sein gauche

Fossette cutanée au niveau du QIEG, périaréolaire, sur le rayon de 5 H. la PAM est rétractée

Masse mal délimitée, mobile, de 20 mm sur le rayon de 16H du sein gauche

Pas de ganglions suspects

Mammographie

Densité des seins: ACR3 sein droit – ACR 2 sein gauche

Discrète distorsion architecturale rétroaréolaire gauche avec surdensité nodulaire d'allure spiculée. Existe t-il une multifocalité et/ou multicentricité sur l'incidence cranio-caudale du sein gauche? L'incidence oblique est plutôt rassurante

Echographie

Nodule tissulaire atténuant, mal limité, de 14 mm du QIEG. une biopsie de ce nodule montre un cancer. Une IRM est réalisée du fait de la suspicion mammographique de multifocalité/multicentricité

IRM

Tumeur bifocale. Une lésion rétroaréolaire de 15mm, et une deuxième lésion suspecte de 5mm à l'union des QSG, à 5 cm de la première lésion

Nouvelle échographie centrés sur les QSG

Petit nodule infracentimétrique suspect à l'union des QSG

Biopsie de la première lésion visualisée, sous contrôle échographique:

Carcinome invasif G2

RE:90% (A8)

RP:95% (A8)

Mib-1: 5%

HER-2: nég

Biopsie de la deuxième lésion visualisée à l'union des QSG, sous contrôle échographique

Carcinome invasif

**cT1 multicentrique cN0 M0**

Patey gauche

CLI G2 trifocal et bicentrique. Lésion de 25x15x15 mm du QIEG, lésion de 9mm rétromamelonnaire gauche, et lésion de 5mm du QSEG. Invasions périnerveuses sans invasion vasculaire. Composante étendue de néoplasie lobulaire avec colonisation secondaire des canaux.

Marges chirurgicales négatives

Curage axillaire: 1/20

**58 ans - obésité**

**cT1 cN0 M0**

**Patey gauche**

**pT2 G2 pN1 (1/20)**

**Hormonosensibilité**

**Her2 neg**

**Risque intermédiaire**

Hormonothérapie avec une antiaromatase. Le profil lipidique est à vérifier régulièrement

Étant donné l'obésité morbide, une chimiothérapie n'est pas proposée, ce d'autant que la patiente est ménopausée, que un seul ganglion/20 est métastatique, et que la tumeur est hormonosensible.

Retenir : un CCI devient un lobulaire invasif, mastectomie si bicentrique, curage si bicentrique

28.

63 ans - THS  
Dépistage positif

Seins 75B  
Nodule du QSED  
Pas de ganglions suspects

Mammographie

Densité de seins: ACR4

Deux foyers de microcalcifications, classes ACR4, du QSED (augmentation en nombre /mammographie réalisée deux ans auparavant)

Echographie

Nodule tissulaire atténuant de 8 mm du QSED, centré sur les microcalcifications

IRM

Un nodule suspect au niveau du QSED et du QSEG

Zone suspecte au niveau des quadrants inférieurs gauches

Nouvelle échographie centre sur le sein gauche

Nodule tissulaire unique de 7 mm au niveau du QSEG

Biopsie du nodule du sein droit sous contrôle échographique

CCI G1

ROe: 100%

RPg:100%

Mib-1: 8%

HER2 (IHC): négatif

Biopsie du sein gauche sous contrôle échographique

CCI G1

**cT1 bilatéral, N0 M0 bifocalité à droite?**

Lymphoscintigraphie mammaire bilatérale: un ganglion axillaire droit et un ganglion axillaire gauche

Biopsie du ganglion sentinelle: examen extemporané positif de chaque côté

Mastectomie sous-cutané avec reconstruction immédiate par prothèse

Curage axillaire bilatéral

Mastectomie droite

CCI G1 du QSED de 9x8x5 mm avec microcalcifications. Composante minoritaire de CCIS G1 péritumoral, cribriforme avec microcalcifications. Mastopathie fibrokystique.

Marges chirurgicales négatives

Ganglions sentinelles: 1/2

Curage axillaire: 0/8

Mastectomie gauche

CCI G1 du QSEG de 14x11x7 mm. Absence de CCIS. Mastopathie fibrokystique.

Marges chirurgicales négatives

Ganglions sentinelles: 1/3 (effraction capsulaire)

Curage axillaire: 0/11

ROe: 100% (A8)

RPg: 100% (A8)

Mib-1: 5%

HER2 (FISH): Pas d'amplification

**63 ans**

**Mastectomie bilatérale**

**sein D pT1b G1 pN1a (1/10) Hormonosensibilité HER2/neu pas d'amplification**

**Sein G pT1c G1 pN1a (1/14) Hormonosensibilité HER2/neu pas d'amplification**

**Risque intermédiaire**

Arrêt du THS

Hormonothérapie : Antiaromatase

Faux positif de l'IRM

**29.**

49 ans

Menopausal status non connu car la patiente a un stérilet

Obésité

Autopalpation d'un nodule sein gauche

Fossette spontanée du QSEG

Nodule de 4 cm mobile/plan profond, peu mobile/plan superficial, du QSEG sur le rayon de 13H, à 4 cm du mamelon

Pas de ganglion suspects

Mammographie

Densité des seins: ACR2

Opacité spiculée de 35 mm du QSEG

Echographie

Nodule tissulaire suspect de 22 mm du QSEG.

Biopsie du nodule sous contrôle échographique

CCI G1

ROe: 80% (A8) RPg: 95% (A8)

Mib-1: 10% HER2: absence d'amplification

**cT2 cN0 M0**

Lymphoscintigraphie du sein gauche: un ganglion axillaire

Biopsie du ganglion sentinelle: examen extemporané négatif

Tumorectomie gauche

CCI G1 de 40x30x25 mm. Absence d'invasion vasculo-nerveuse. Absence de CIS. Mastopathie fibrokystique proliférative avec microcalcifications dystrophiques

Marges chirurgicales négatives

Ganglions sentinelles: 0/2

**49 ans non ménopausée**

**Traitement conservateur du sein gauche**

**pT2 G1 pN0 (sn) (i-) Hormonosensibilité Her-2-neu non amplifié**

**Risque intermédiaire**

Radiothérapie du sein gauche 50 Gy + 16 Gy

Dosage hormonal pour connaitre le status ménopausique: la patiente n'est pas ménopausée

1. soit suppression de la fonction ovarienne (Zalodex) et Tamoxifen : c'est le choix de la patiente

2. soit chimiothérapie suivie de Tamoxifen

**30.**

79 ans

Écoulement mamelonnaire gauche intermittent

Seins ptosiques

Palpation normale, pas d'écoulement

Pas de ganglions suspects

Mammographie

Densité des seins: ACR2

Microcalcifications polymorphes (ACR4) situées à l'union des quadrants inférieurs droits

Echographie

Pas d'anomalie

Biopsie stéréotaxique des microcalcifications

CCIS G3, solide, sans nécrose, avec calcifications

ROe: 100% (A8)                      RPg:100% (A8)

**Tis**

Lymphoscintigraphie du sein droit: deux ganglions axillaires droits

Repérage pré-opératoire par hameçon

Biopsie du ganglion sentinelle: examen négatif

Tumorectomie droite avec réduction pexie bilatérale.

Radiographie de la pièce de tumorectomie: toutes les micros présentes sur la mammographie sont visibles sur la pièce de tumorectomie

Mastectomie partielle droite

Carcinome médullaire de 12x7x7 mm au sein d'un CCIS G3 avec comédonécrose de 40x20x20 mm.

Mastopathie fibrokystique proliférative avec multiples foyers hyperplasie canalaire floride focalement atypique, d'adénose sclérosante et multiples papillomes intracanaux

Marges chirurgicales négatives

Ganglions sentinelles :0/4

RE: 0%                      PR: 0%

Mib-1: 60%                      HER-2: faible amplification

Mastectomie partielle gauche:

Multiples foyers de CCIS G3 avec comédonécrose, le plus grand mesurant 8mm. Mastopathie fibrokystique avec hyperplasie intracanaux floride

Tranches de section supérieure et inférieure focalement au contact du CCIS

RE: 0%?                      RP:0%?

**79 ans**

**Traitement conservateur du sein droit et du sein gauche**

**Sein droit                      pT1c      pN0 (sn) (i-)                      non hormonosensibilité                      Her-2-neu non amplifié**

**Sein gauche                      pTis    non hormonosensibilité ?**

**Risque intermédiaire**

Radiothérapie mammaire bilatérale: 42.5 Gy en incluant les premiers relais axillaires. Boost de 16 Gy sur le lit tumoral à gauche (marges focalement au contact du CCIS)

Pourquoi inclure les premiers relais axillaires ?

Carcinome médullaire est un G1 ?

CCIS gauche non hormonosensible ? vérifier auprès des pathologues

Pourquoi traitement hormonal pour CCIS si non hormonosensibilité du CCIS gauche (hormonosensibilité CCIS droit)

Retenir: lympho si foyer étendu de microcalcifications et CCIS à la biopsie

CCIS hormonosensible et CI non hormonosensible ?