

Cas clinique Sein N° 1

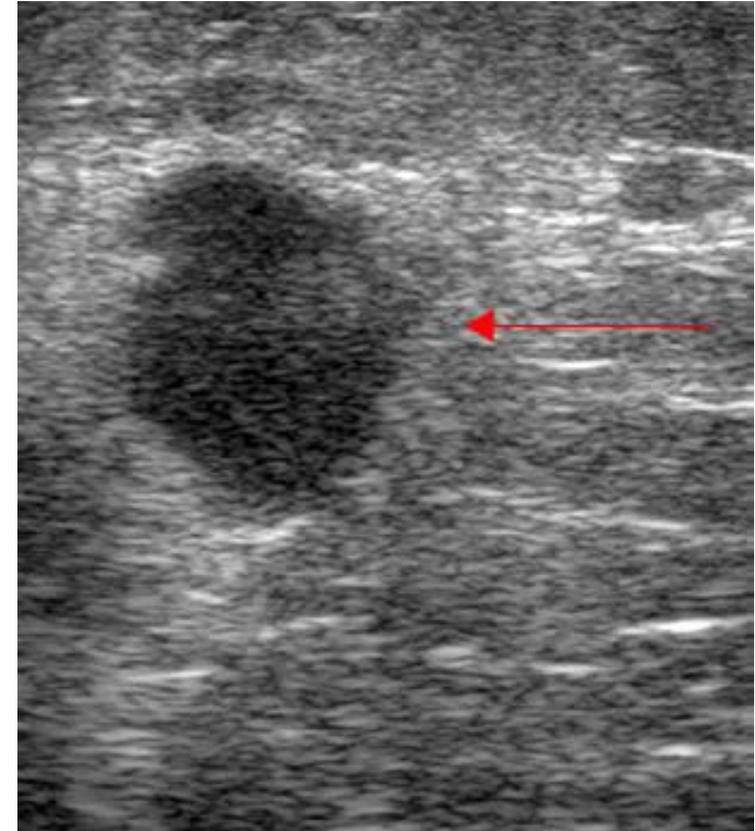
M. ESPIE

Cas clinique

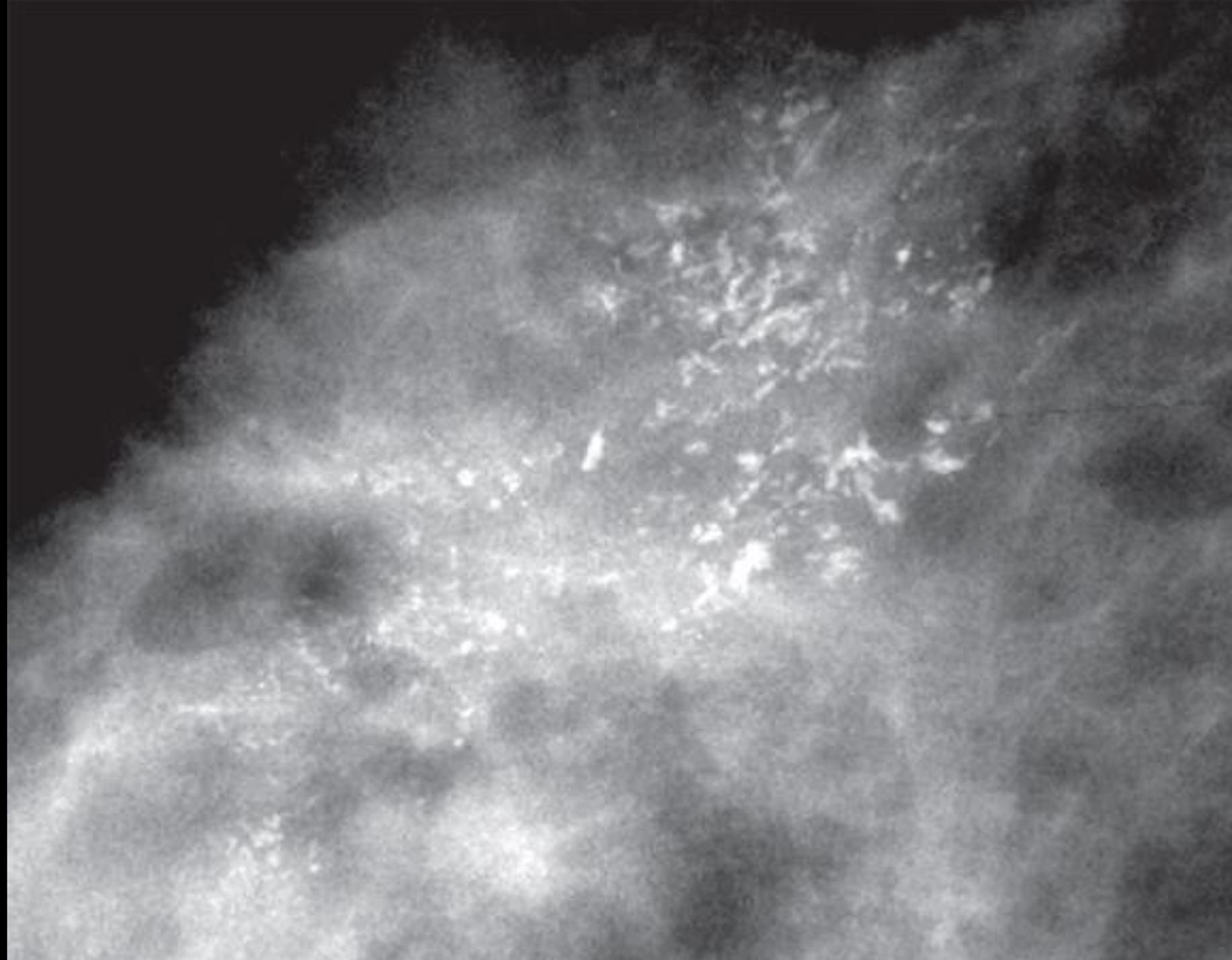
- Patiente âgée de 46 ans
- Antécédents familiaux:
 - Mère décédée d'un cancer du sein à l'âge de 41 ans (2 ans post-diagnostic) Grand-mère: cancer du sein à 45 ans, cause décès ? Tante maternelle: peut-être un cancer du sein, vivante (en maison de retraite à Nice) Sœur cadette indemne (qu'elle ne voit plus)
- Ménarche: 10 ans, 1 fille de 8 ans, contraception par dispositif intra utérin au lévonorgestrel
- Consulte pour un nodule du sein gauche, dernière mammographie il y a 8 mois (ACR 2 bilatéral)

Examen clinique

- Nodule de 2 cm du UQI sein gauche suspect
- Nodule de 1 cm UQS sein droit non suspect
- Mammographie / échographie:
 - À gauche : 2 foyers de microcalcifications ACR 5
 - À droite : nodule hypoéchogène ACR 4 de 9 mm



Masse SD



Quelles explorations diagnostiques immédiates proposez vous ?

1. IRM
2. Microbiopsie à droite
3. Echographie axillaire
4. Microbiopsie du nodule à gauche et macrobiopsie du foyer de microcalcifications
5. Macrobiopsie du foyer de microcalcifications

Quelles explorations diagnostiques immédiates proposez vous ?

1. IRM
- ② Microbiopsie à droite
3. Echographie axillaire
- ④ Microbiopsie du nodule à gauche et macrobiopsie du foyer de microcalcifications
5. Macrobiopsies des foyers de microcalcifications à gauche



Résultats des biopsies

- A gauche :
 - UQI: CIC haut grade avec foyer de CCI grade 2, RO+, RP+, HER2 neg, Ki 67 15%
 - QSE: CIC haut grade avec foyers micro-infiltrants non gradable
- A droite:
 - UQS : CCI grade 3, RO-, RP-, HER2 neg, Ki 60%

Vous proposez?

1. Tumorectomie droite - GS
2. Tumorectomie à droite
3. Tumorectomie droite - curage
4. Mastectomie gauche - curage
5. Mastectomie gauche - sentinelle
6. Mastectomie bilatérale + gestes axillaires

Vous proposez

1. Tumorectomie droite - GS
2. Tumorectomie à droite
3. Tumorectomie droite - curage
4. Mastectomie gauche - curage
5. Mastectomie gauche - sentinelle
6. Mastectomie bilatérale + gestes axillaires

Existe-t-il une indication de consultation oncogénétique ?

1. Oui
2. Non
3. Oui si la patiente est d'accord pour une chirurgie prophylactique
4. Cela dépend de son score INSERM
5. Demande d'entente préalable nécessaire

Existe-t-il une indication de consultation oncogénétique ?

1. Oui
2. Non
3. Oui si la patiente est d'accord pour une chirurgie prophylactique
4. Cela dépend de son score INSERM
5. Demande d'entente préalable nécessaire

Recommandations St Paul de Vence

- Situations familiales fréquentes où une consultation d'oncogénétique est recommandée accord d'experts
 - Dans la même branche parentale :
 - Trois cas ou plus de cancers du sein
 - Un ou deux cas de cancer du sein associé à :
 - Un cas de cancer ovarien
 - Un cas de cancer du sein chez l'homme
 - Un cas de cancer du sein bilatéral ou précoce (inférieur à 40 ans)

Score Inserm

Situation	Poids
Mutation constitutionnelle délétère de BRCA identifiée dans la famille	5
Cancer du sein chez une femme avant 30 ans	4
Cancer du sein chez une femme 30-40 ans	3
Cancer du sein chez une femme 40-50 ans	2
Cancer du sein chez une femme 50-70 ans	1
Cancer du sein chez un homme	4
Cancer de l'ovaire	3

- 5 et plus : excellente indication
- 3 et 4 : indication possible
- 2 et moins : utilité médicale faible

Résultat chirurgie

- A gauche :
 - CCI multifocal (pT1) grade 2 RH+ HER2 neg Ki 67 20% associé à un CIC de grade intermédiaire étendu sur 10 cm
 - 1N+/8
- A droite :
 - CCI unifocal de 9 mm (pT1) grade 3, triple négatif, Ki 67 80%, exérèse complète (4 mm de la berge la plus proche)
 - GS négatif

Que proposez vous?

1. Chimiothérapie
2. Radiothérapie de paroi à gauche
3. Radiothérapie des aires ganglionnaires à gauche
4. Radiothérapie des aires ganglionnaires à droite
5. Hormonothérapie

Que proposez vous?

1. Chimiothérapie
2. Radiothérapie de paroi à gauche
3. Radiothérapie des aires ganglionnaires à gauche
4. Radiothérapie des aires ganglionnaires à droite
5. Hormonothérapie

Quelle surveillance?

1. Examen clinique tous les 6 mois
2. Mammographie + Echographie annuelle
3. IRM annuelle
4. Surveillance ovarienne
5. Bilan biologique avec dosage des marqueurs

Quelle surveillance?

1. Examen clinique tous les 6 mois
2. Mammographie + Echographie annuelle
3. IRM annuelle
4. Surveillance ovarienne
5. Bilan biologique avec dosage des marqueurs:
officiellement NON sur St Louis SI!

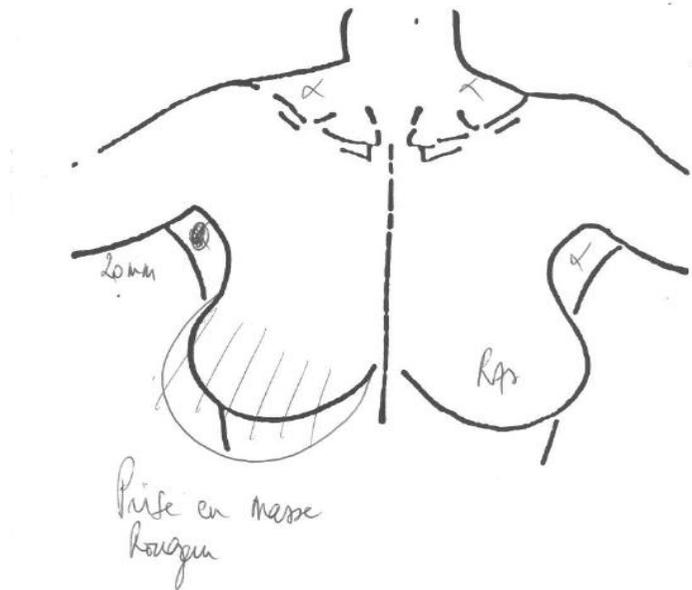
Merci pour votre attention

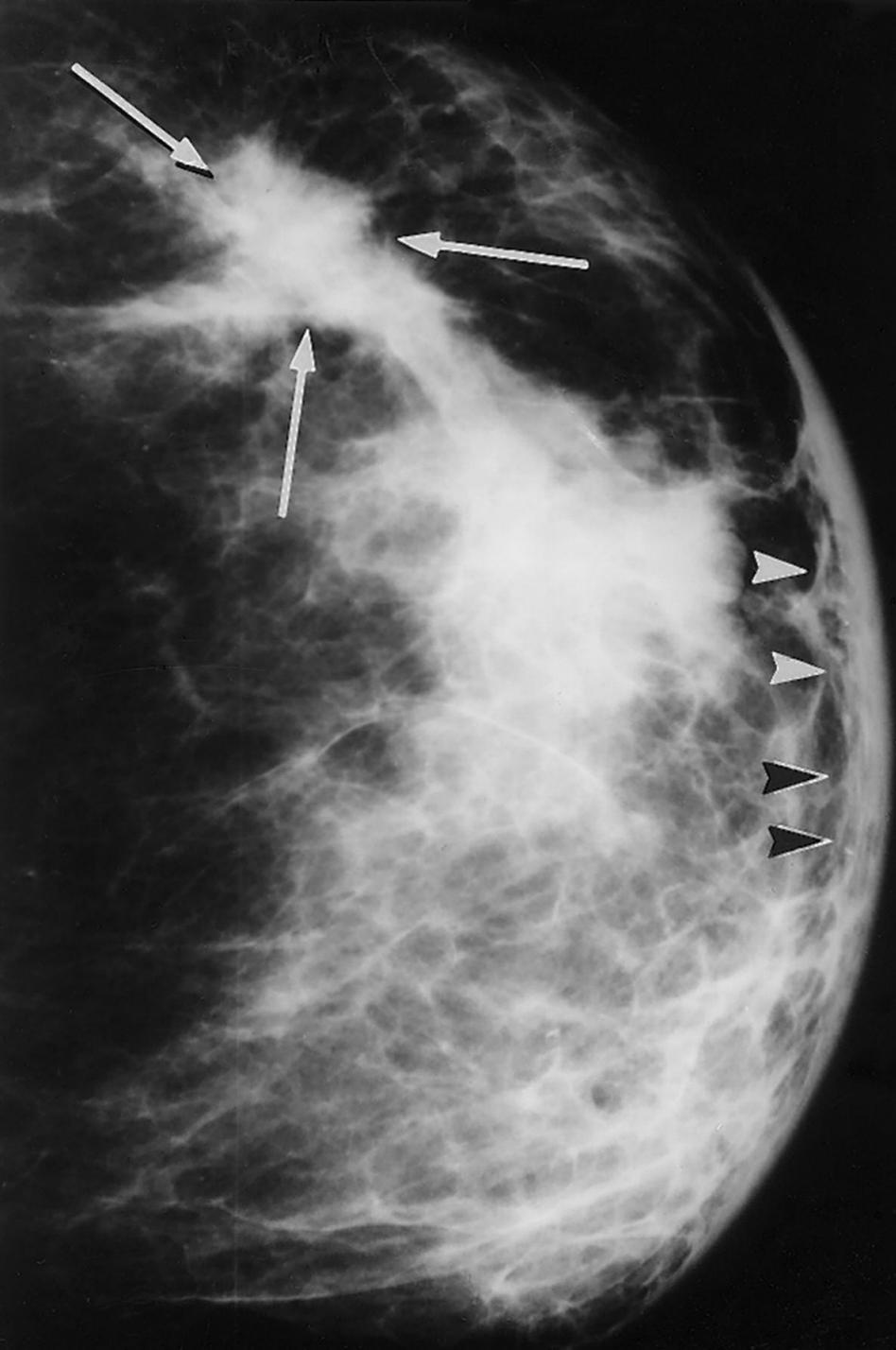
Cas clinique Sein N° 2

M ESPIE

Mme M, 60 ans

- Aucun antécédent
- Apparition brutale d'une masse du sein droit classée T4dN1



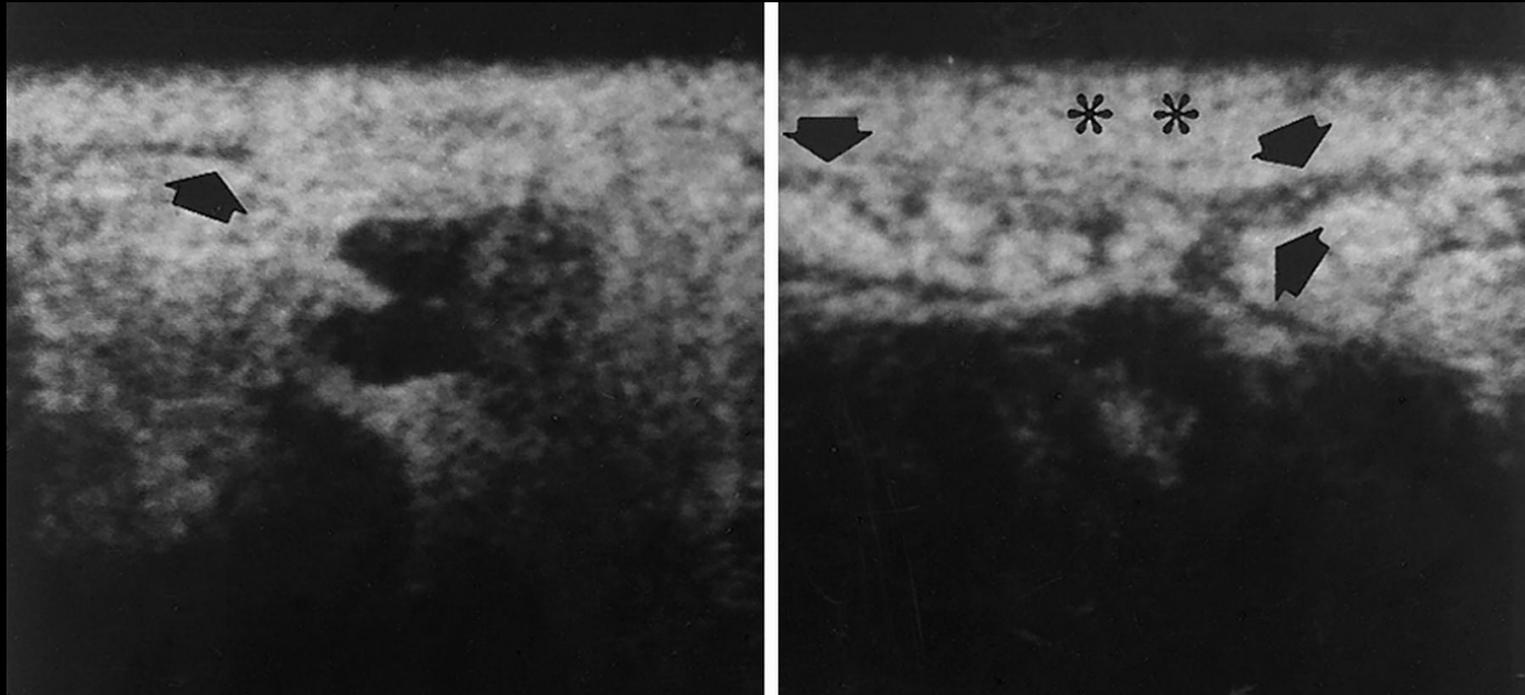


Patiente de 60 ans,
masse de 6 cm QSE SD,
peau d'orange,
rétraction mamelon

Épaississement cutané,
masse spiculée

Masse
hypoéchogène

Épaississement cutané *
vaisseaux lymphatiques
dilatés



Cancer du sein inflammatoire: échographie

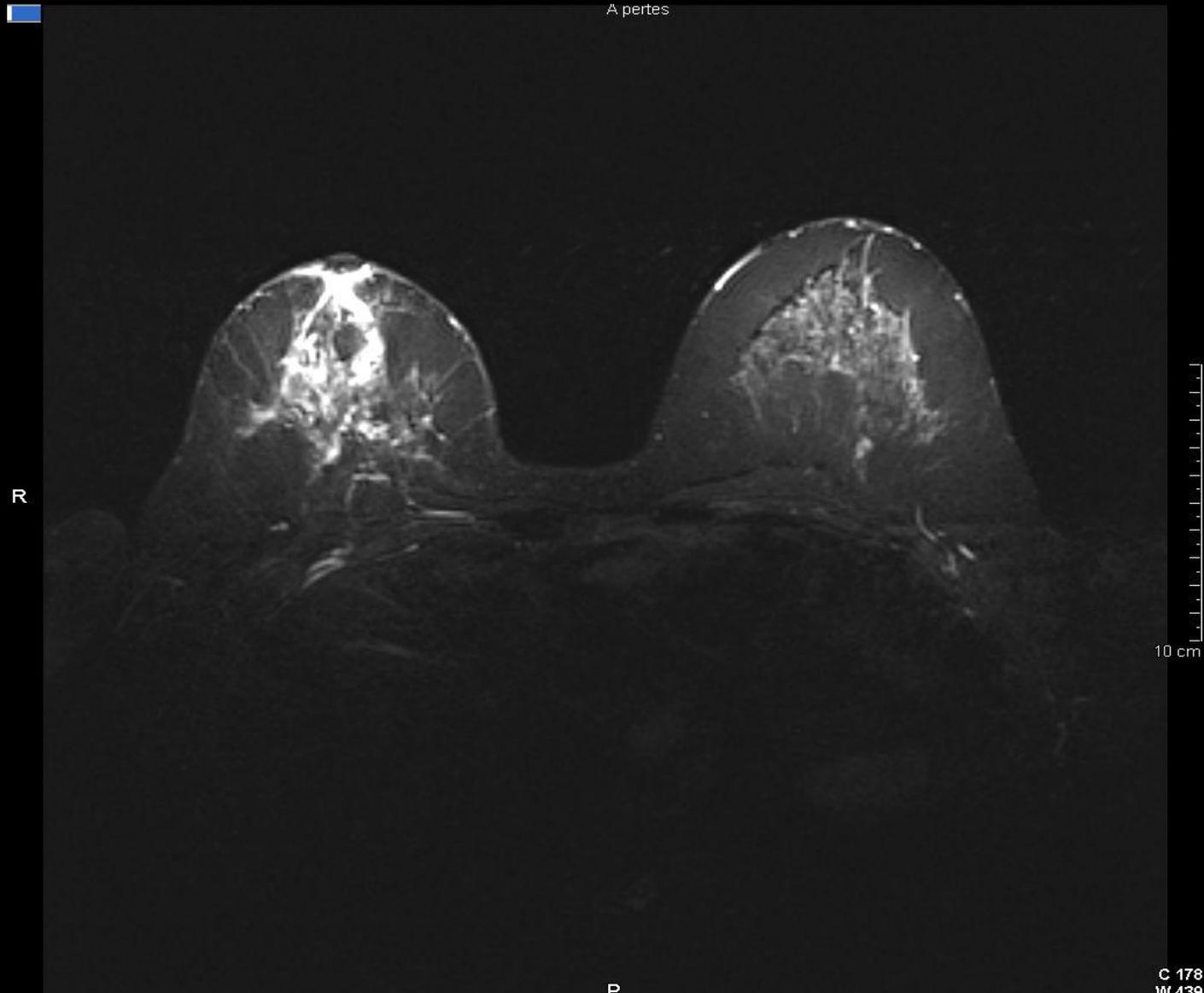
Que faites vous en 1^{ère} intention ?

- Une IRM
- Une microbiopsie biopsie
- Une cytoponction ganglionnaire
- Les trois
- Vous démarrez en urgence une chimiothérapie
- Vous démarrez en urgence des antibiotiques

Que faites vous en 1^{ère} intention ?

- Une IRM
- Une biopsie
- Une cytoponction
- Les trois
- Vous démarrez en urgence une chimiothérapie
- Vous démarrez en urgence des antibiotiques

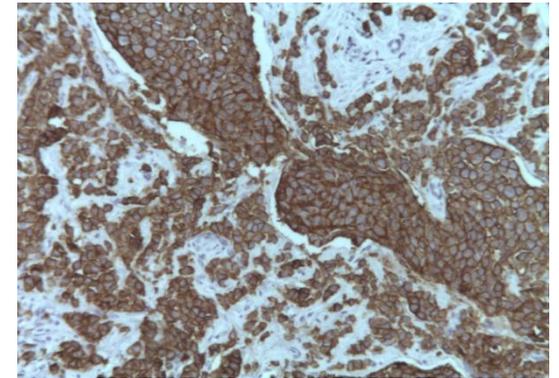
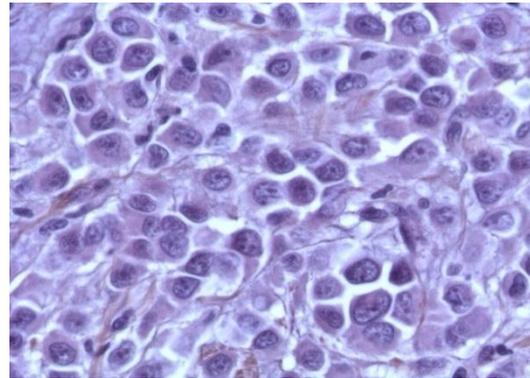
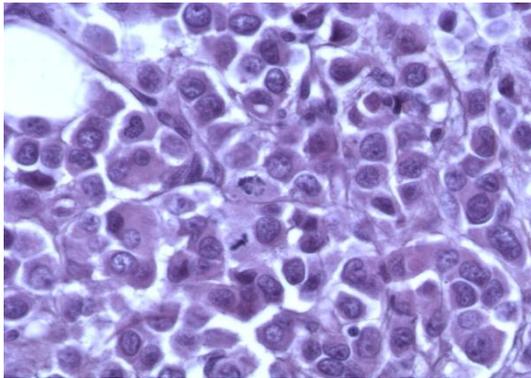
IRM pré-thérapeutique



Microbiopsie du sein droit:

→ Carcinome lobulaire infiltrant de type pléiomorphe

→ grade histopronostique III, RE- RP- Her2 +++



Cytoponction du ganglion axillaire:

→ métastase ganglionnaire d'un adénocarcinome

Bilan d'extension sans anomalies détectables

Que faites-vous?

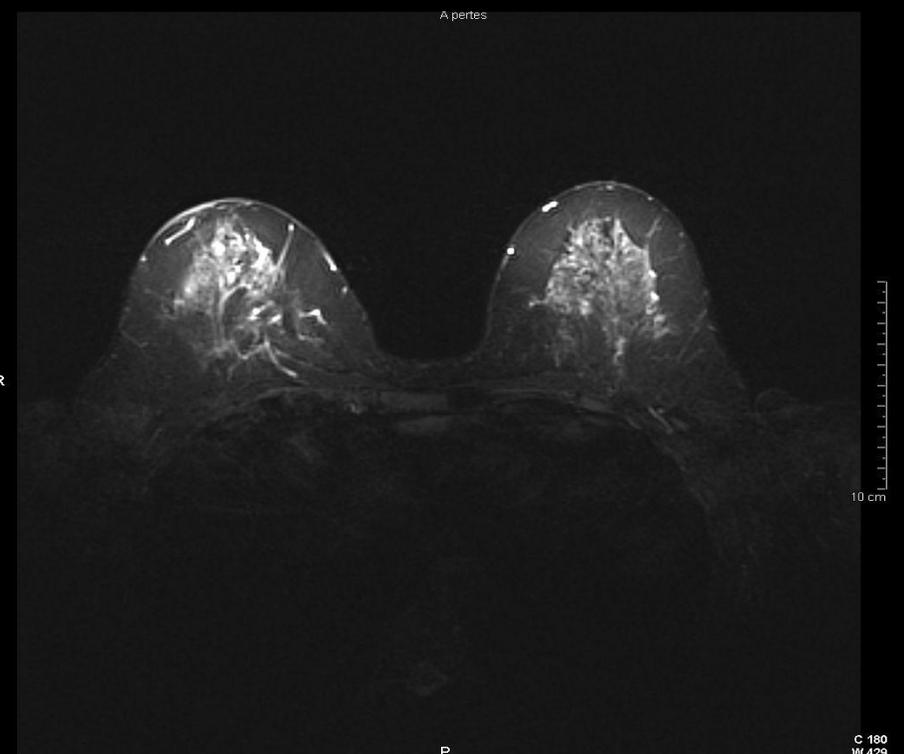
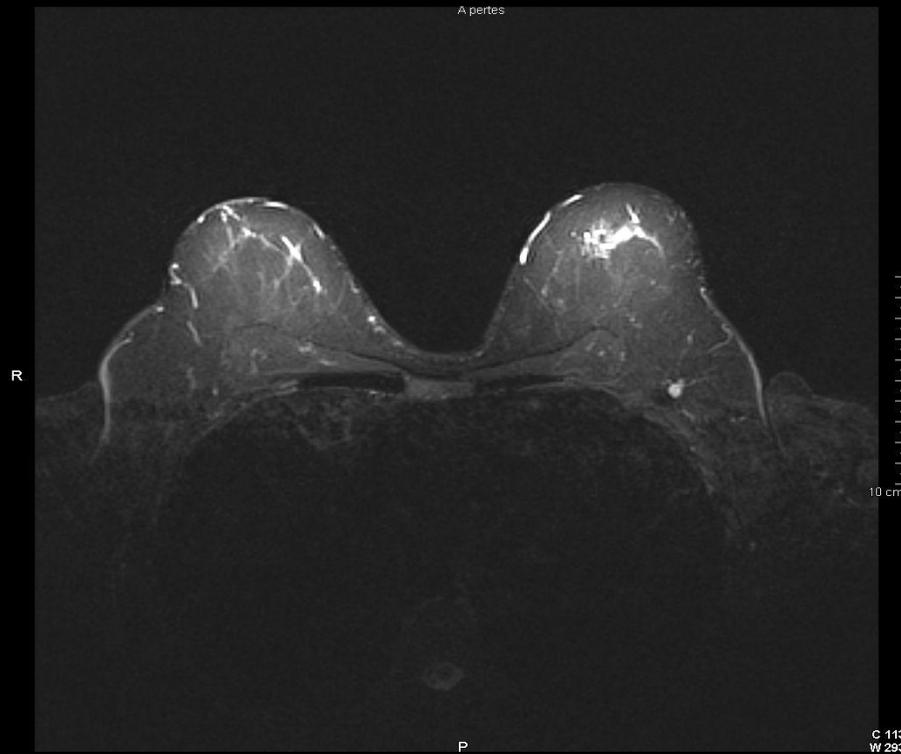
- Mastectomie, curage axillaire d'emblée
- Radiothérapie première
- Chimiothérapie première
- Chimiothérapie première et thérapie ciblée

Bilan d'extension sans anomalies détectables

Que faites-vous?

- Mastectomie, curage axillaire d'emblée
- Radiothérapie première
- Chimiothérapie première
- Chimiothérapie première et thérapie ciblée

IRM post traitement



Traitement loco-régional : que faites vous ?

- Tumorectomie + Curage Axillaire (CA)
- Tumorectomie + Ganglion Sentinelle (GS)
- Mastectomie + CA
- Mastectomie + GS
- Radiothérapie exclusive
- Mastectomie +/- CA ou GS+
- Reconstruction Mammaire Immédiate (RMI)

Traitement loco-régional : que faites vous ?

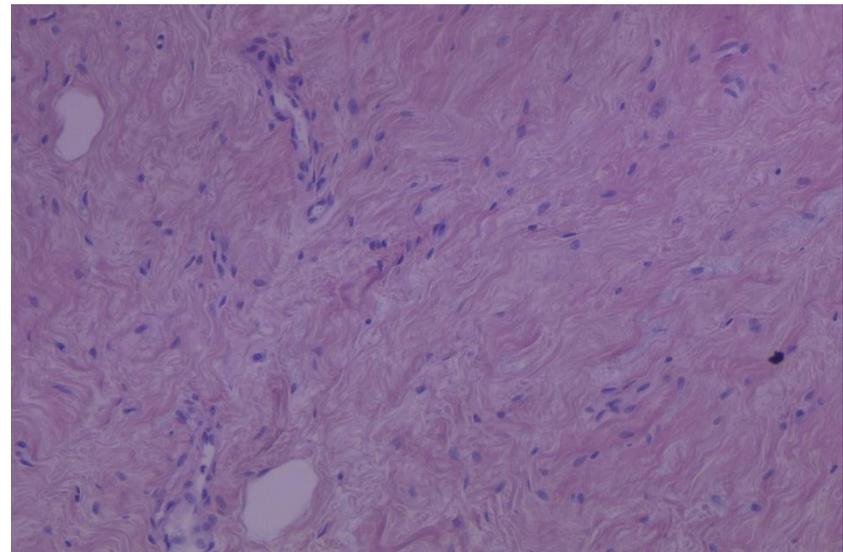
- Tumorectomie + Curage Axillaire (CA)
- Tumorectomie + Ganglion Sentinelle (GS)
- Mastectomie + CA
- Mastectomie + GS
- Radiothérapie exclusive
- Mastectomie +/- CA ou GS+
- Reconstruction Mammaire Immédiate (RMI)

Anatomopathologie

Remaniements fibreux cicatriciels après chimiothérapie première, absence de lésion in situ et infiltrante

10N-, avec une fibrose au niveau de 4 ganglions

Réponse complète à la chimiothérapie



Traitement loco-régional après chirurgie : Que faites vous?

- Abstention thérapeutique
- Irradiation de la paroi thoracique
- Irradiation de la paroi thoracique et aires ganglionnaires

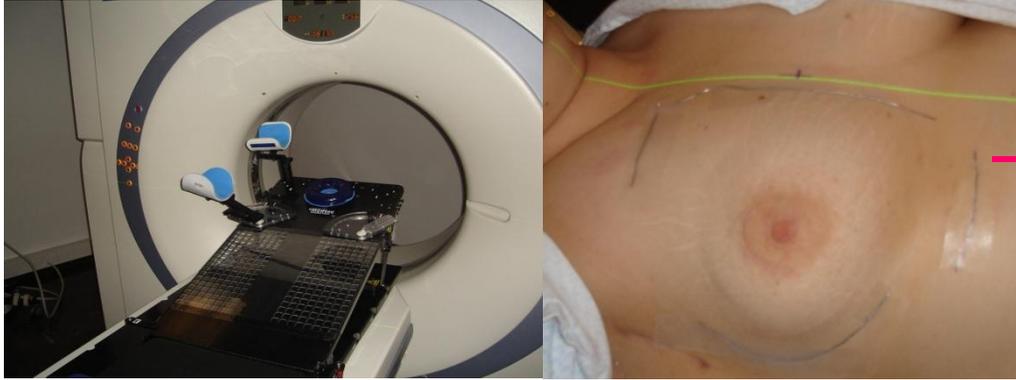
Traitement loco-régional après chirurgie : Que faites vous?

- Abstention thérapeutique
- Irradiation de la paroi thoracique
- Irradiation de la paroi thoracique et aires ganglionnaires

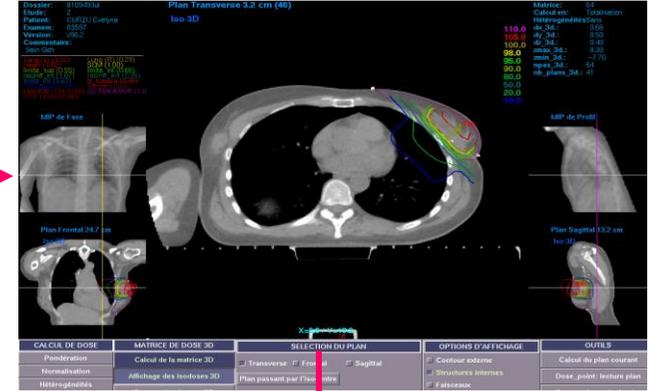
Parcours thérapeutique - circuit patient

1- Scanner : preplanning

(scanner dosimétrique – 3D)



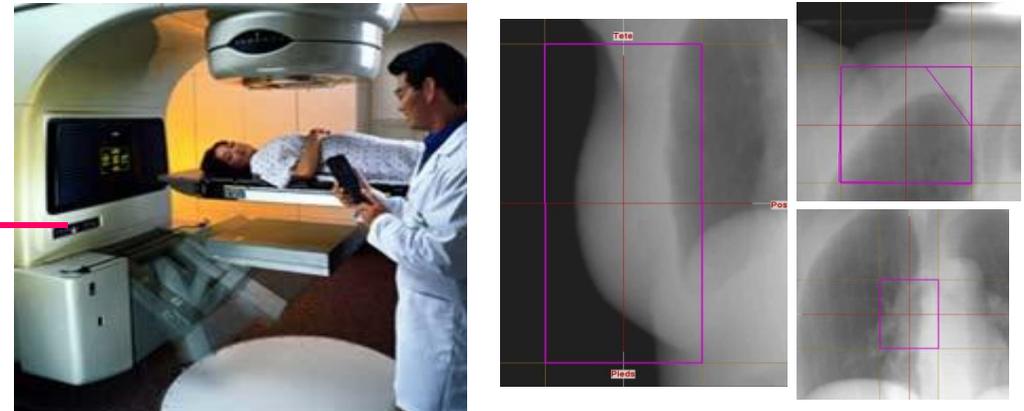
2- dosimétrie / simulation virtuelle



4- poste de traitement : traitement



3- poste de traitement : contrôle positionnement



Traitement loco-régional après chirurgie :

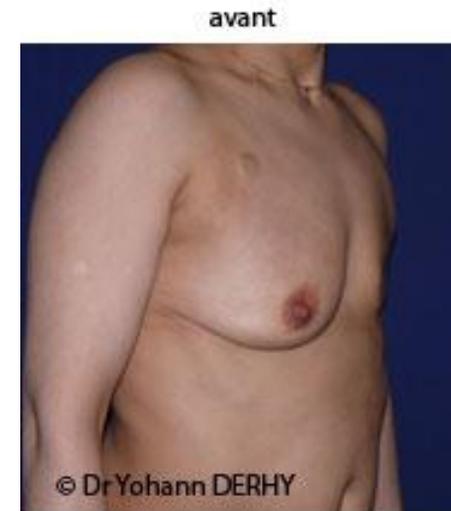
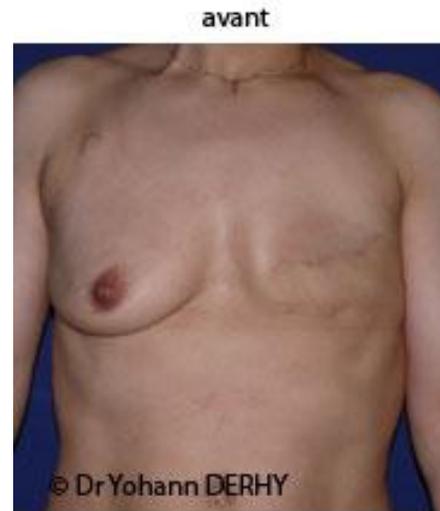
- 45/50Gy sur la paroi thoracique
- 45/50Gy sur la chaîne mammaire interne
- 45/50Gy sur l'aire sus-claviculaire
- ± en axillaire

La patiente désire une reconstruction. Que proposez-vous?

- Jamais
- Dans 1 mois
- Dans 6 à 12 mois
- Dans 2 ans

La patiente désire une reconstruction. Que proposez-vous?

- Jamais
- Dans 1 mois
- Dans 6 à 12 mois
- Dans 2 ans



Merci pour votre attention!



Seins traités

Pr Cédric de Bazelaire
Hôpital Saint-Louis, Université Paris VII

Catégories de pièges

- ▶ Pièges liés à la réalisation des examens de surveillance
- ▶ Pièges liés à l'interprétation
- ▶ Pièges liés à la conduite à tenir

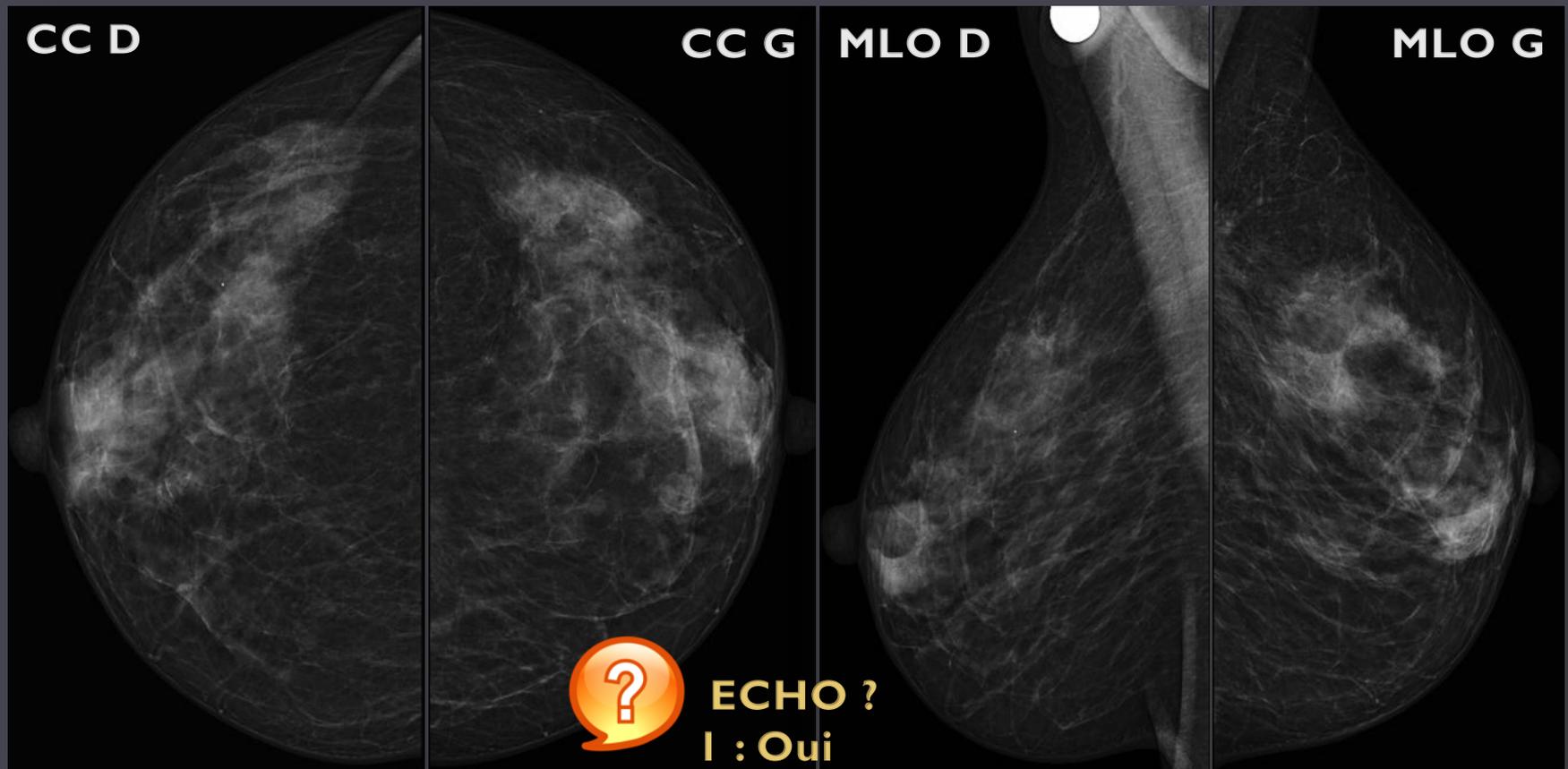


Pièges liés à la réalisation des examens de surveillance

Seins traités

Analyse des cicatrices

53 ans, ATCD de CCI, à UQS gauche en 2006 traitée par tumorectomie. Surveillance à 5 ans.



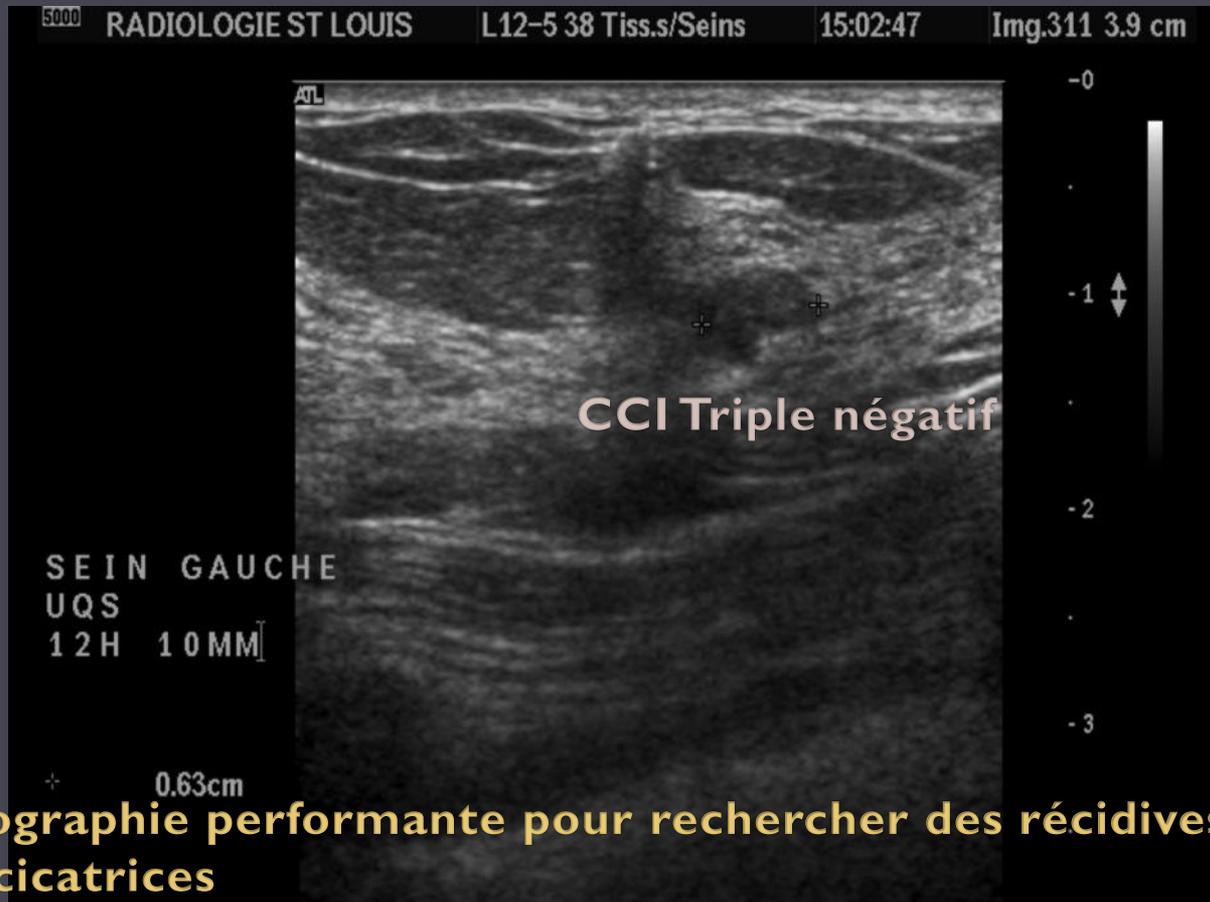
ECHO ?

1 : Oui

2 : Non

Analyse des cicatrices

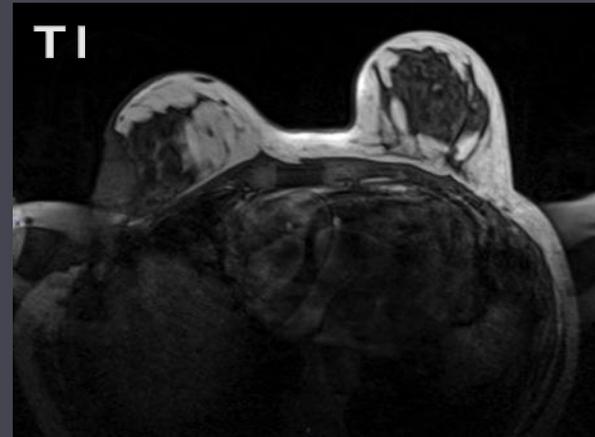
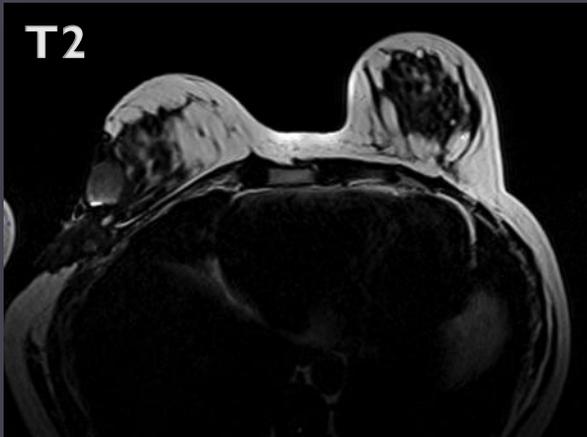
53 ans, ATCD de CCI, à UQS gauche en 2006 traitée par tumorectomie. Surveillance à 5 ans.



Echographie performante pour rechercher des récidives autour des cicatrices

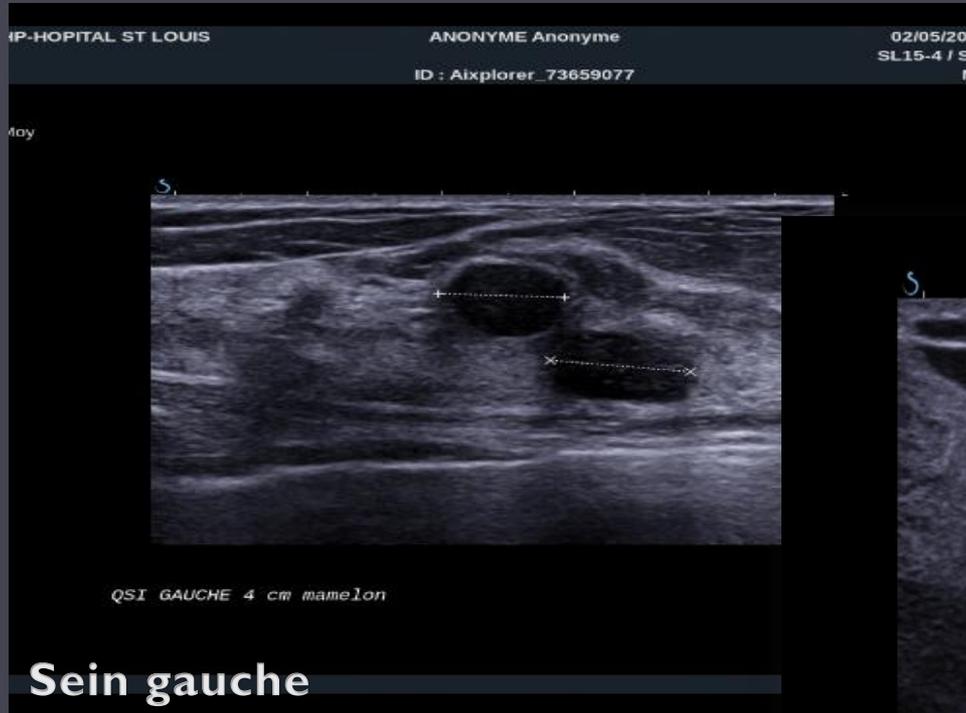
2011 : 32 ans, CCI du sein droit traité par mastectomie.

2011



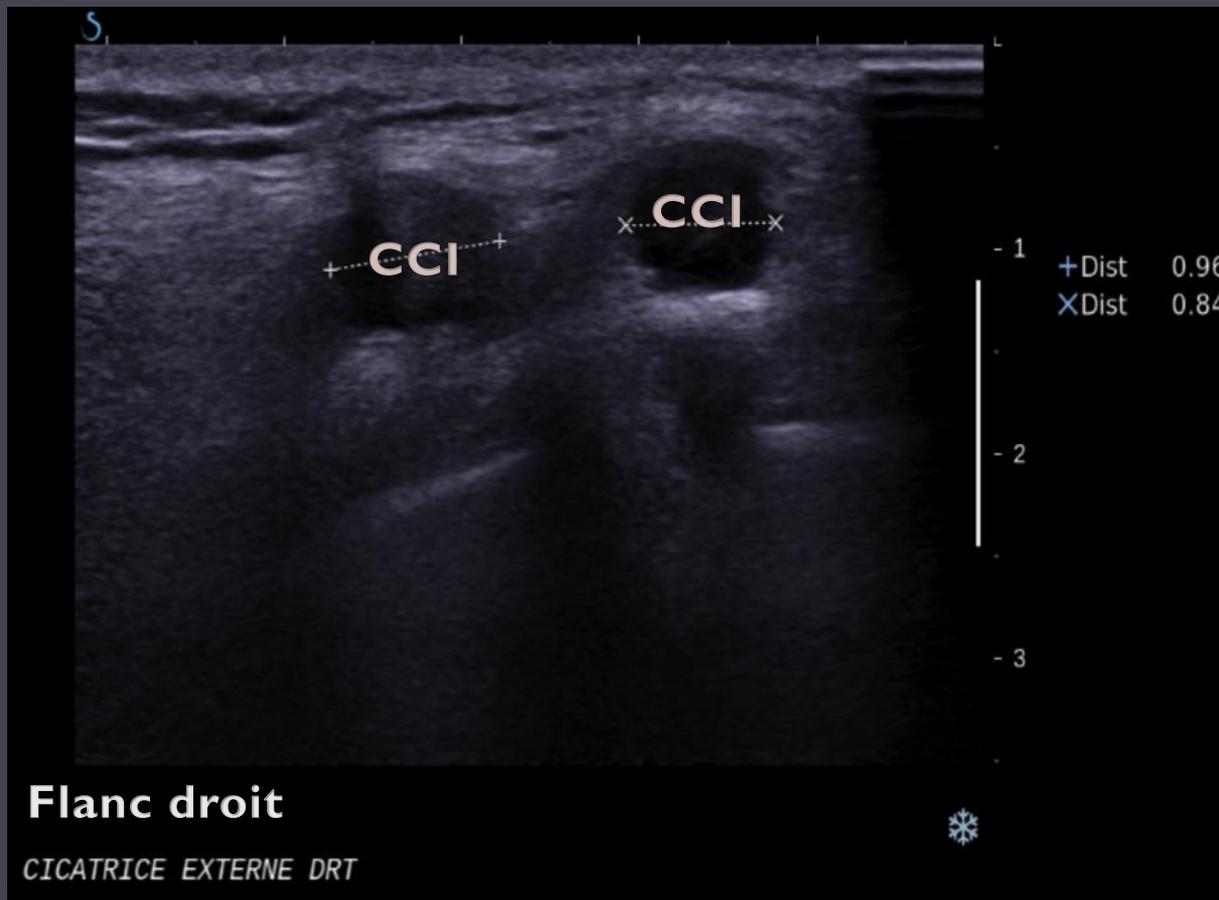
Régions explorées

2012 : Patiente adressée pour surveillance d'ADF et de kystes du sein gauche.



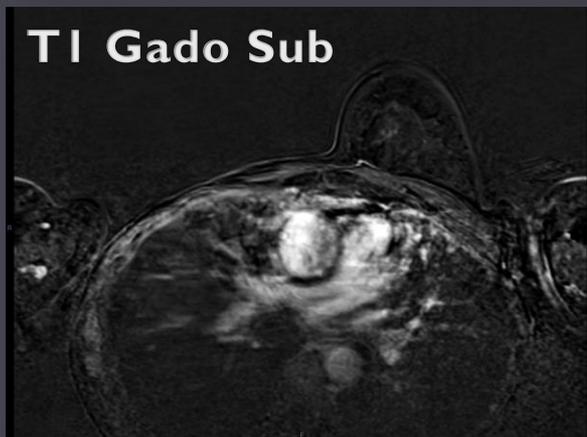
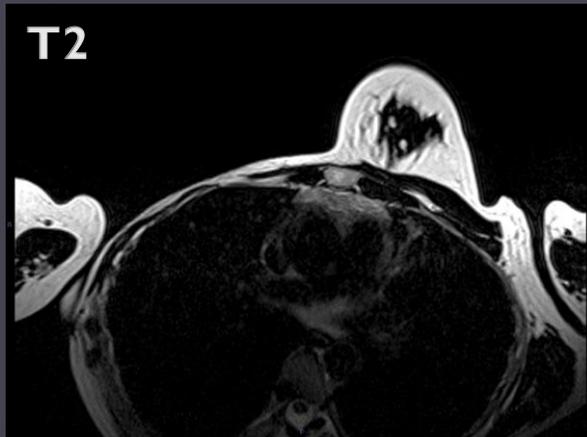
Régions explorées

2012 : Patiente adressée pour surveillance d'ADF et de kystes du sein gauche.



2012 : Patiente adressée pour surveillance d'ADF et de kystes du sein gauche.

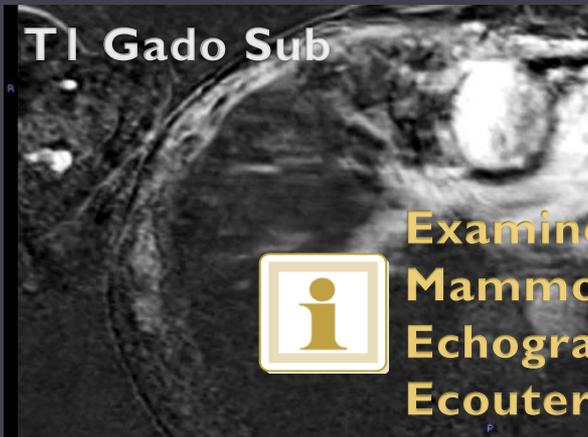
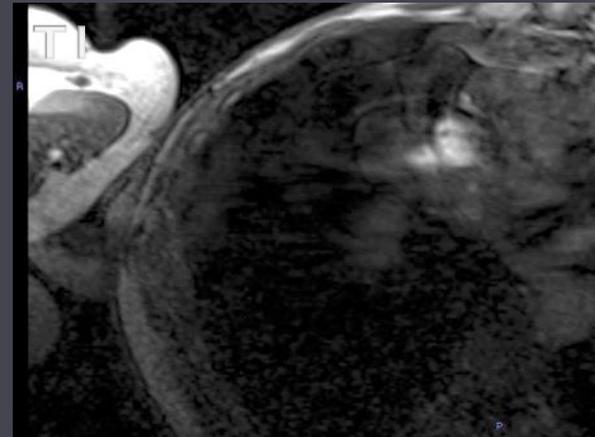
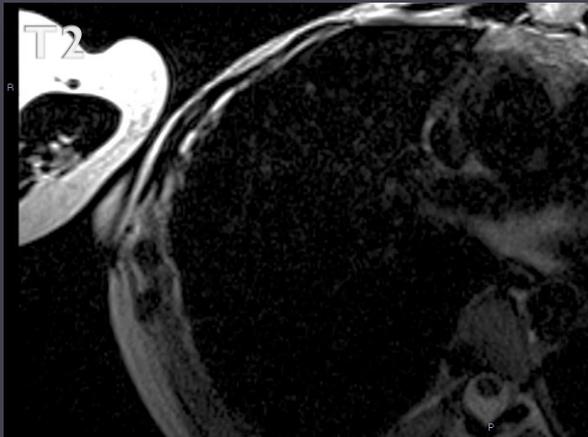
2012



Régions explorées

2012 : Patiente adressée pour surveillance d'ADF et de kystes du sein gauche.

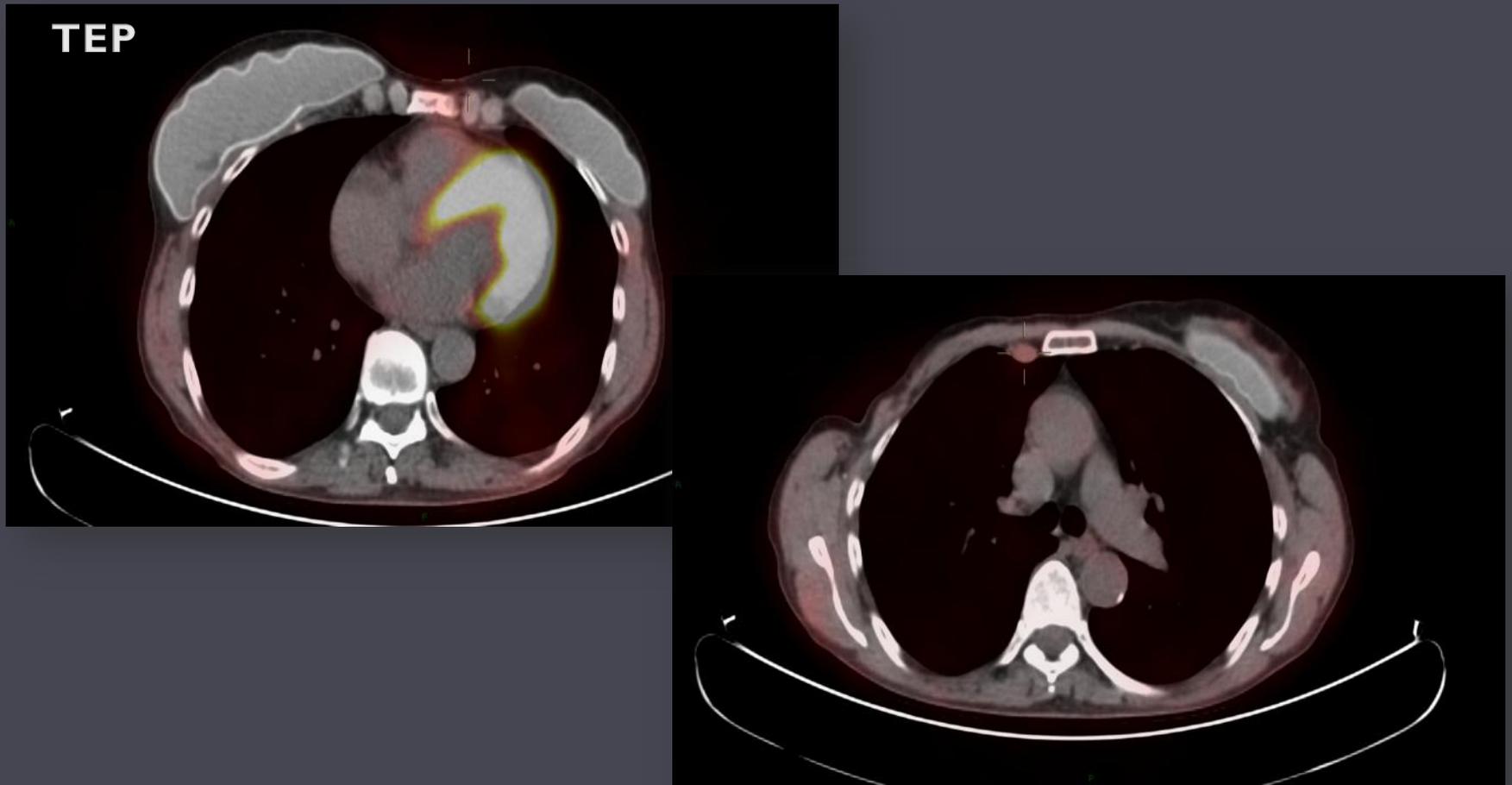
2012



Examiner la paroi après mastectomie
Mammographie si reconstruction par lambeau
Echographie de paroi si pas de reconstruction
Ecouter les patientes

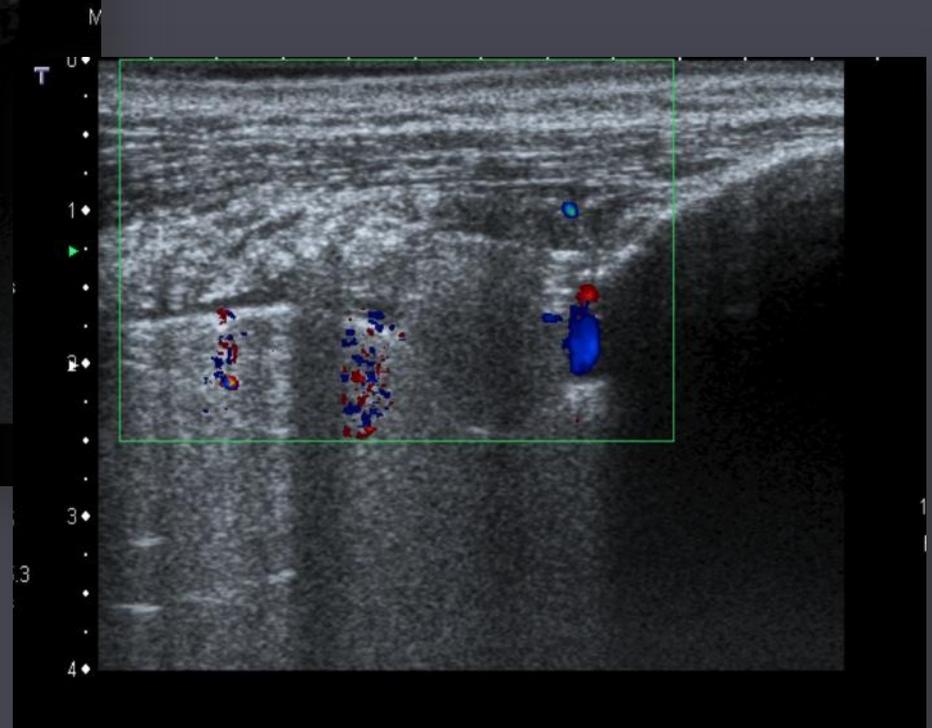
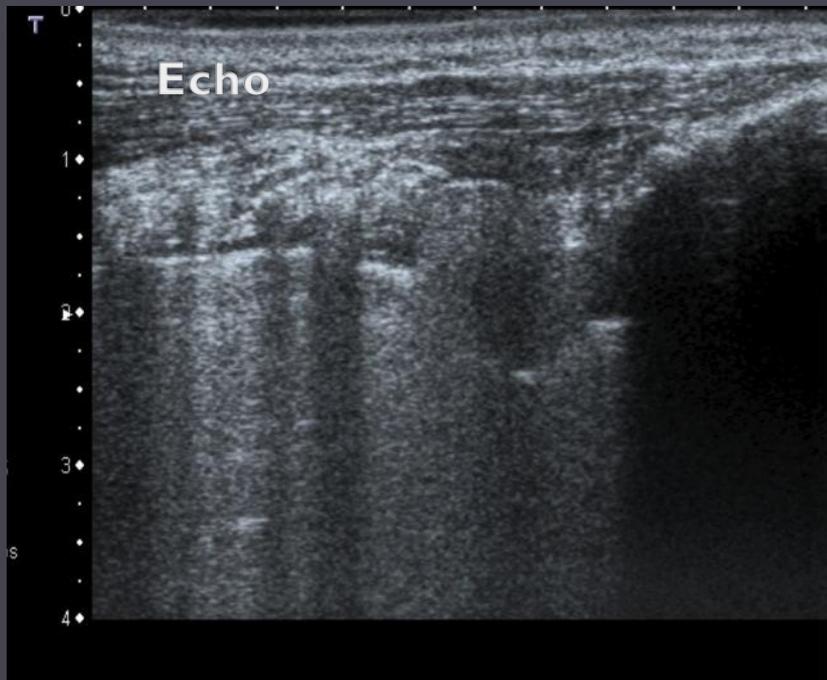
ADP thoracique interne

61 ans, ATCD de CCI du sein droit traité par mastectomie. Surveillance annuelle. Discrète augmentation du CA 15.3



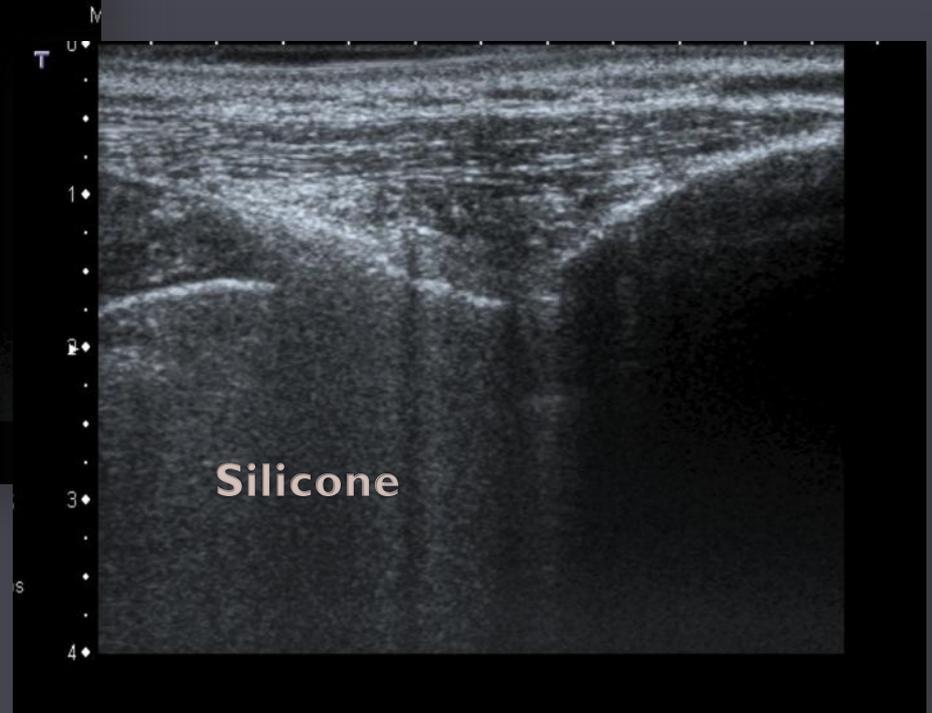
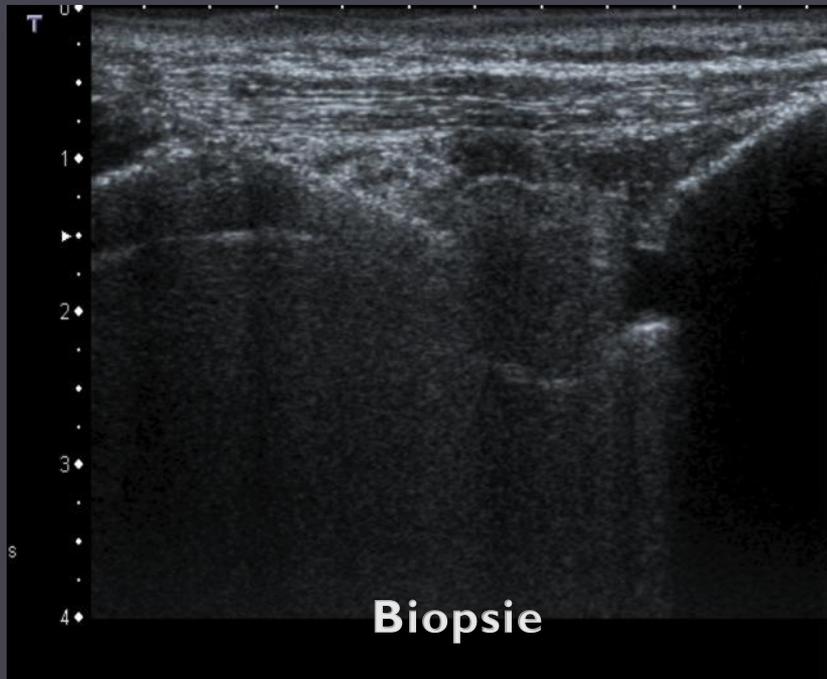
ADP thoracique interne

61 ans, ATCD de CCI du sein droit traité par mastectomie. Surveillance annuelle.



ADP thoracique interne

61 ans, ATCD de CCI du sein droit traité par mastectomie. Surveillance annuelle.

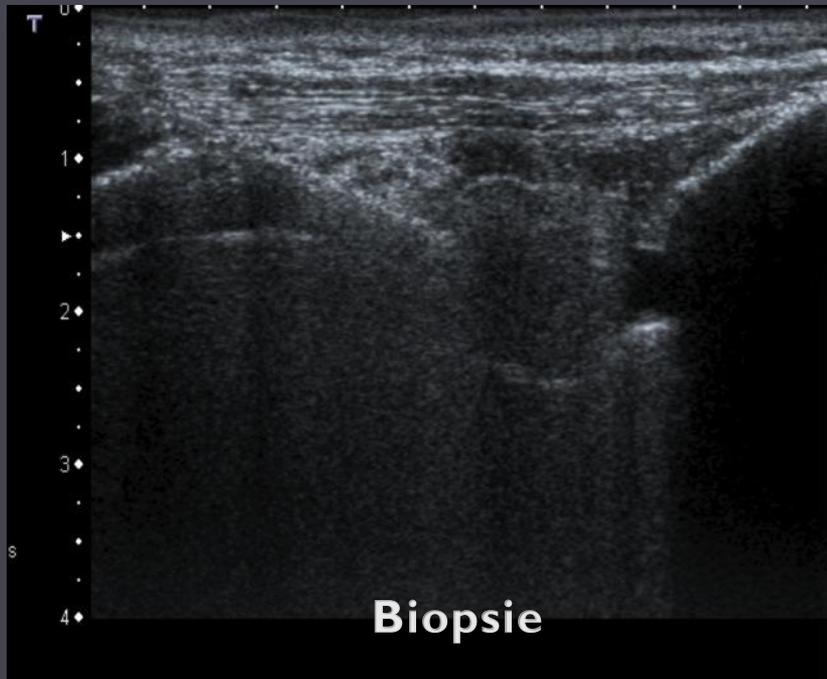


Rupture prothétique?

1. Oui
2. Non

ADP thoracique interne

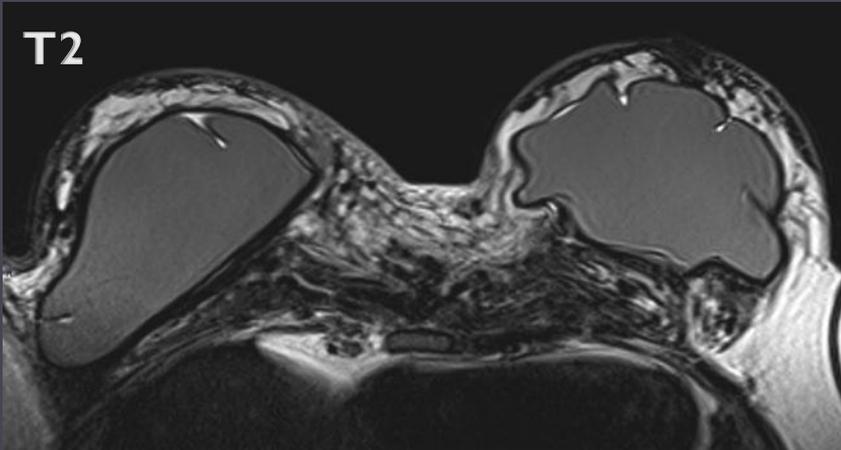
61 ans, ATCD de CCI du sein droit traité par mastectomie. Surveillance annuelle.



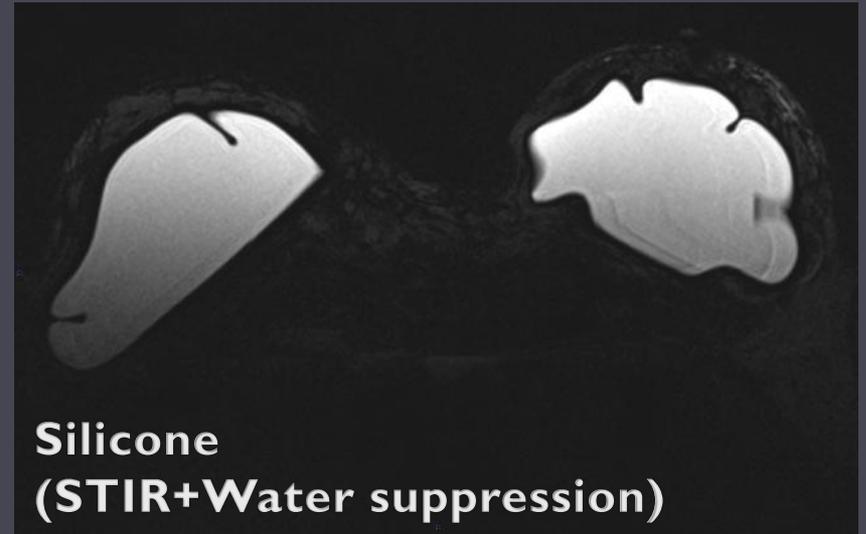
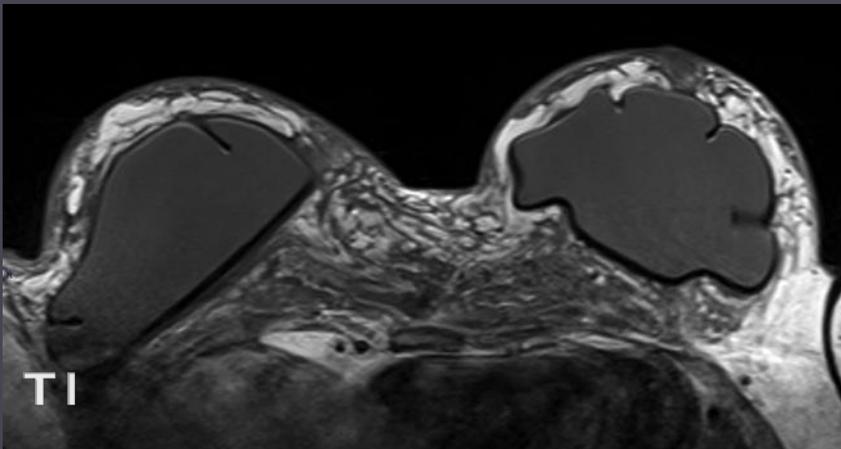
La présence de silicone intraganglionnaire ne traduit pas nécessairement une rupture prothétique.

Suspicion clinique de rupture prothétique

T2



T1



**Silicone
(STIR+Water suppression)**

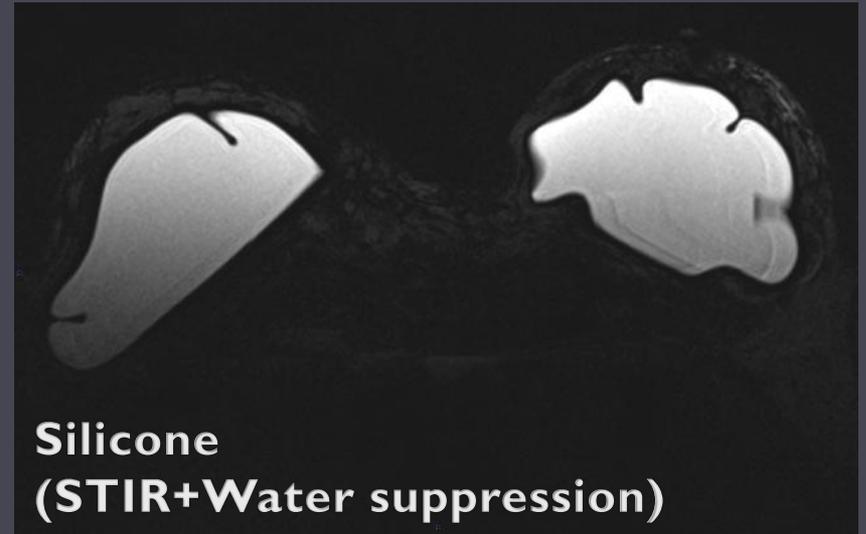
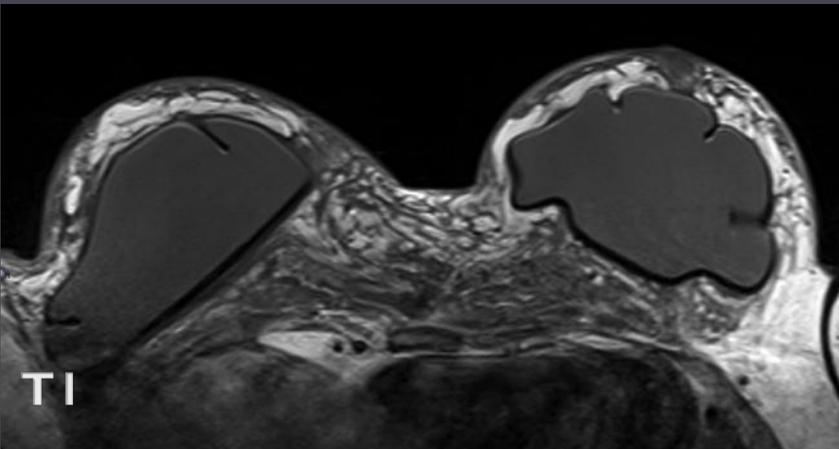
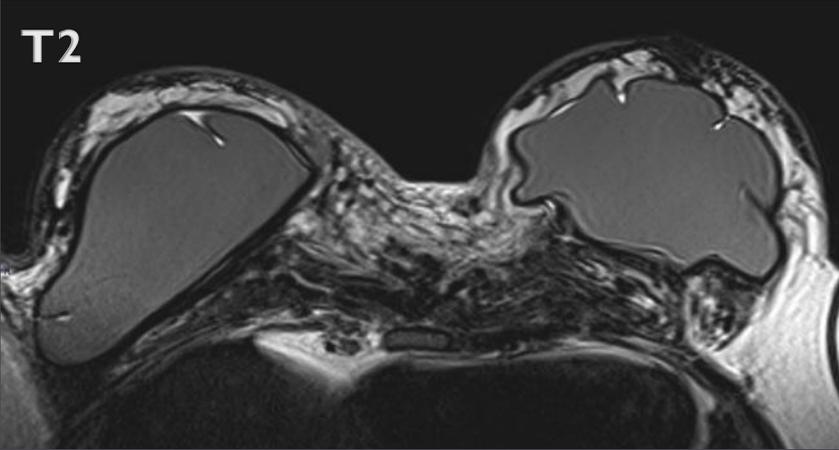


Rupture prothétique?

1. Oui
2. Non

Suspicion clinique de rupture prothétique

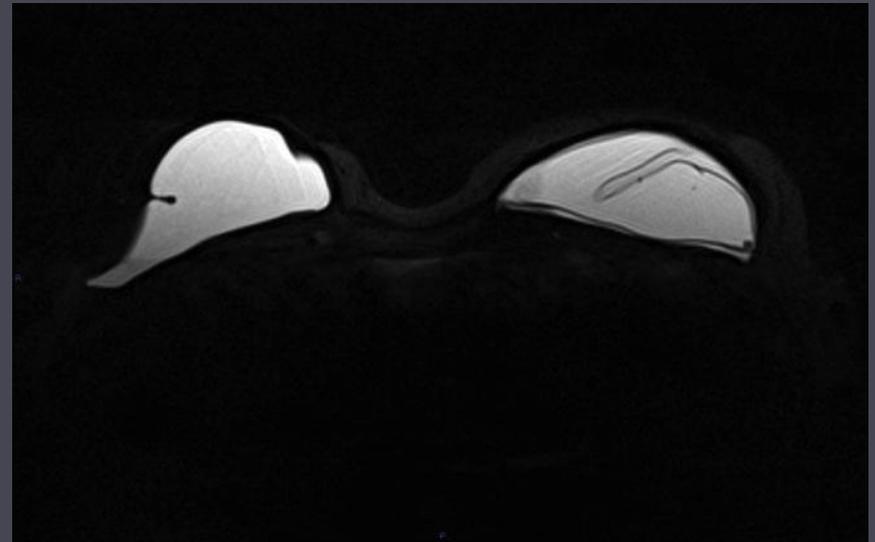
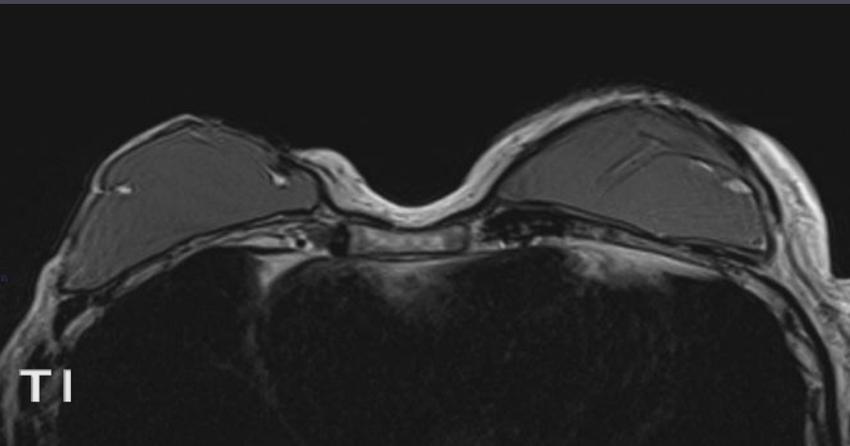
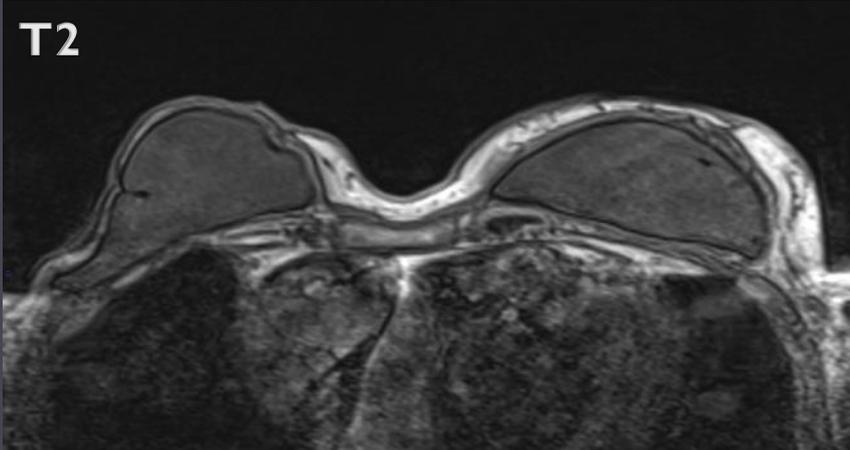
T2



La présence de plis est normale

Suspicion clinique de rupture prothétique

T2

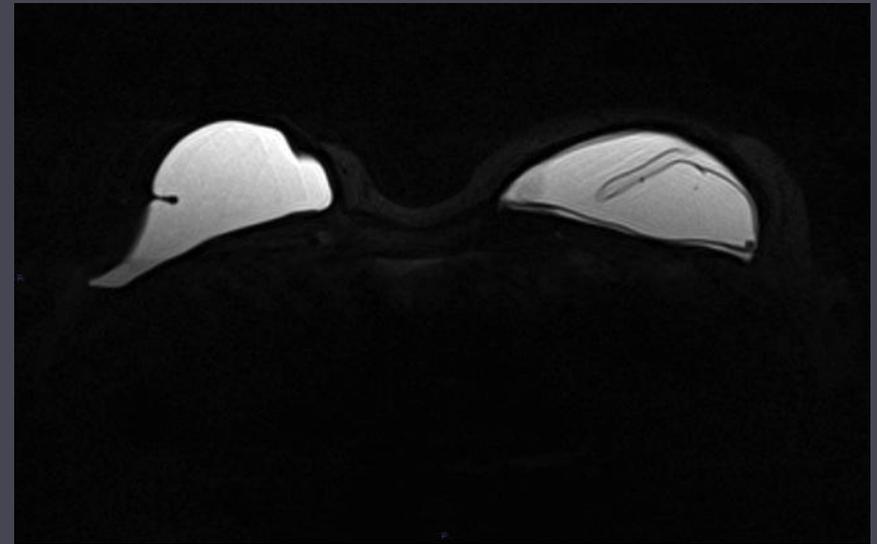
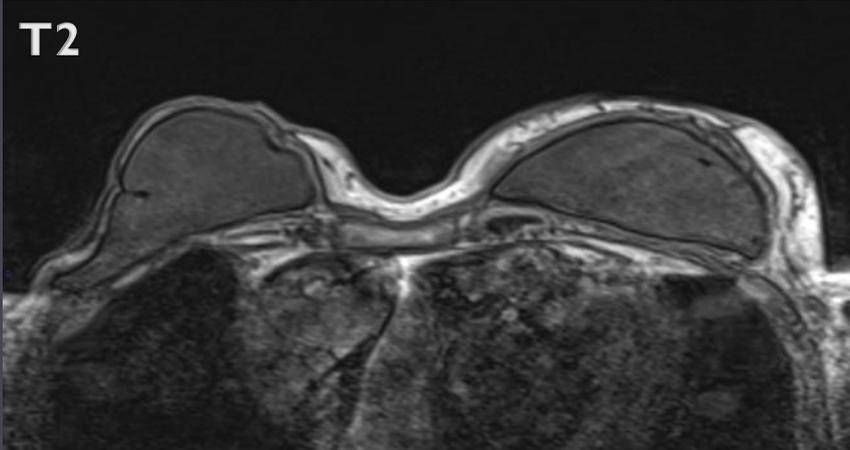


Rupture prothétique?

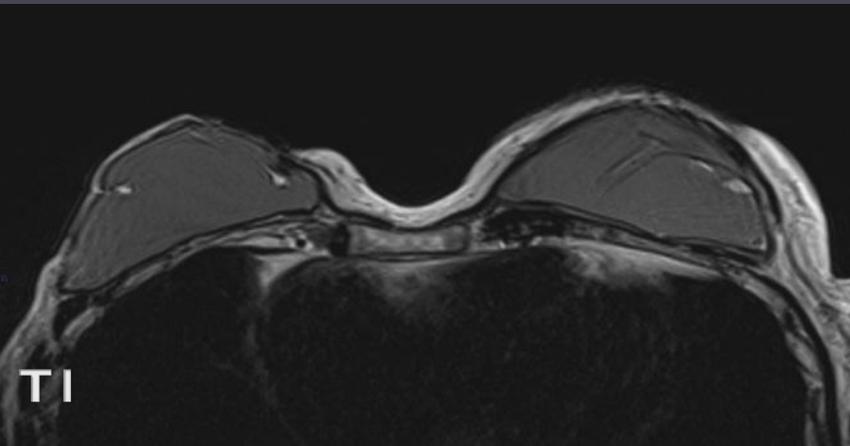
1. Oui
2. Non

Suspicion clinique de rupture prothétique

T2

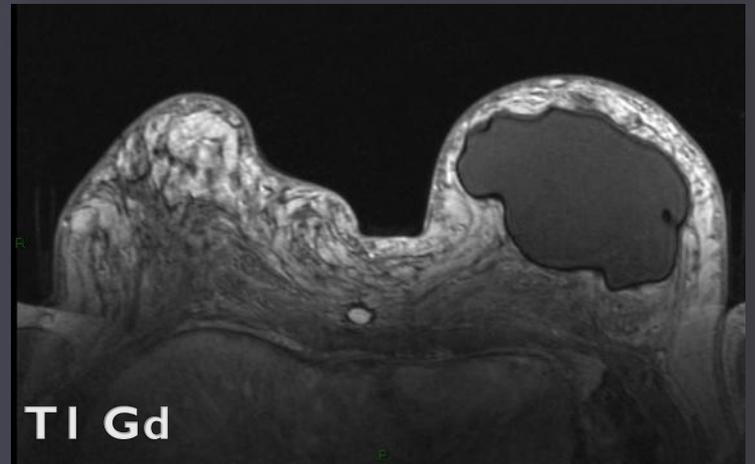
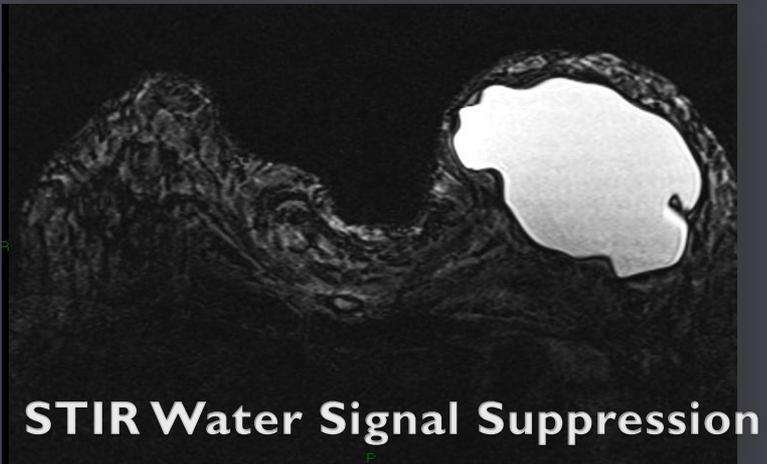
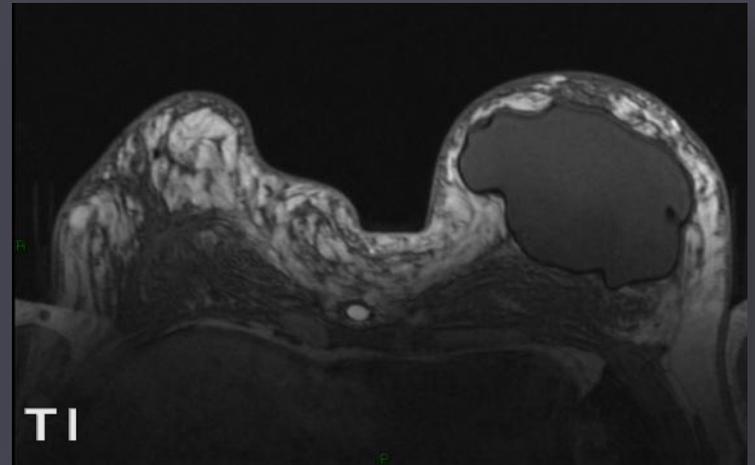


T1



La présence du « linguine sign » signe une rupture intracapsulaire

Suspicion clinique de rupture prothétique sur première prothèse.



Suspicion clinique de rupture prothétique sur première prothèse.

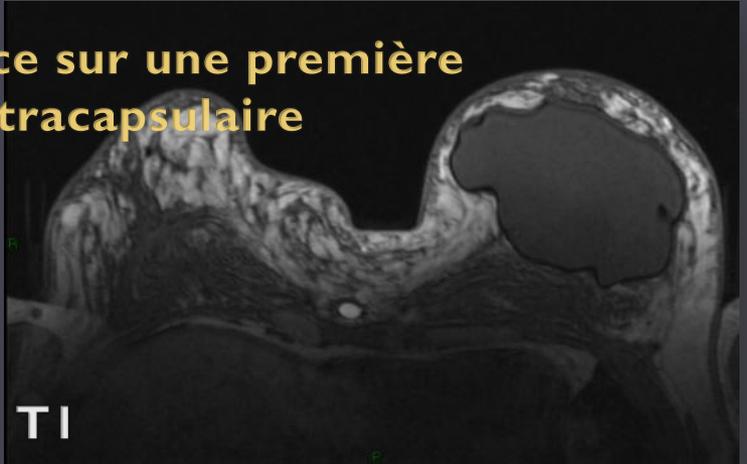


La présence de silicone à distance sur une première prothèse traduit une rupture extracapsulaire

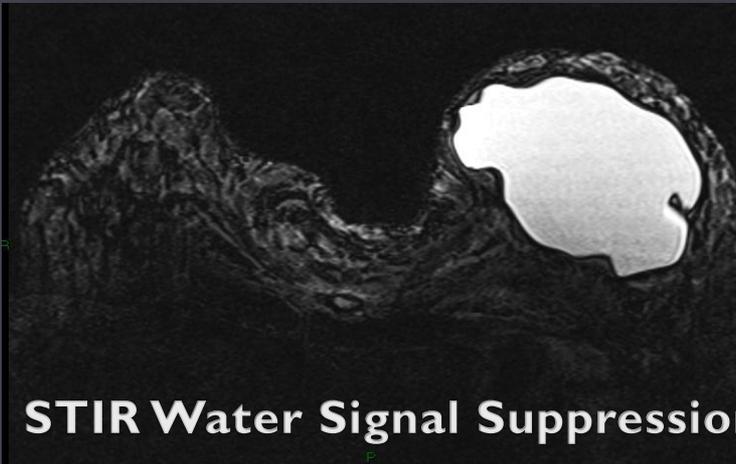
T2



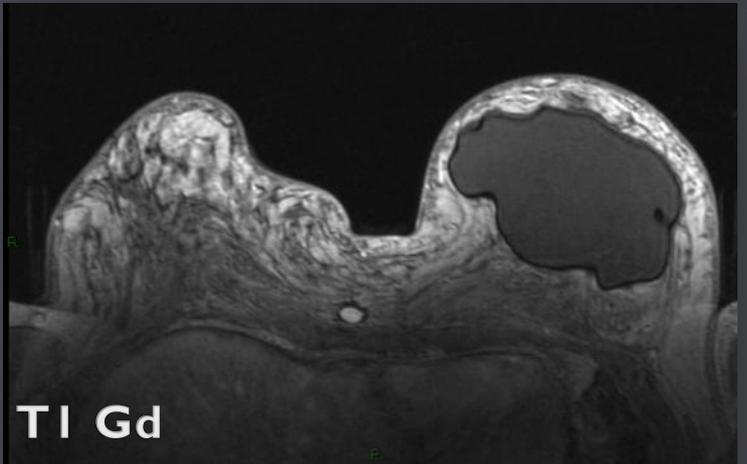
T1



STIR Water Signal Suppression



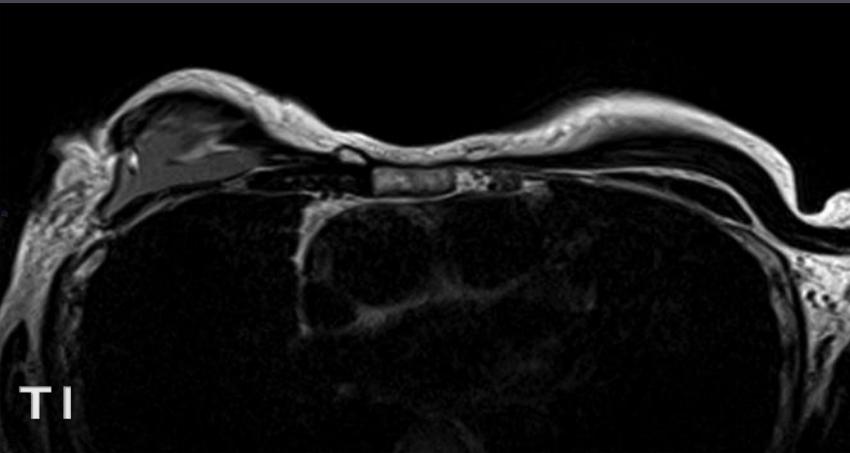
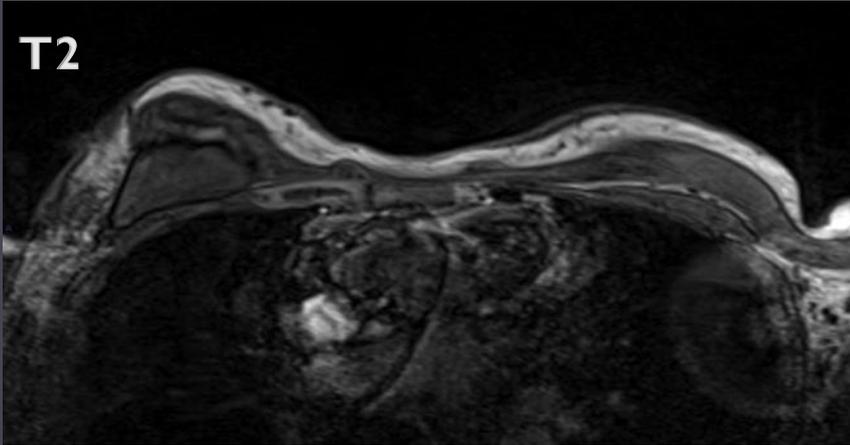
T1 Gd



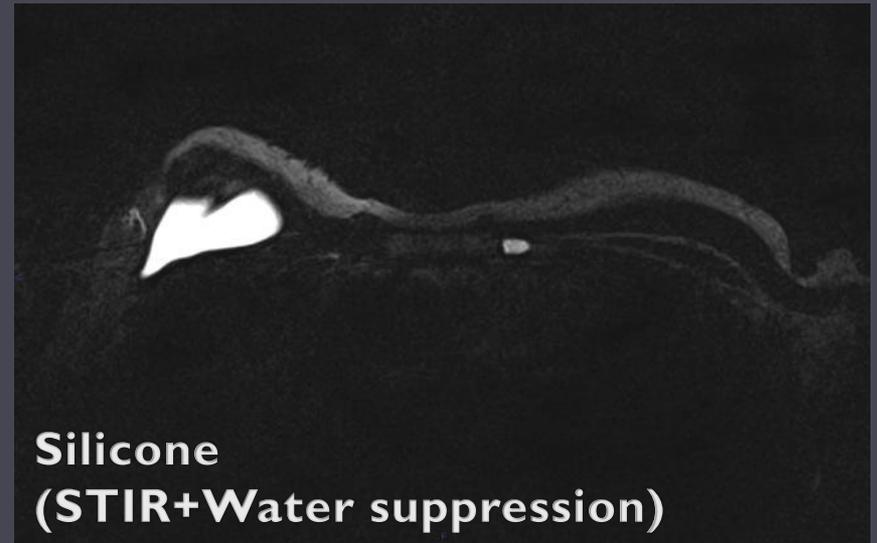
Implants

ATCD de rupture extracapsulaire de prothèse en silicone. Remplacement il y a 4 ans.

T2



T1



Silicone
(STIR+Water suppression)

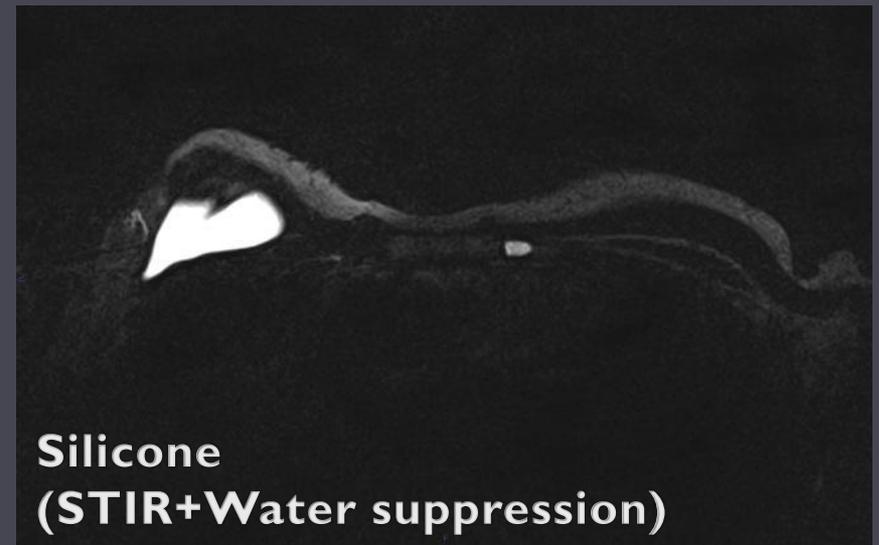
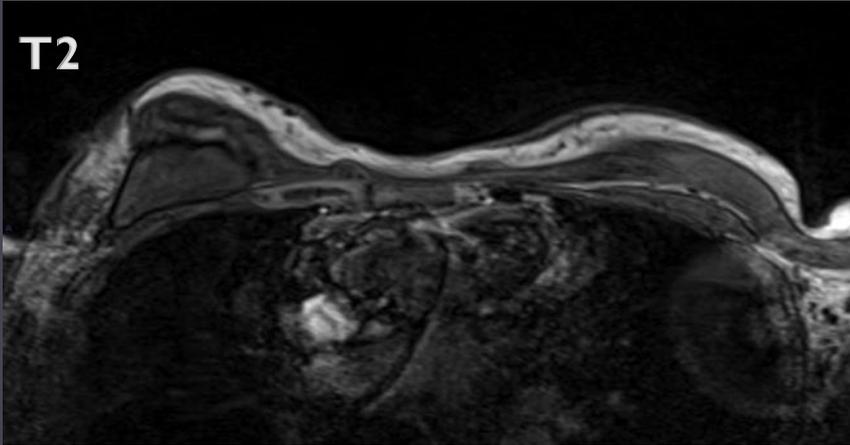


Rupture prothétique?

1. Oui
2. Non

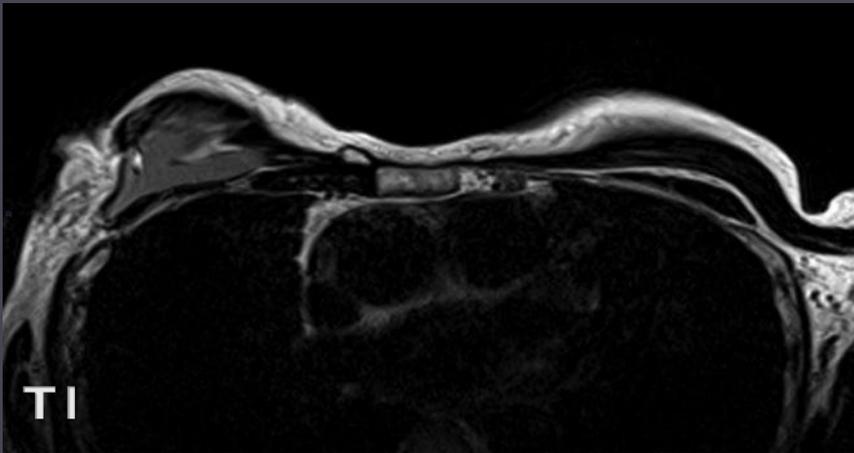
ATCD de rupture extracapsulaire de prothèse en silicone. Remplacement il y a 4 ans.

T2



Silicone
(STIR+Water suppression)

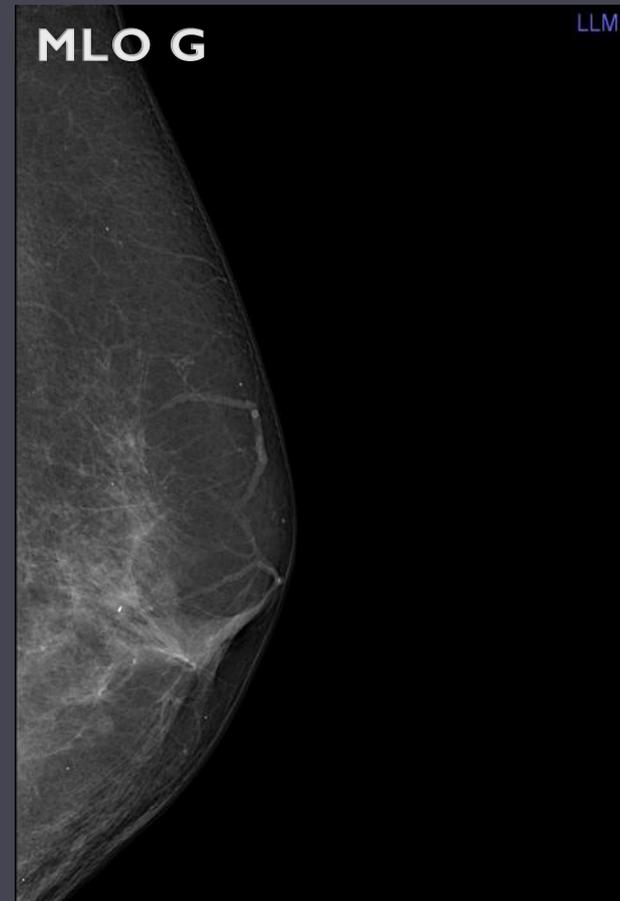
T1



La présence de silicone à distance de la prothèse peut traduire la persistance de silicone après la 1ere rupture

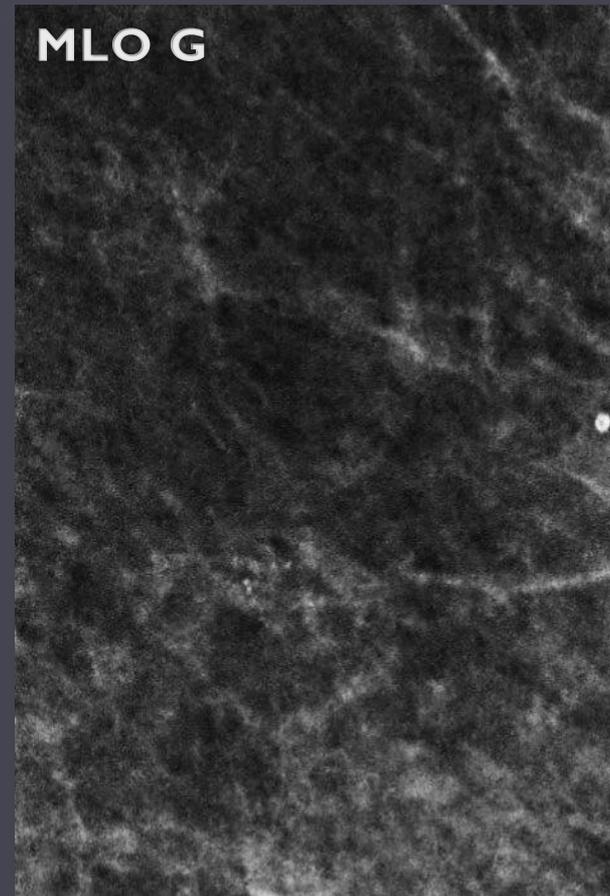
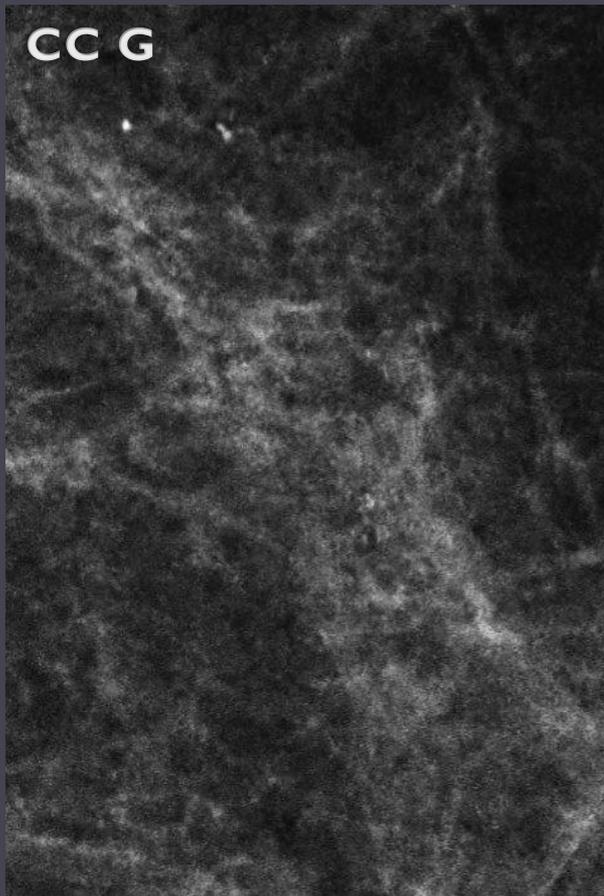
Durée de la surveillance

72 ans, ATCD de CCI du sein droit traité par mastectomie en 1982. Surveillance annuelle.



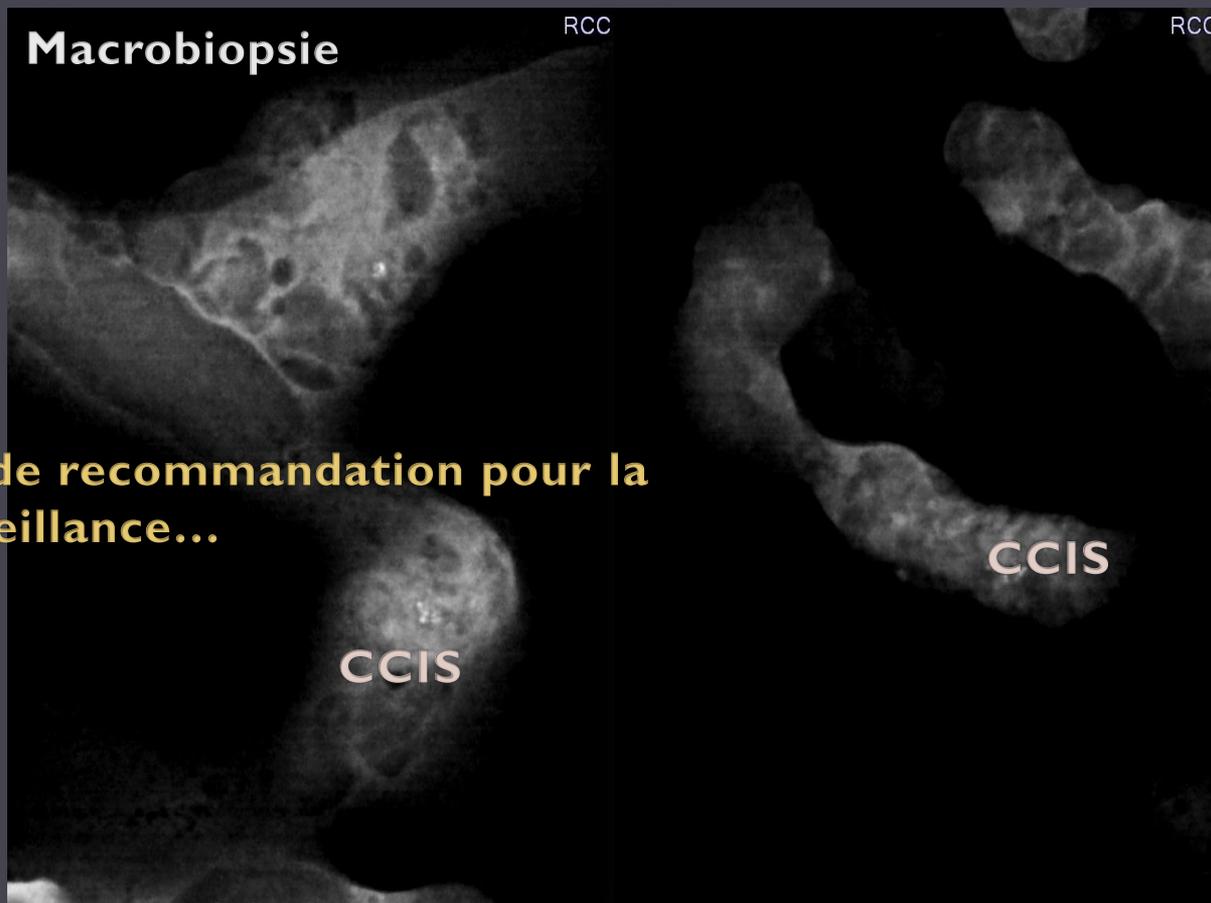
Durée de la surveillance

72 ans, ATCD de CCI du sein droit traité par mastectomie en 1982. Surveillance annuelle.



Durée de la surveillance

72 ans, ATCD de CCI du sein droit traité par mastectomie en 1982. Surveillance annuelle.

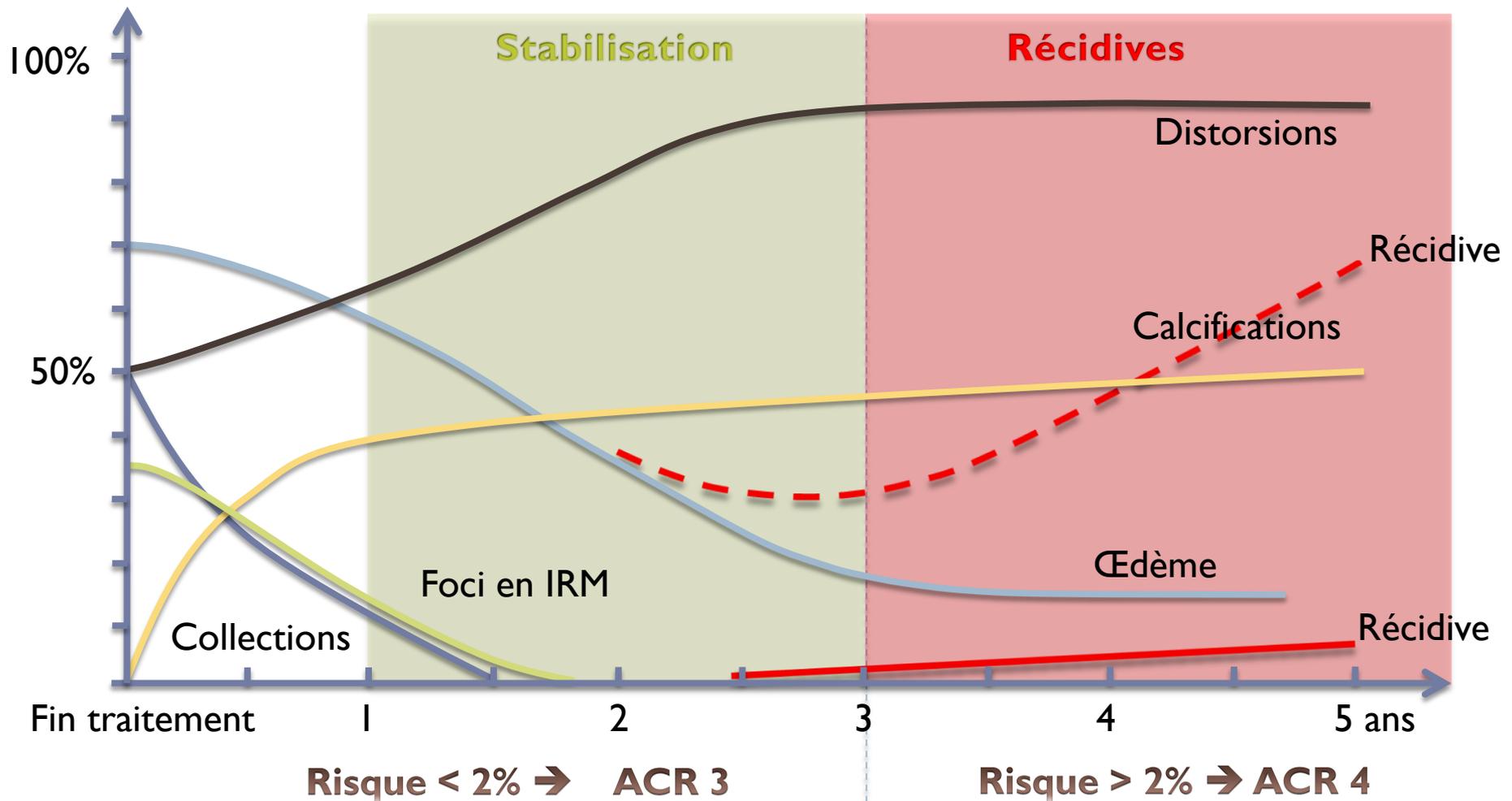


Pas de recommandation pour la surveillance...

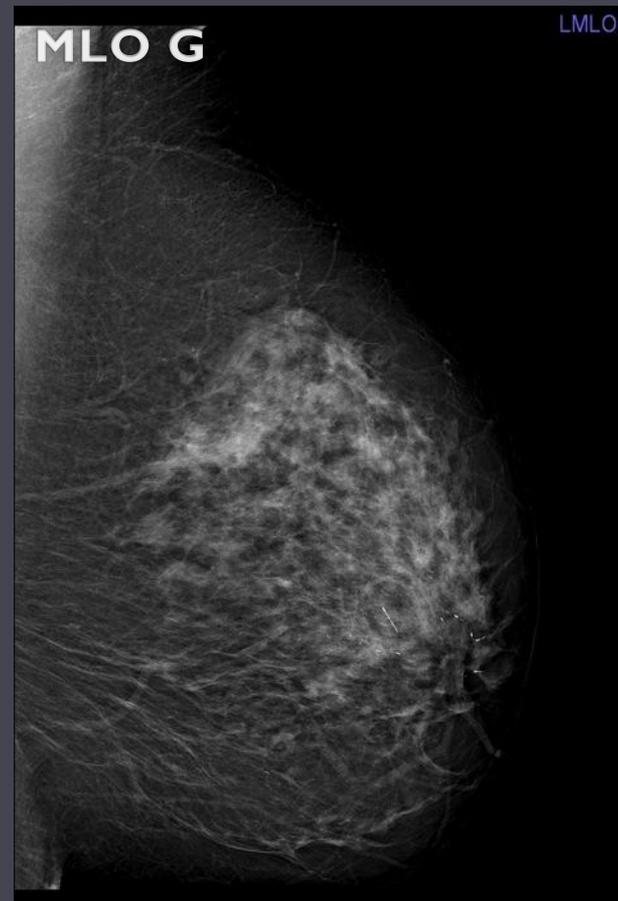
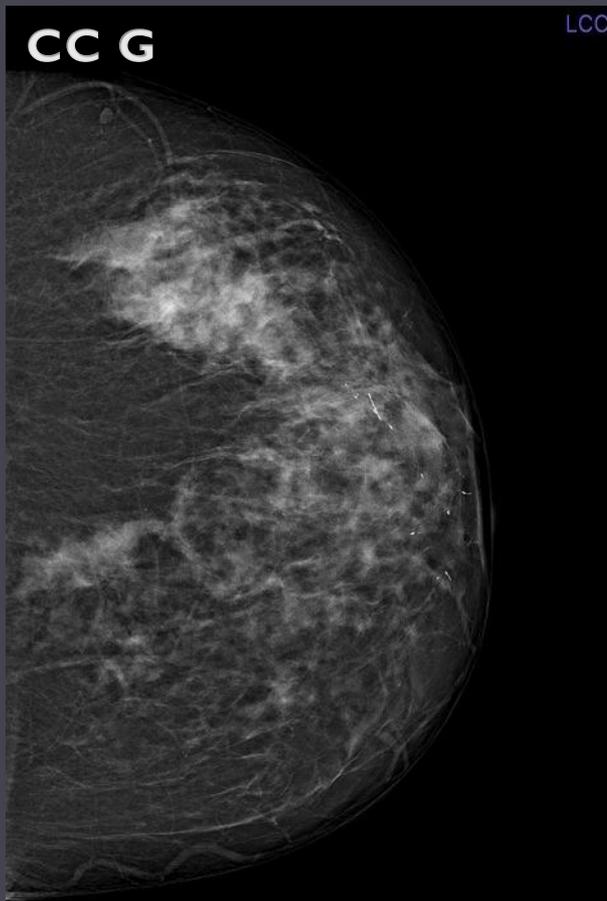
Pièges liés à l'interprétation

Sein traité : Images pièges

Chronologie



59 ans, ATCD de CCI droit en 2005 traité par mastectomie. Surveillance à 6 ans.

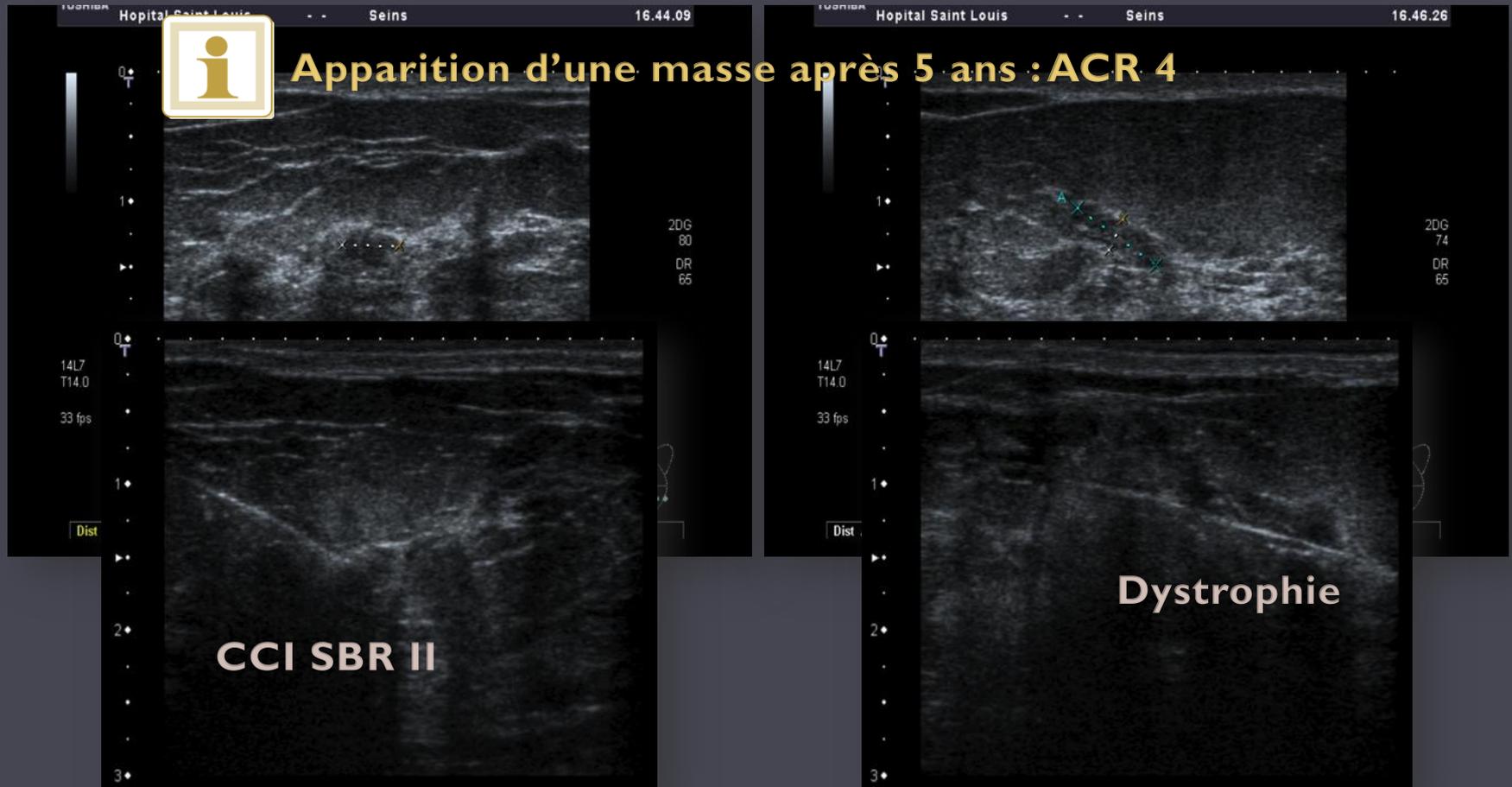


59 ans, ATCD de CCI droit en 2005 traité par mastectomie. Surveillance à 6 ans.



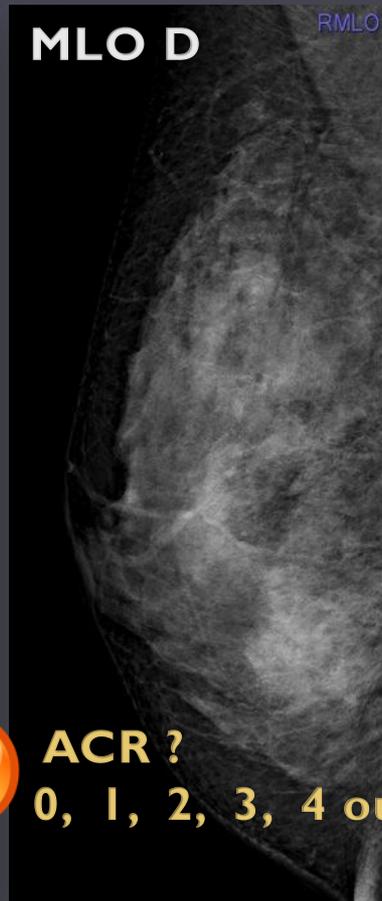
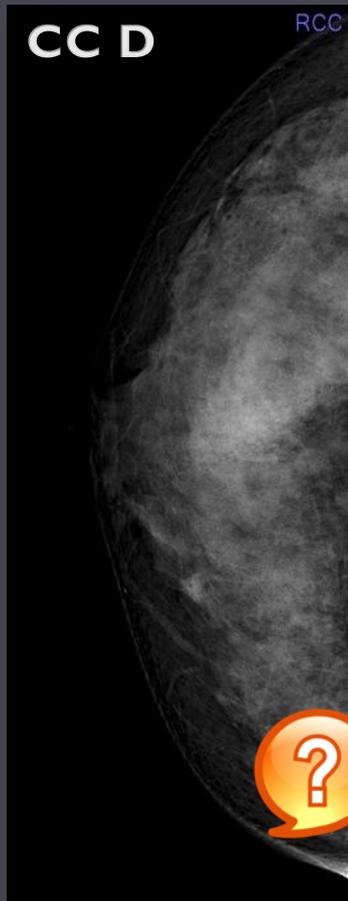
 **ACR ?**
0, 1, 2, 3, 4 ou 5

59 ans, ATCD de CCI droit en 2005 traité par mastectomie. Surveillance à 6 ans.



Microcalcifications

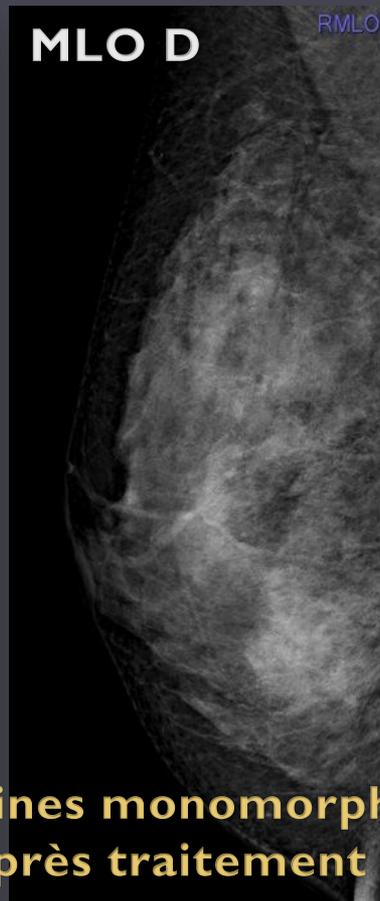
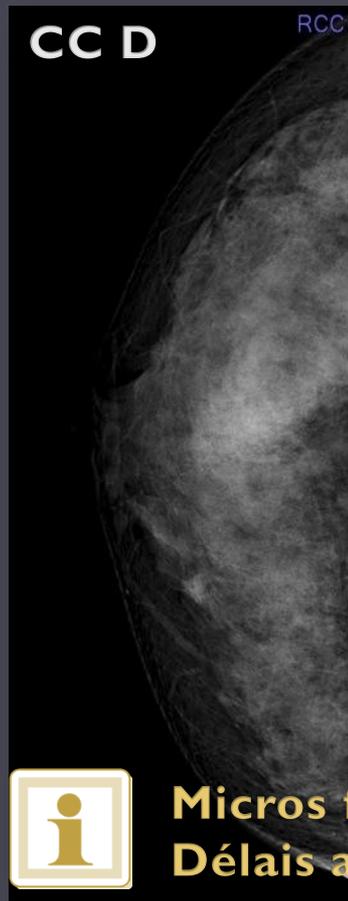
72 ans, ATCD de CCIS doit en 2009 traité par tumorectomie. Surveillance en 2011.



2011

Microcalcifications

72 ans, ATCD de CCIS doit en 2009 traité par tumorectomie. Surveillance en 2011.



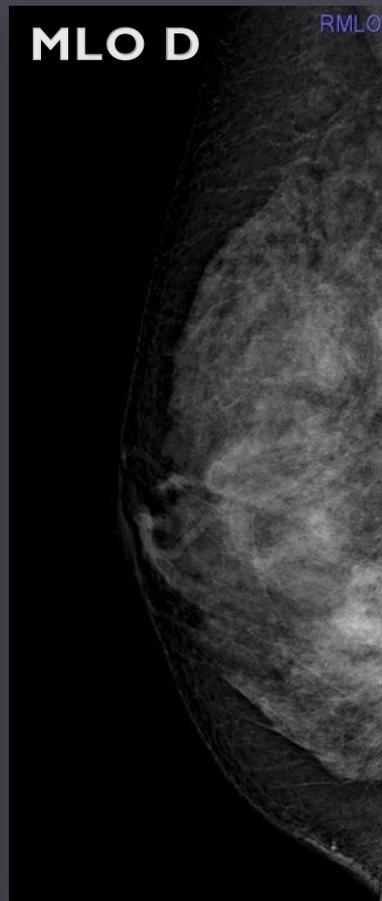
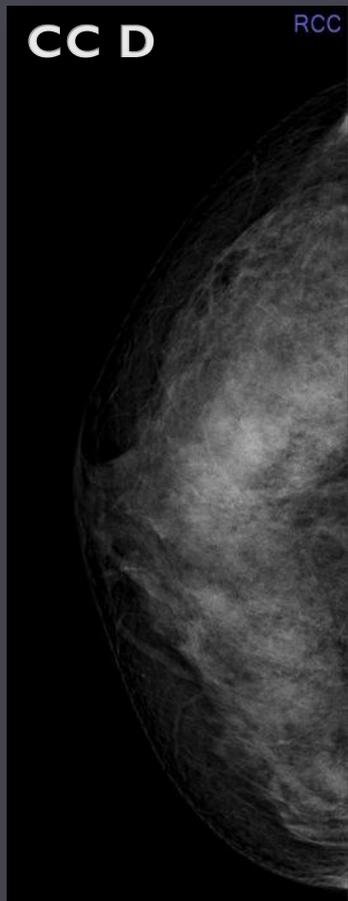
2011



Micros fines monomorphes : ACR 3
Délais après traitement < 3ans

Microcalcifications

72 ans, ATCD de CCIS doit en 2009 traité par tumorectomie. Surveillance en 2011.



2012

72 ans, ATCD de CCIS doit en 2009 traité par tumorectomie. Surveillance en 2011.



72 ans, ATCD de CCIS doit en 2009 traité par tumorectomie. Surveillance en 2011.

2011
Agrandissement

2012
Agrandissement

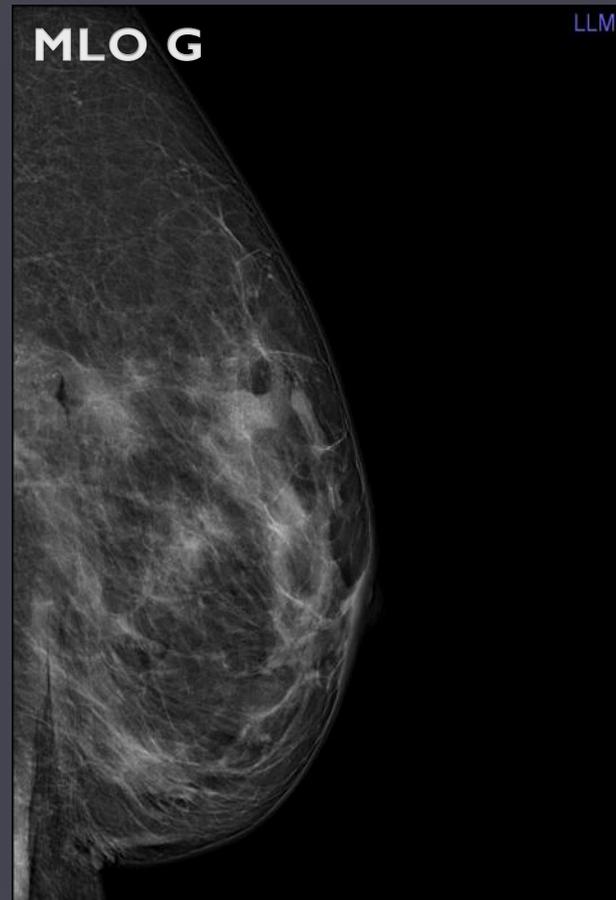
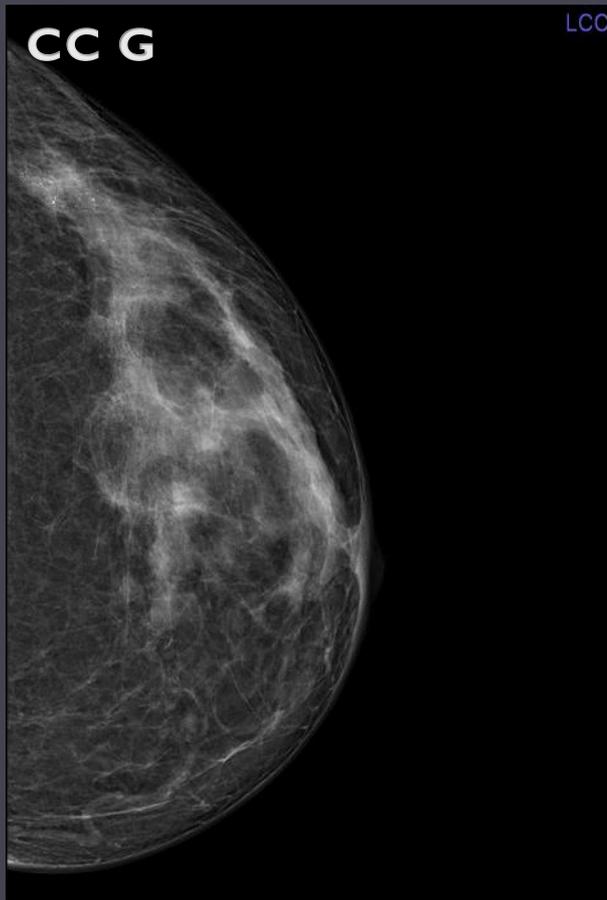
CCIS



- Progression après 3ans des micros. >10, polymorphes : ACR 4
- 80% des cancers avec micros récidivent avec des micros
- 70% des cancers avec masses récidivent avec des masses

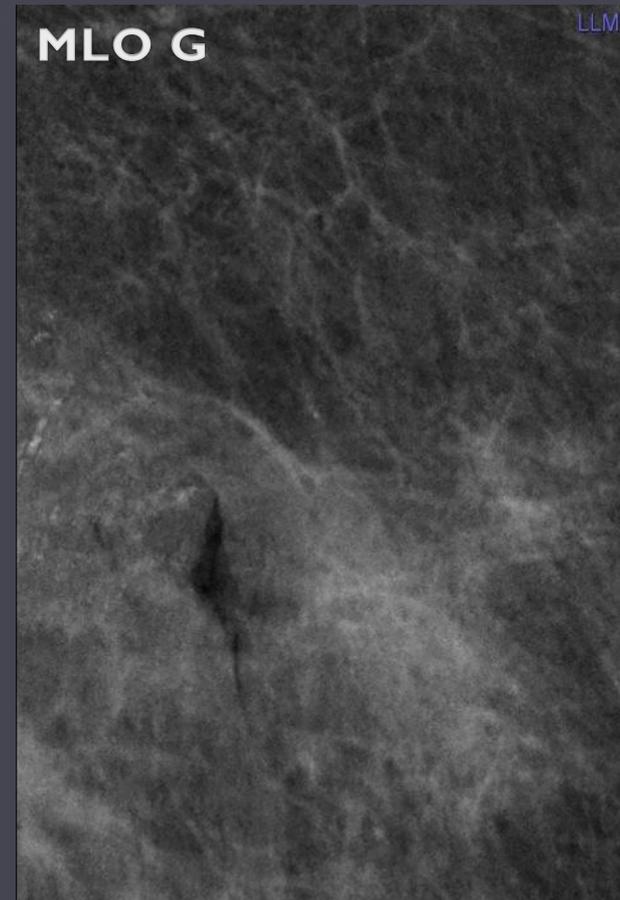
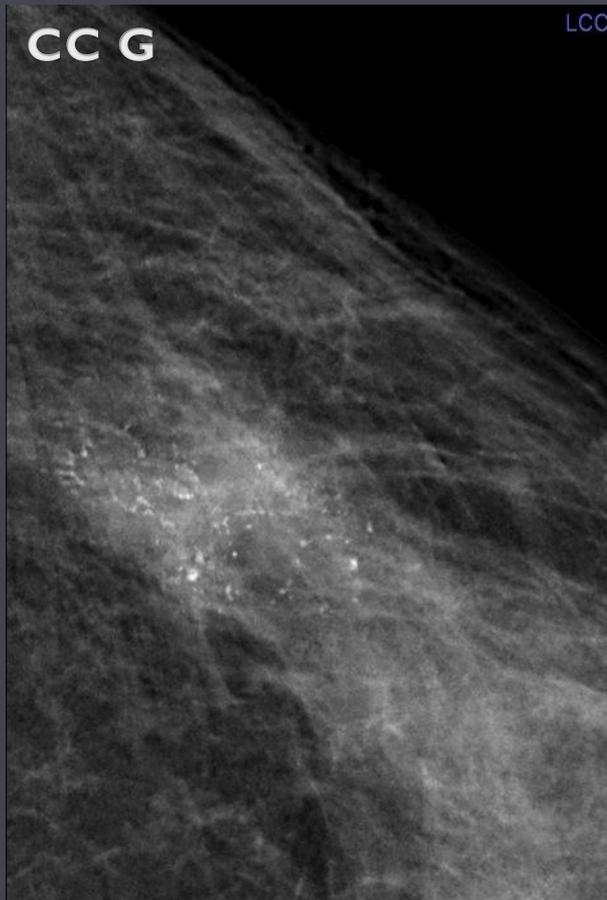
55 ans, CCIS du QSE gauche en 2011.

2011



55 ans, CCIS du QSE gauche en 2011.

2011



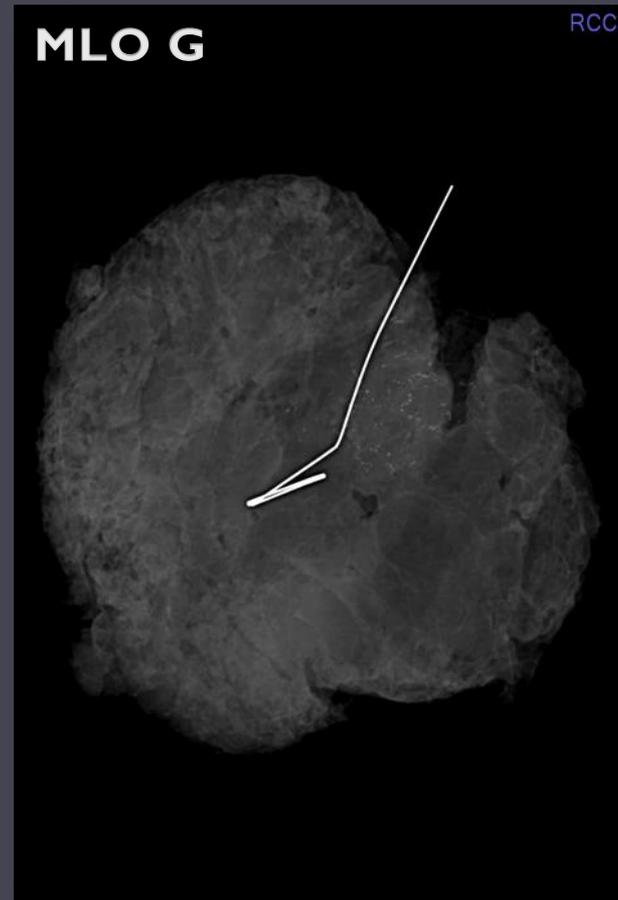
55 ans, CCIS du QSE gauche en 2011.

2011

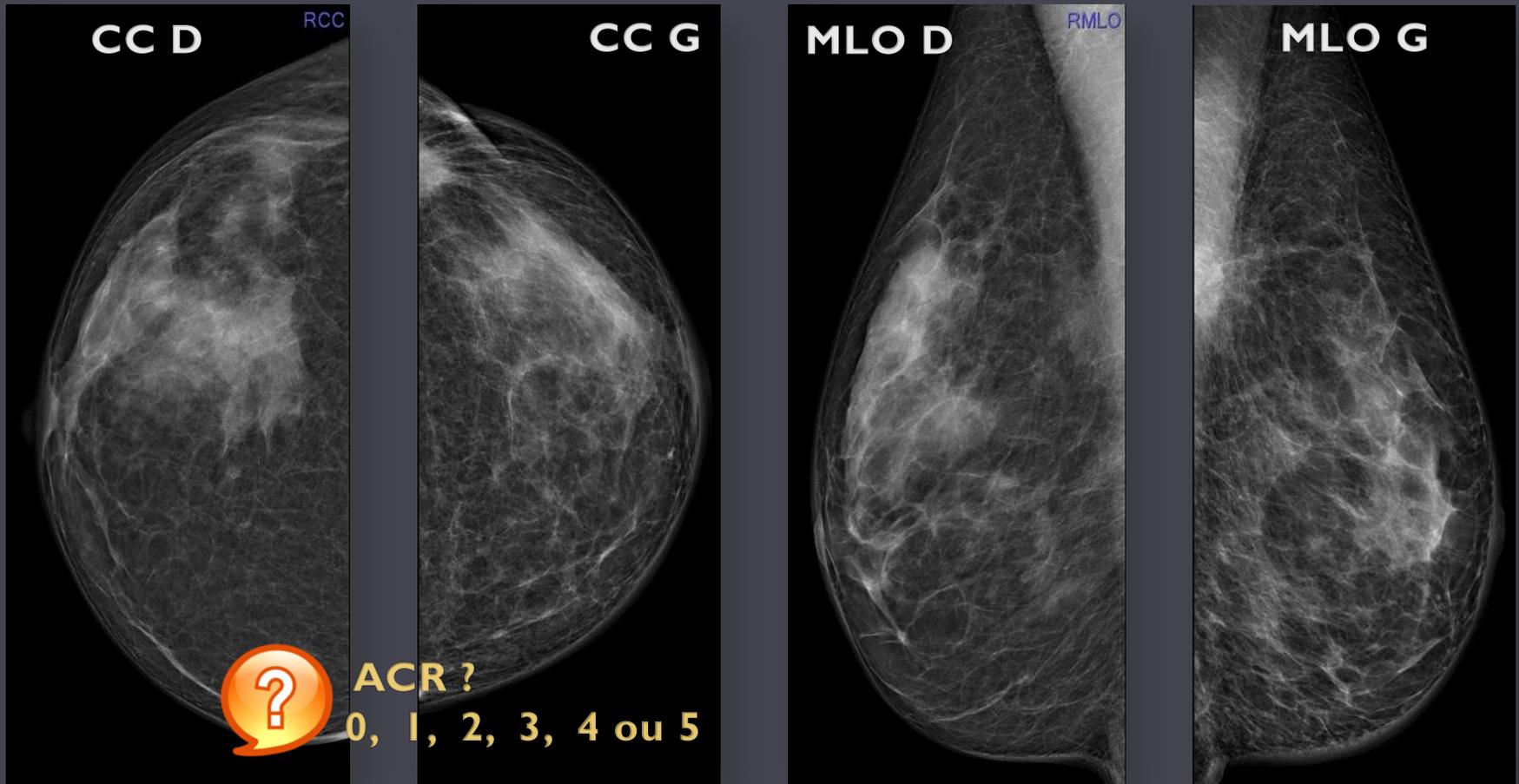


55 ans, CCIS du QSE gauche en 2011.

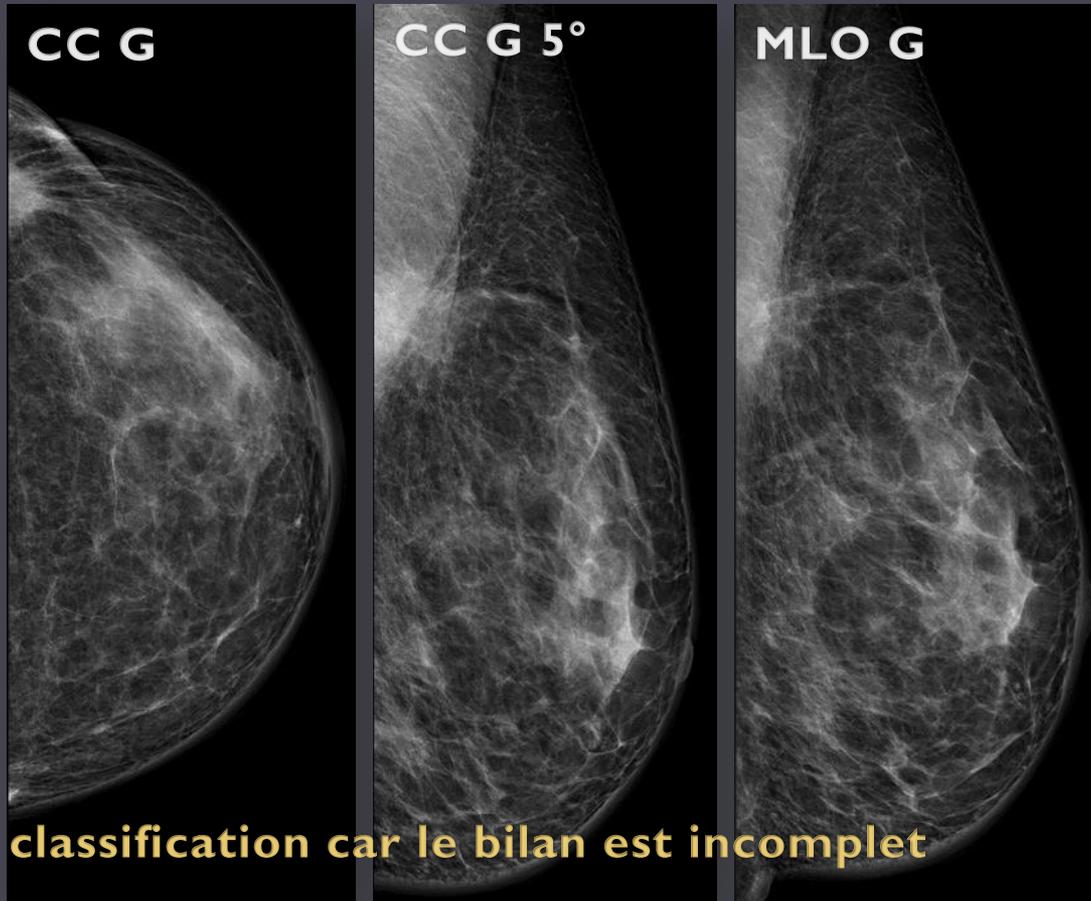
2011



55 ans, ATCD de CCIS du QSE gauche en 2011. Surveillance en 2012.

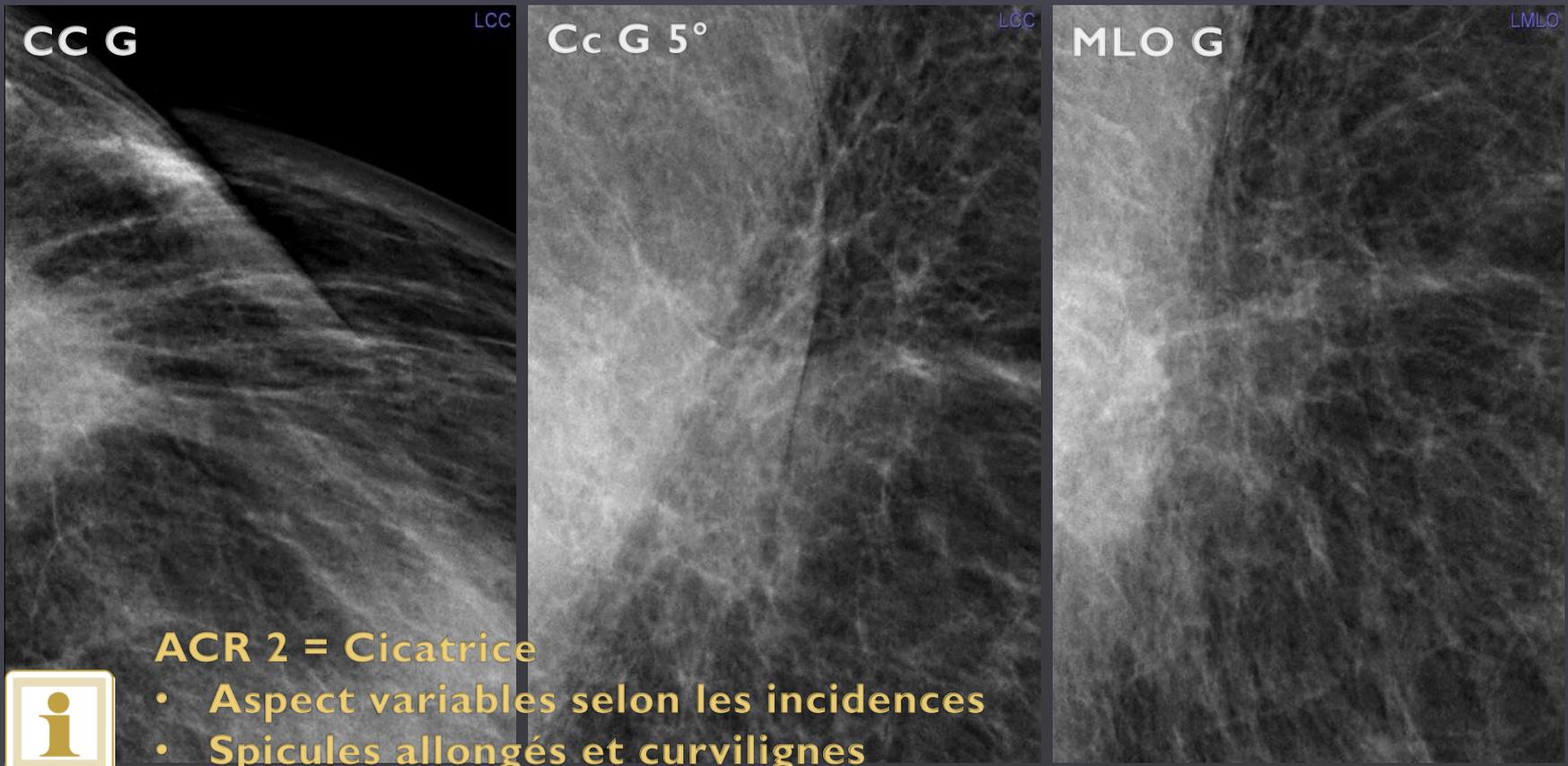


55 ans, ATCD de CCIS du QSE gauche en 2011. Surveillance en 2012.



Pas de classification car le bilan est incomplet

55 ans, ATCD de CCIS du QSE gauche en 2011. Surveillance en 2012.

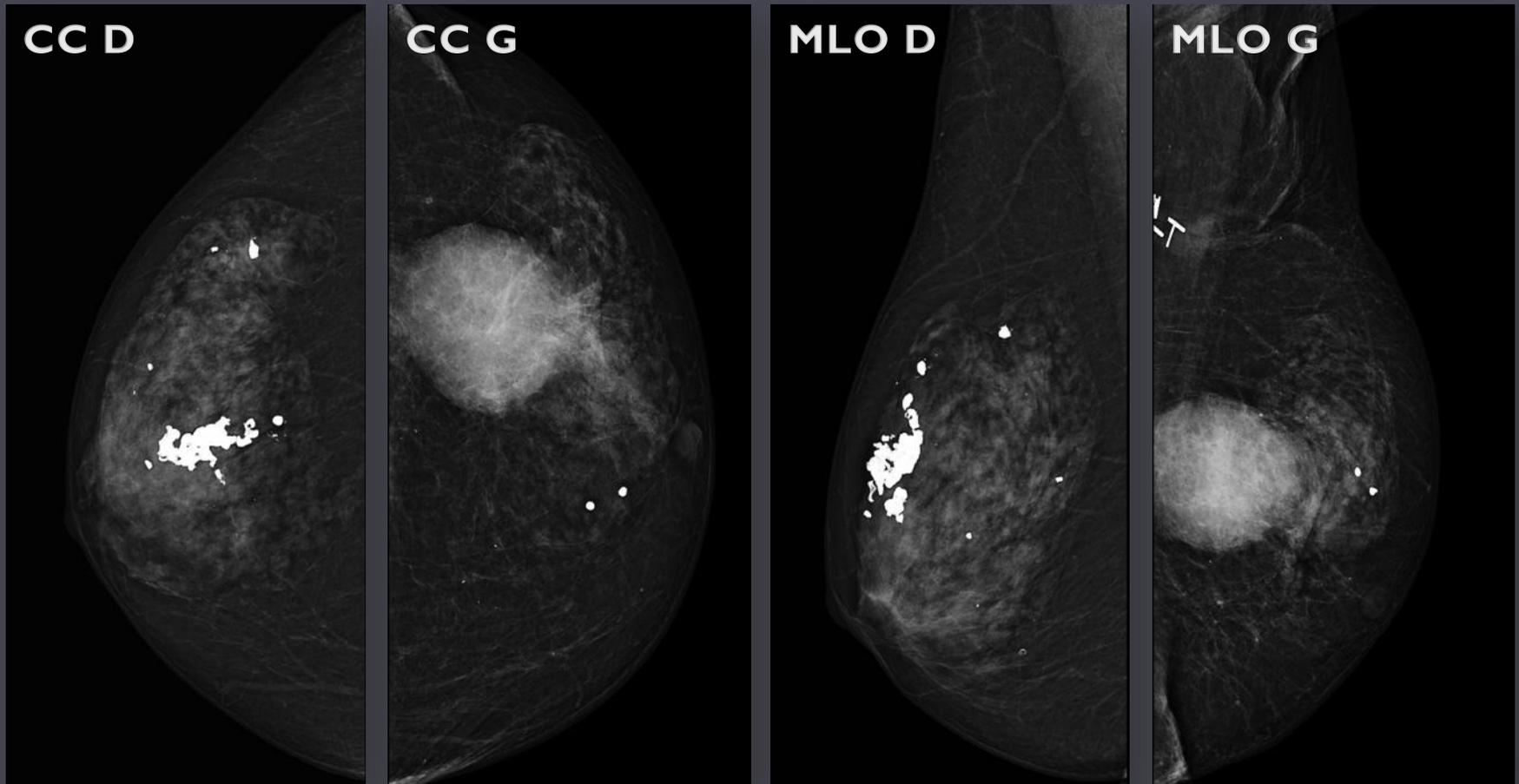


ACR 2 = Cicatrice

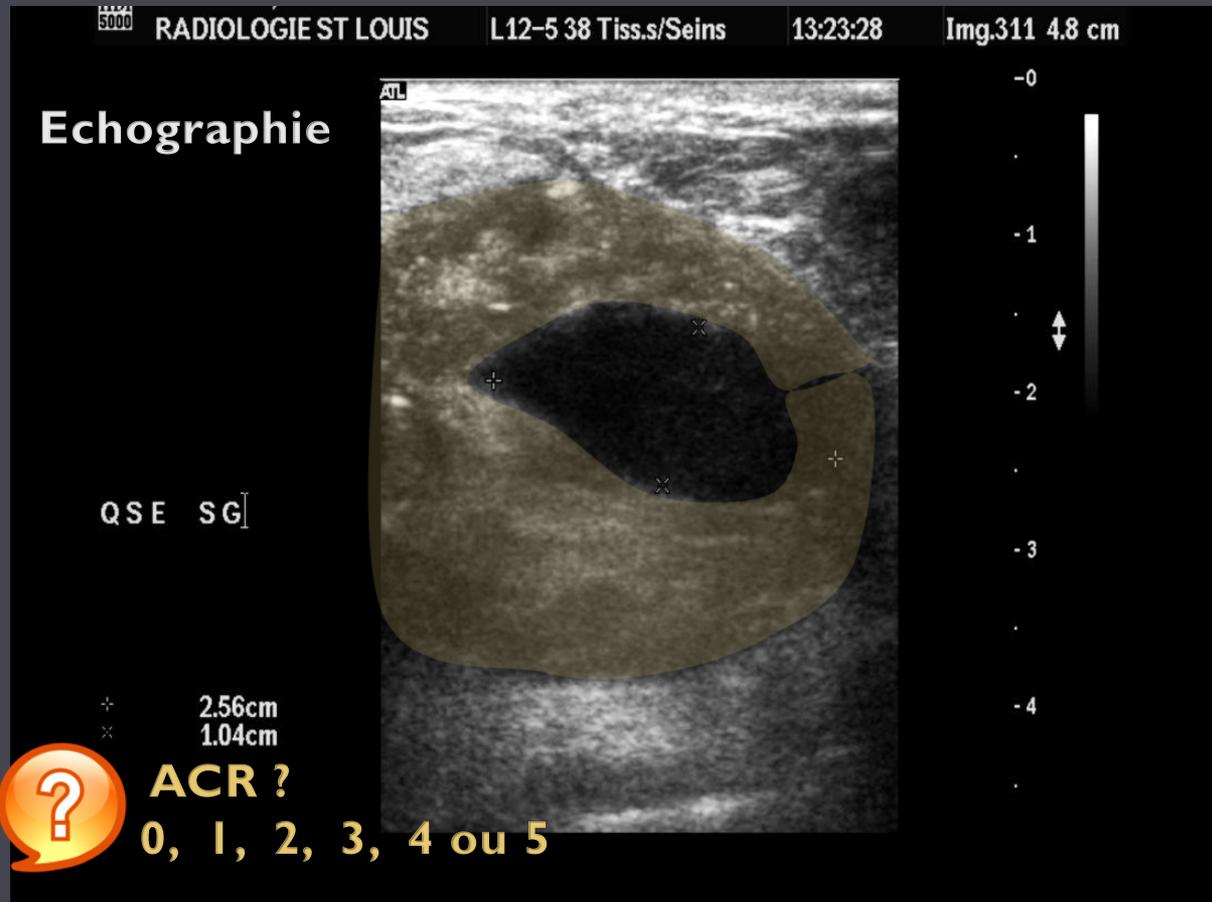
- Aspect variables selon les incidences
- Spicules allongés et curvilignes
- Délai d'un an



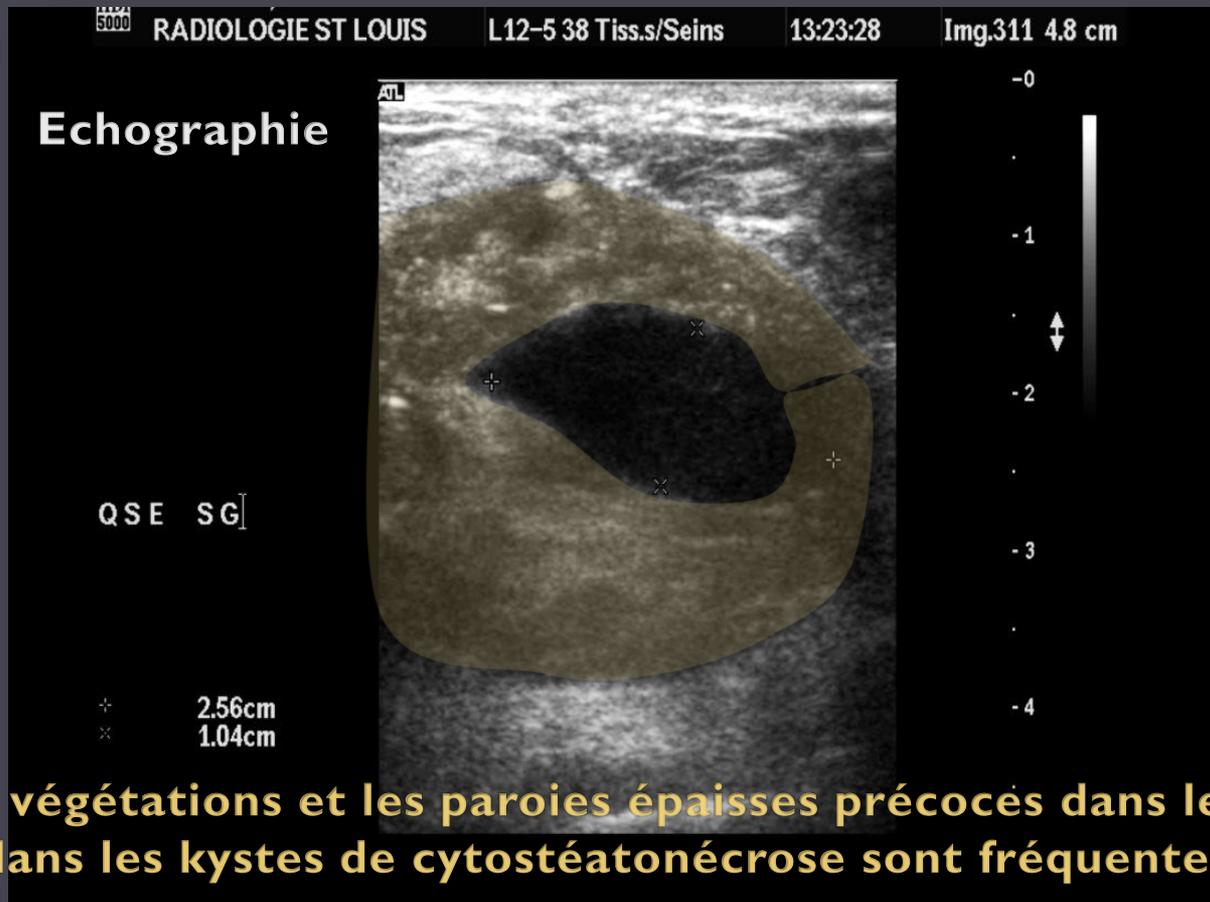
56 ans, ATCD de CCI du sein gauche traité par tumorectomie en 2002. Surveillance en 2011.



56 ans, ATCD de CCI du sein gauche traité par tumorectomie en 2002. Surveillance en 2011.



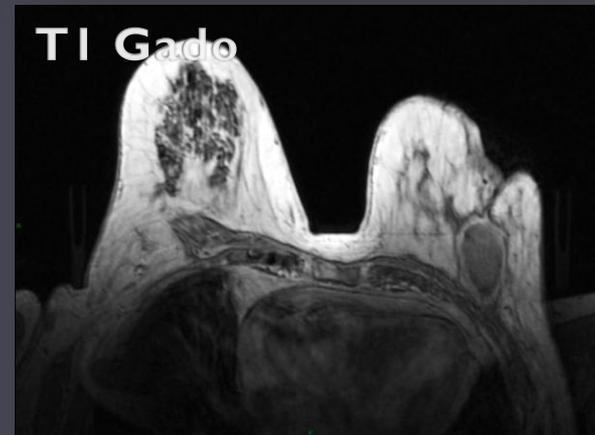
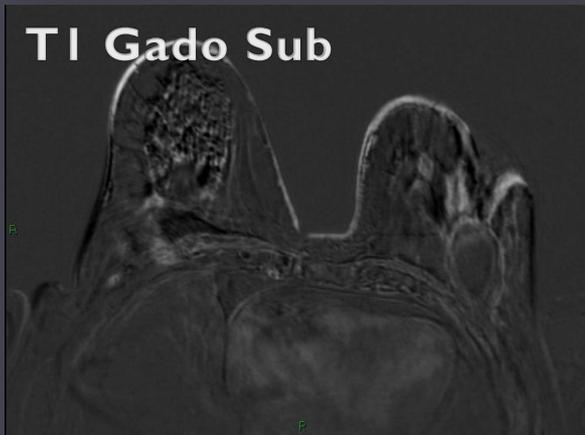
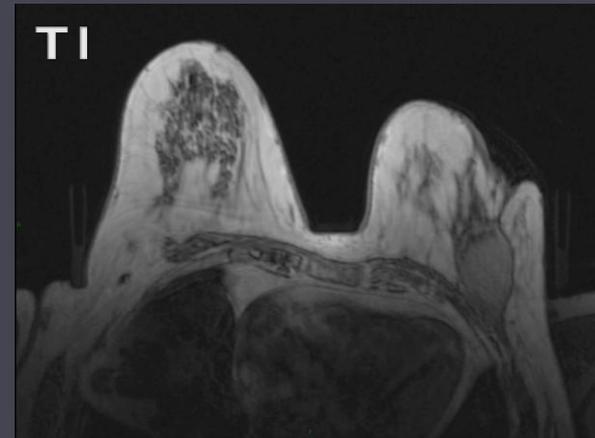
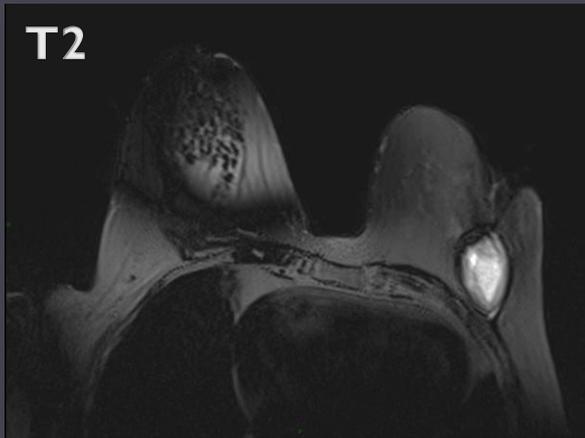
56 ans, ATCD de CCI du sein gauche traité par tumorectomie en 2002. Surveillance en 2011.



Les végétations et les parois épaissies précoces dans les collections et dans les kystes de cytotéatonecrose sont fréquentes et bénignes

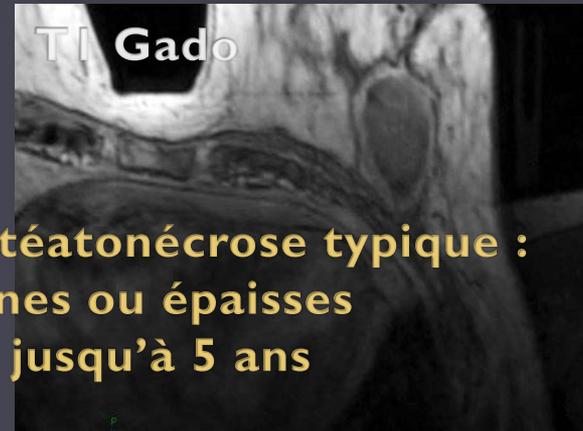
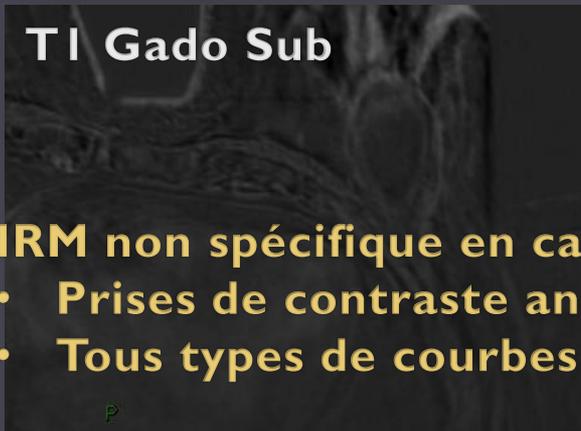
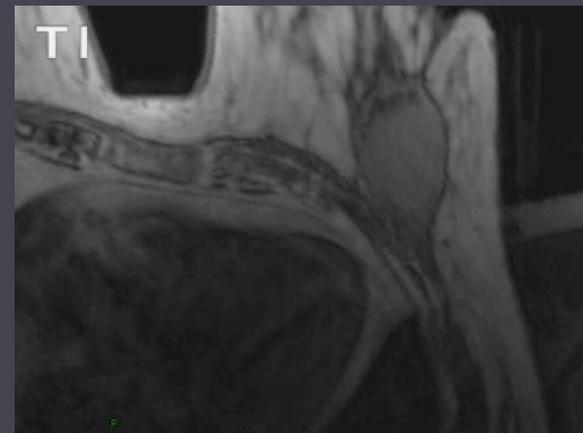
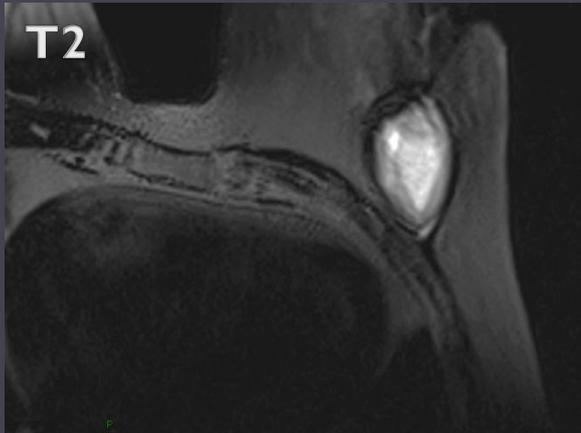
Cytostéatonécrose

56 ans, ATCD de CCI du sein gauche traité par tumorectomie en 2002. Surveillance en 2011.



Cytostéatonécrose

56 ans, ATCD de CCI du sein gauche traité par tumorectomie en 2002. Surveillance en 2011.

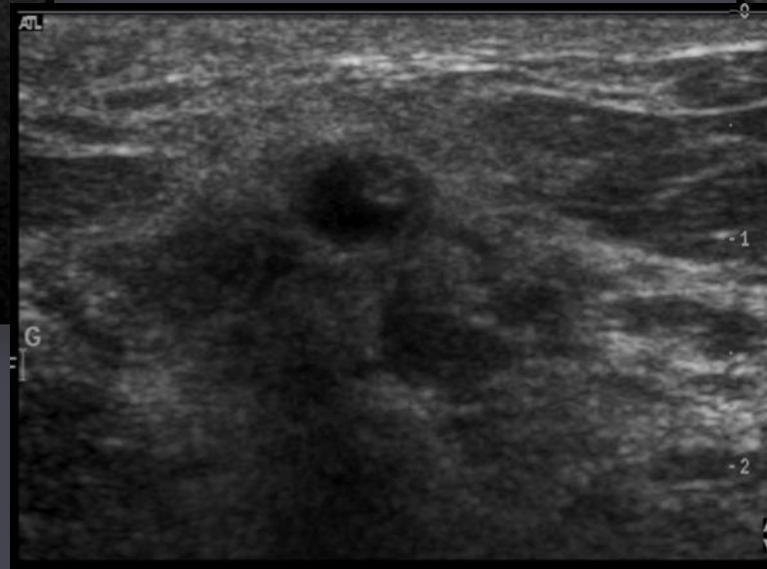
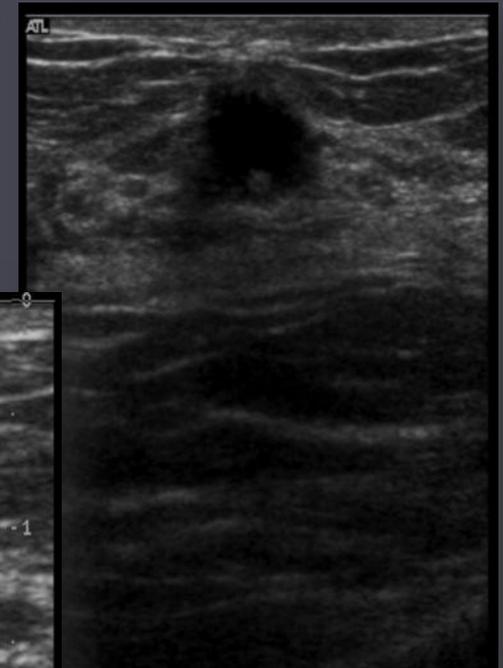


IRM non spécifique en cas de cytotéatonécrose typique :

- Prises de contraste annulaires fines ou épaisses
- Tous types de courbes possibles, jusqu'à 5 ans

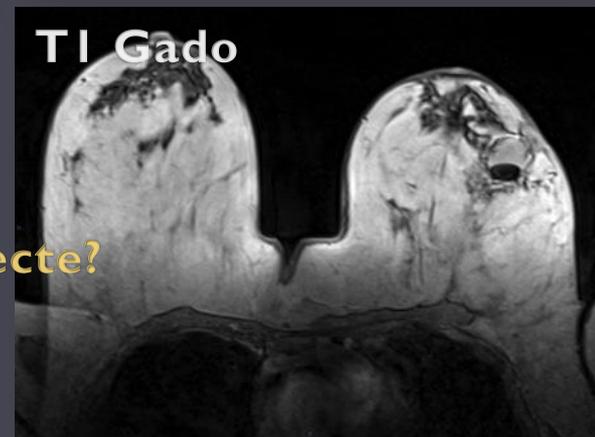
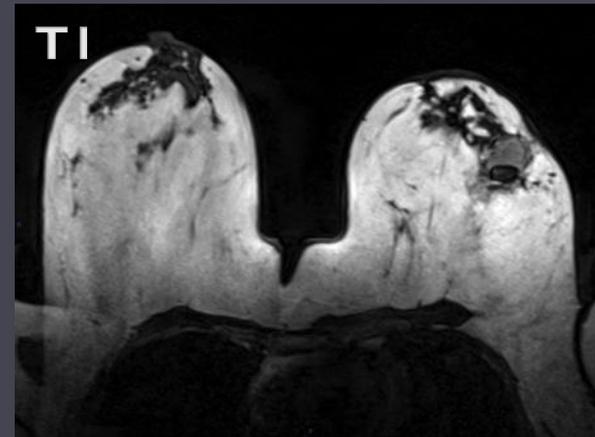
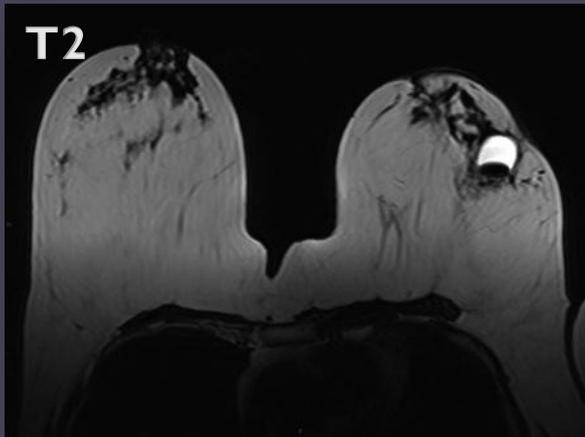
Cytostéatonécrose

Autres exemples en échographie.



Cytostéatonécrose

45 ans, tumorectomie du QSE gauche pour CLI, CLIS et hyperplasie lobulaire atypique arrivant au contact des berges. Bilan IRM avant reprise (10 jours).



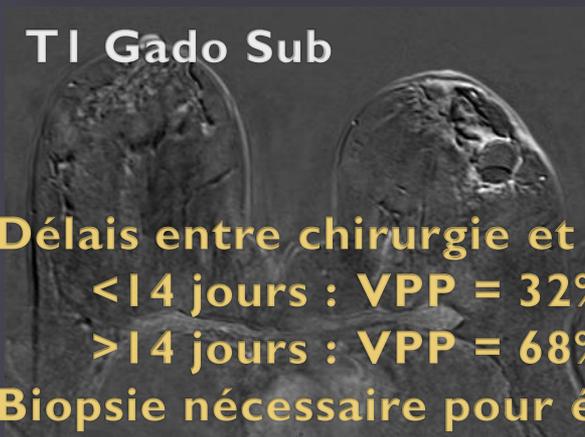
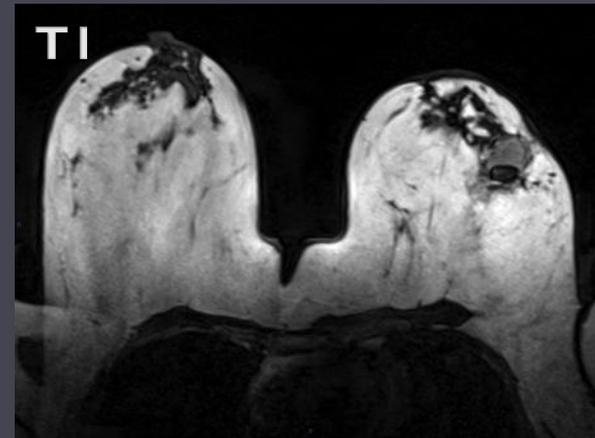
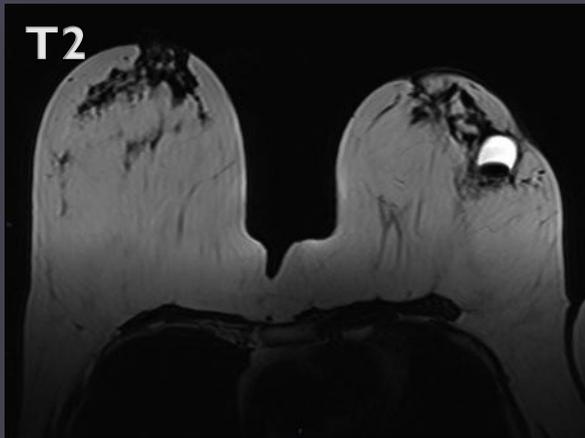
La prise de contraste est elle suspecte?



1. Oui
2. Non
3. Je ne sais pas

Cytostéatonécrose

45 ans, tumorectomie du QSE gauche pour CLI, CLIS et hyperplasie lobulaire atypique arrivant au contact des berges. Bilan IRM avant reprise (10 jours).



Délais entre chirurgie et IRM¹⁻³

<14 jours : VPP = 32%, Se = 46%

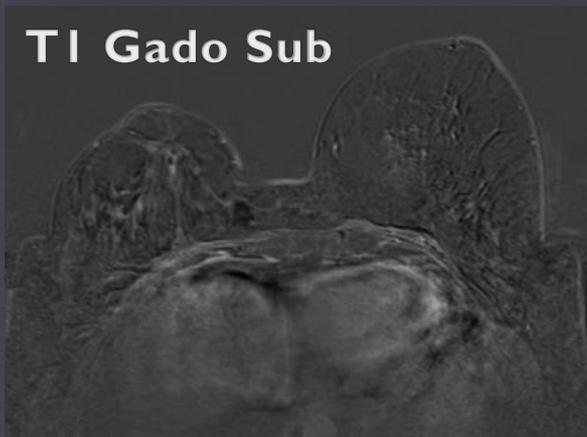
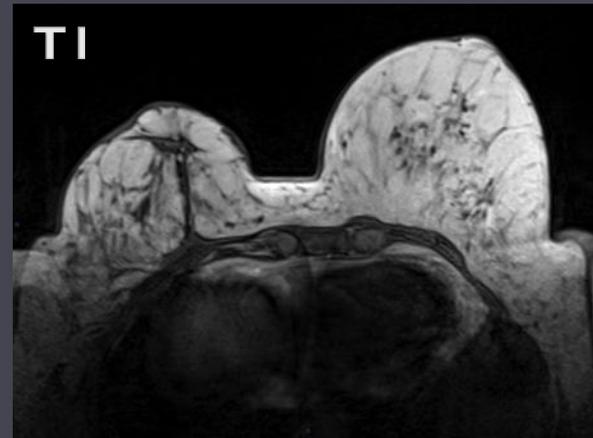
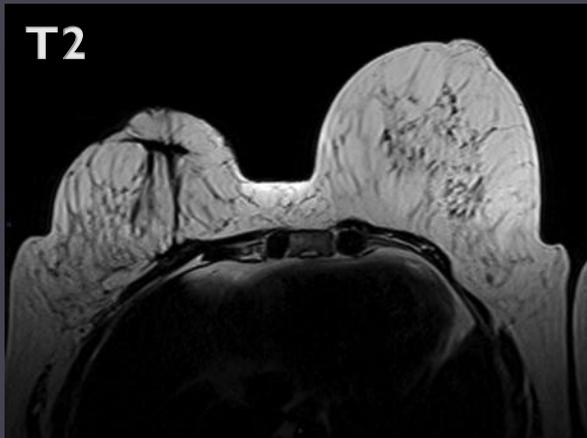
>14 jours : VPP = 68%, Se = 73%

Biopsie nécessaire pour éviter les Faux Positifs⁴



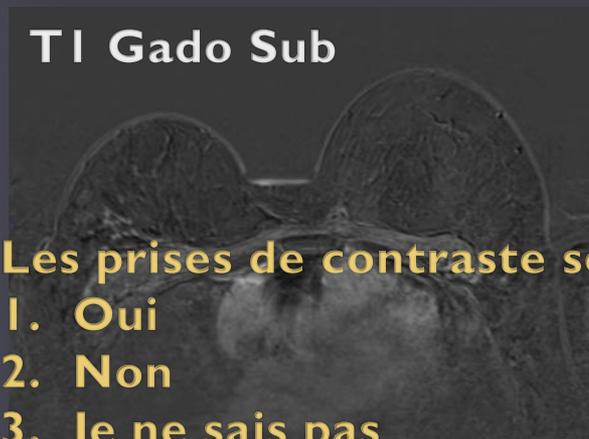
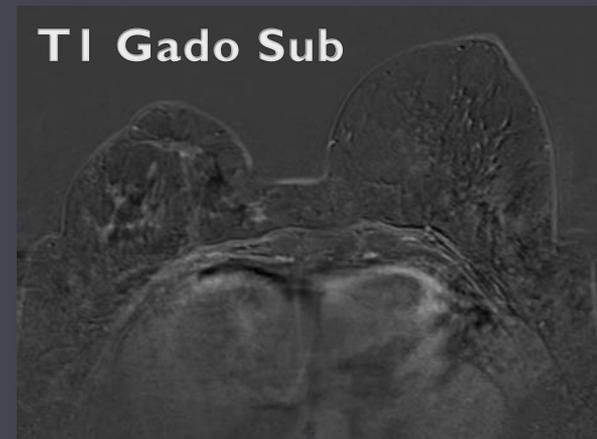
Prises de contraste focales

57 ans, ATCD de CCI du QSE droit traité par tumorectomie en 2006. Douleurs et induration quadrant interne du sein droit en 2012.



Prises de contraste focales

57 ans, ATCD de CCI du QSE droit traité par tumorectomie en 2006. Douleurs et induration quadrant interne du sein droit en 2012.



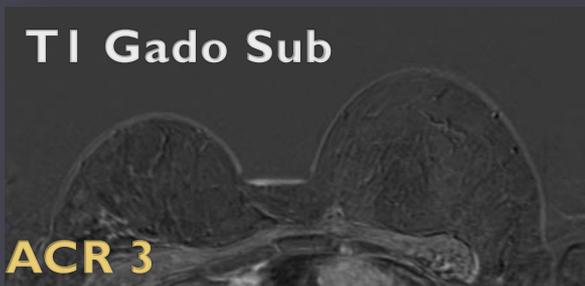
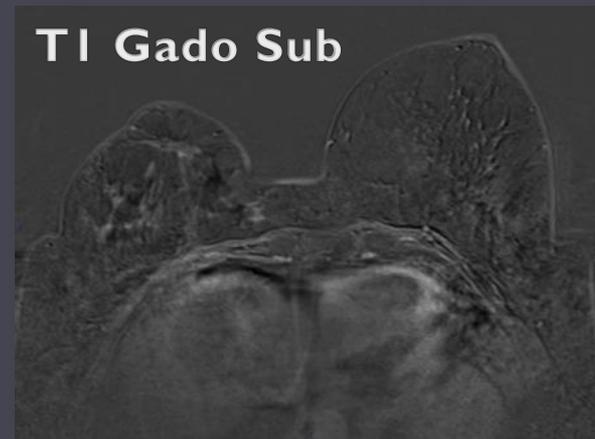
Les prises de contraste sont elles suspectes?



1. Oui
2. Non
3. Je ne sais pas

Prises de contraste focales

57 ans, ATCD de CCI du QSE droit traité par tumorectomie en 2006. Douleurs et induration quadrant interne du sein droit en 2012.



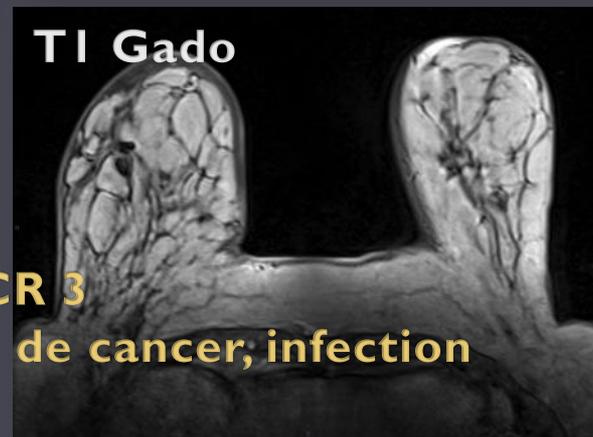
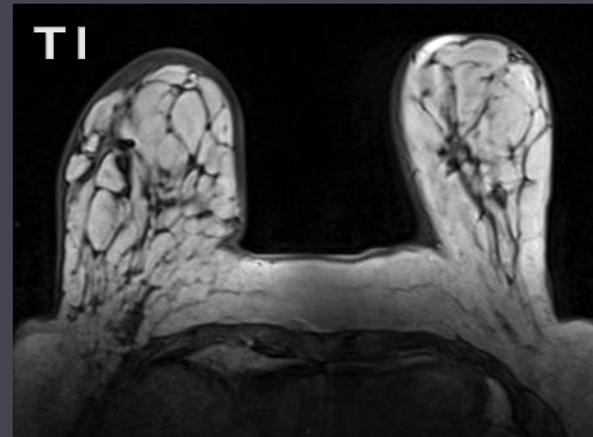
ACR 3

- Prises de contraste focales
- Dans ou à côté du lit d'exérèse (processus de guérison)
- Régressent en 18 mois ou restent stables plus de 5 ans



Prises de contraste linéaires

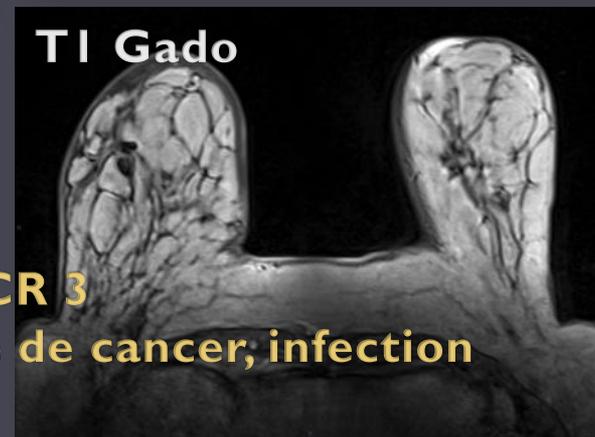
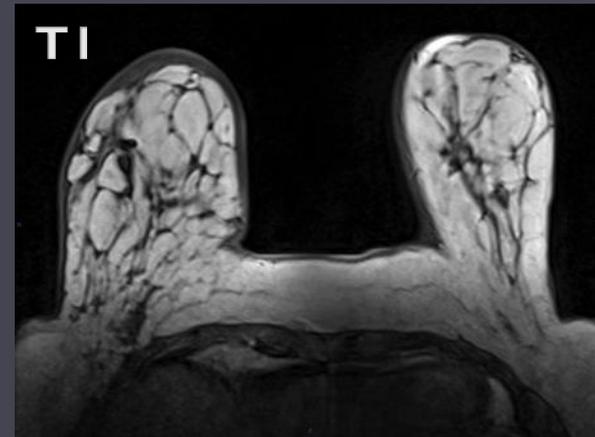
45 ans, ATCD de CCI du QSE droit traité par tumorectomie en 2010. Recherche d'une masse tissulaire rétroaréolaire droite découverte en TDM non vue en mammographie et en échographie.



- Prises de contraste linéaires : **ACR 3**
- Infiltration : œdème, persistance de cancer, infection
- Régressent en 18 mois

Prises de contraste linéaires

45 ans, ATCD de CCI du QSE droit traité par tumorectomie en 2010. Recherche d'une masse tissulaire rétroaréolaire droite découverte en TDM non vue en mammographie et en échographie.



- Prises de contraste linéaires : **ACR 3**
- Infiltration : œdème, persistance de cancer, infection
- Régressent en 18 mois

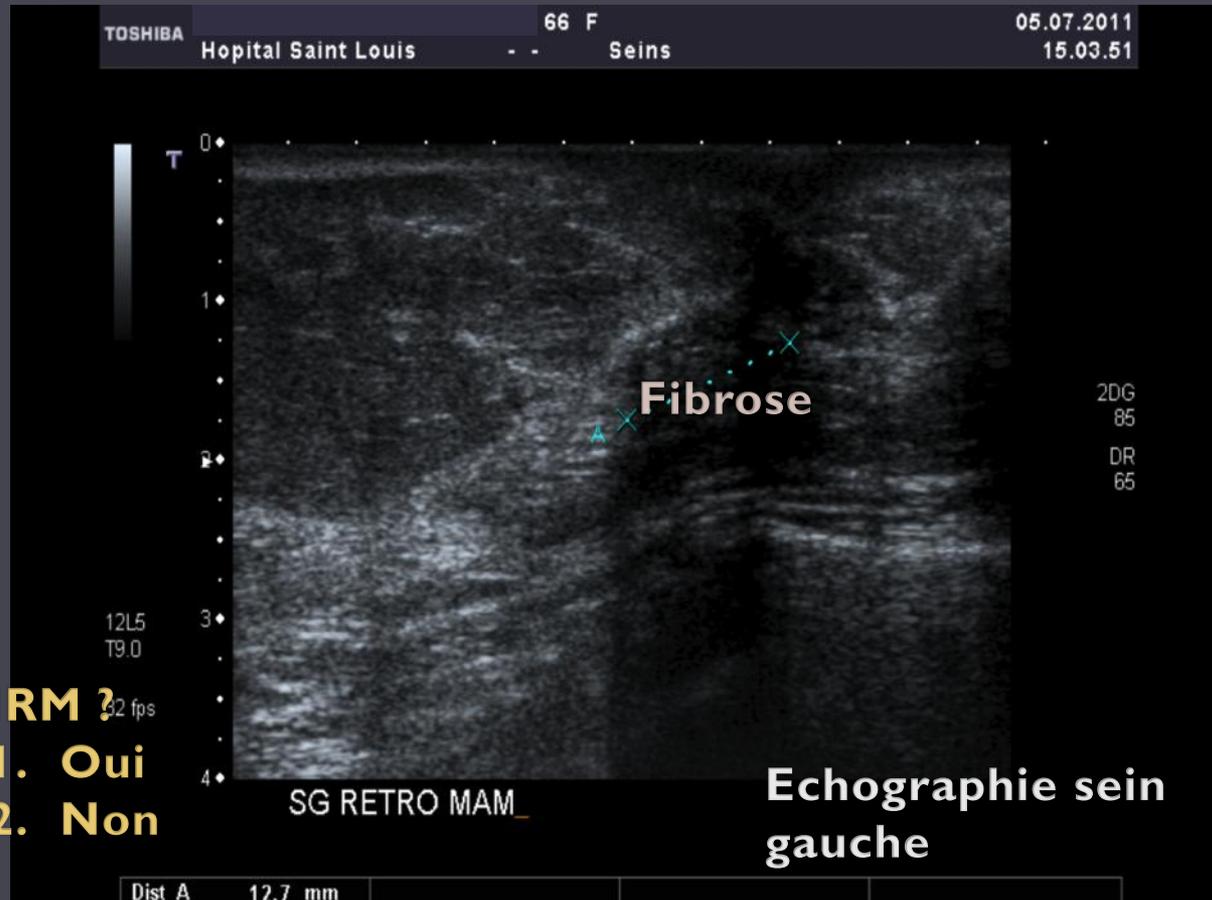
Pièges liés à la conduite à tenir

Sein traité : Images pièges

Patiente symptomatique

64 ans, ATCD de CCI du QSE gauche traité par tumorectomie en 1995.

Rétraction mamelonnaire gauche récentes.

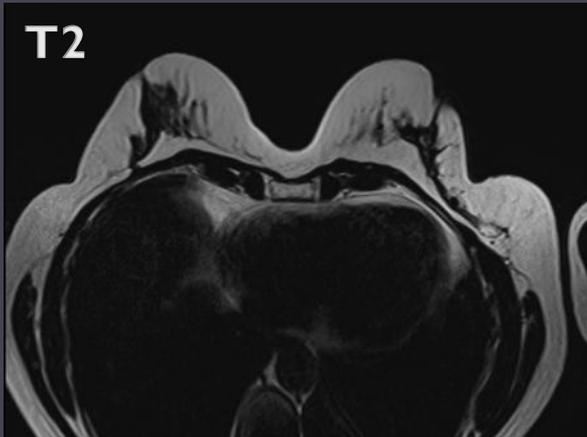


IRM ?

1. **Oui**
2. **Non**

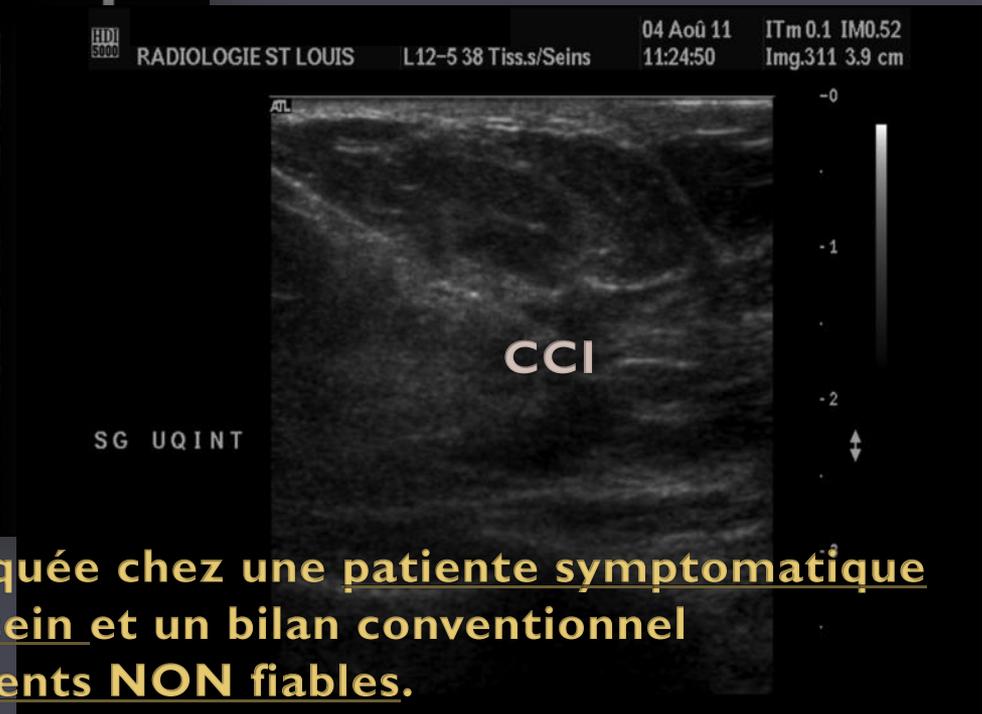
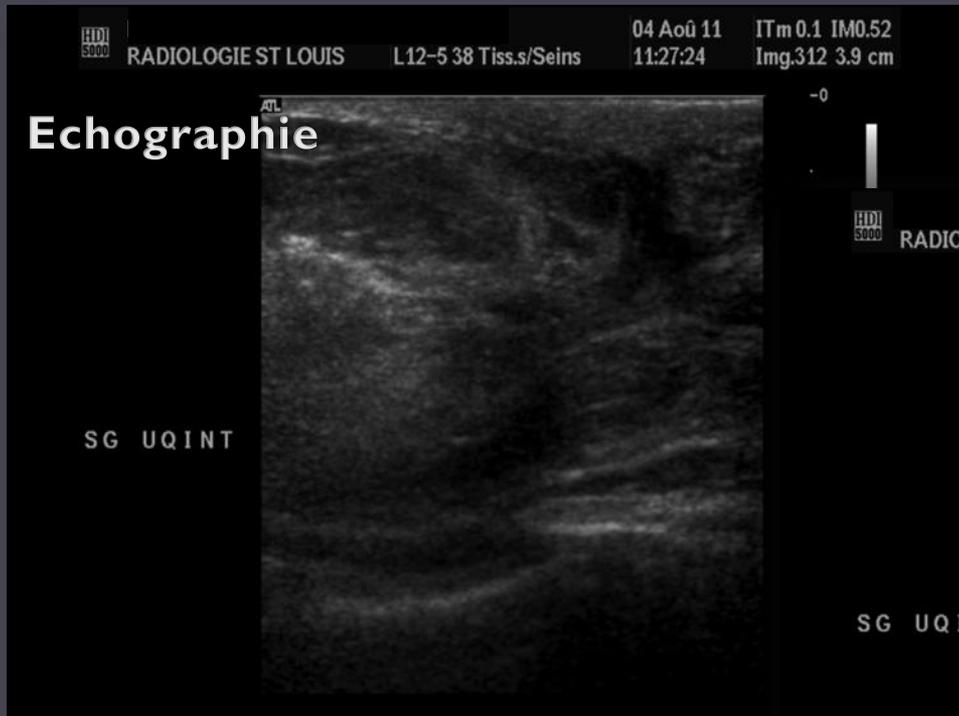
Patiente symptomatique

64 ans, ATCD de CCI du QSE gauche traité par tumorectomie en 1995. ADF du sein droit opéré en 2007.
Rétraction mamelonnaire gauche récentes.



Patiente symptomatique

64 ans, ATCD de CCI du QSE gauche traité par tumorectomie en 1995. ADF du sein droit opéré en 2007.
Rétraction mamelonnaire gauche récentes.

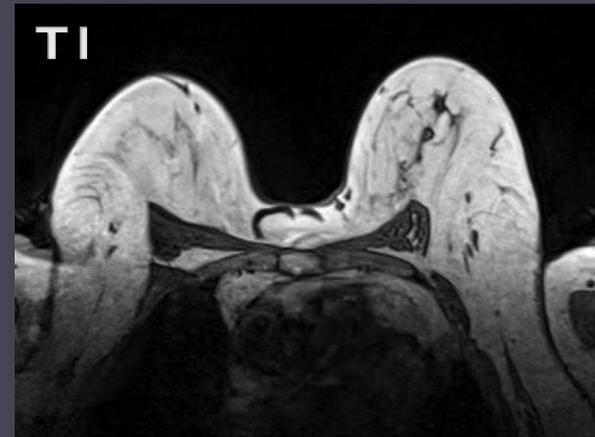
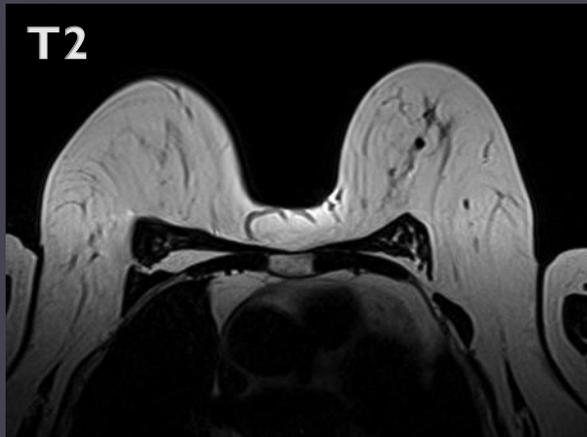


L'IRM mammaire est indiquée chez une patiente symptomatique avec ATCD de cancer du sein et un bilan conventionnel permettant des prélèvements NON fiables.

Patiente à risque symptomatique

64 ans, ATCD de CCI du Sein gauche traité par tumorectomie SANS radiothérapie en 1995.
Ecoulement mamelonnaire gauche récent. Bilan conventionnel normal.

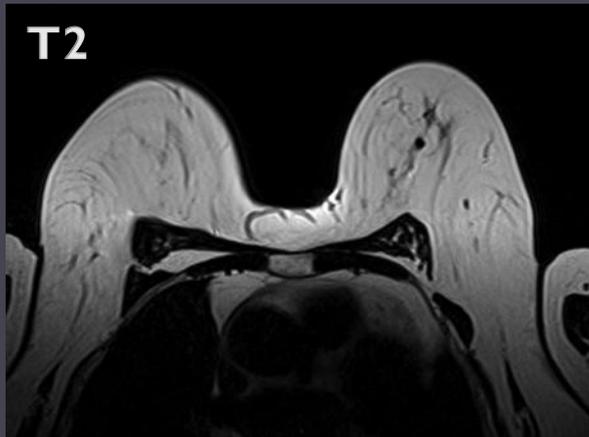
2010



Patiente à risque symptomatique

64 ans, ATCD de CCI du Sein gauche traité par tumorectomie SANS radiothérapie en 1995.
Ecoulement mamelonnaire gauche récent. Bilan conventionnel normal.

2010

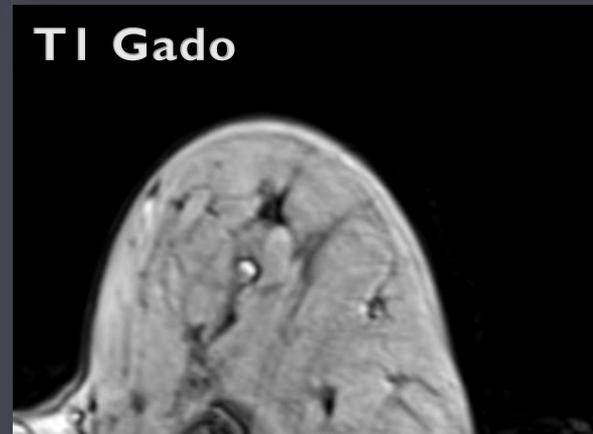
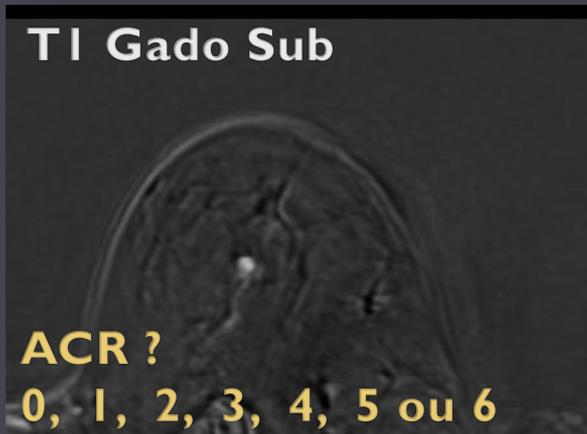
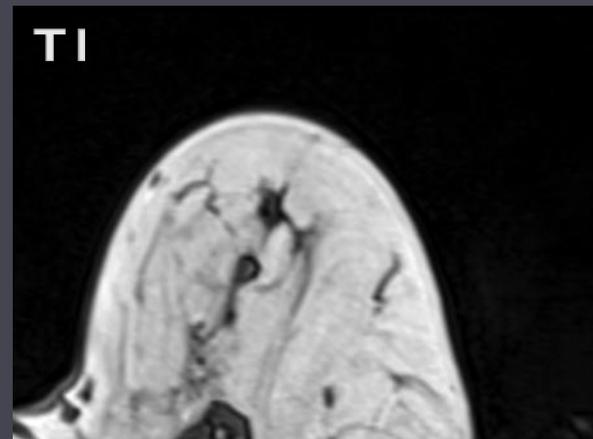
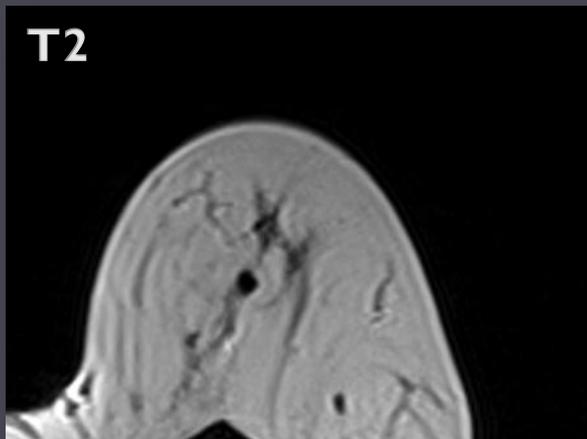


L'IRM mammaire est indiquée chez une patiente symptomatique avec ATCD de cancer du sein et un bilan conventionnel normal.

Patiente à risque symptomatique

64 ans, ATCD de CCI du Sein gauche traité par tumorectomie SANS radiothérapie en 1995.
Écoulement mamelonnaire gauche récent.

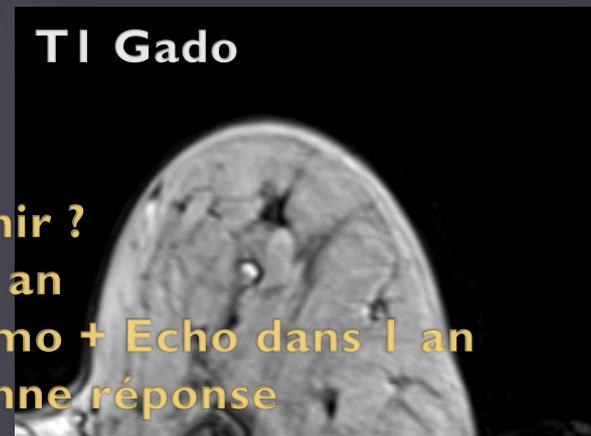
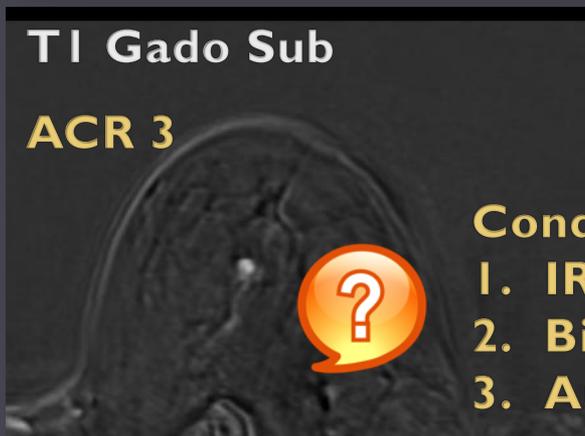
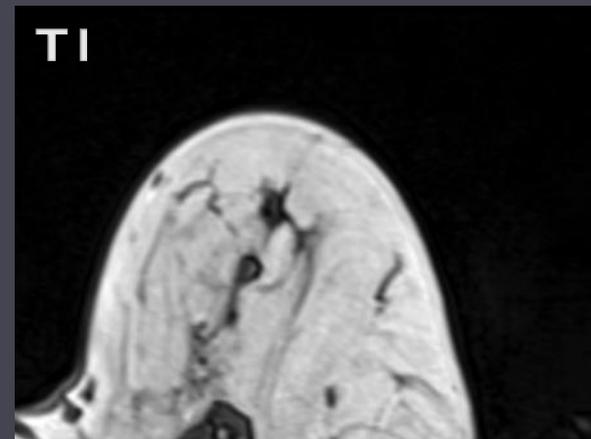
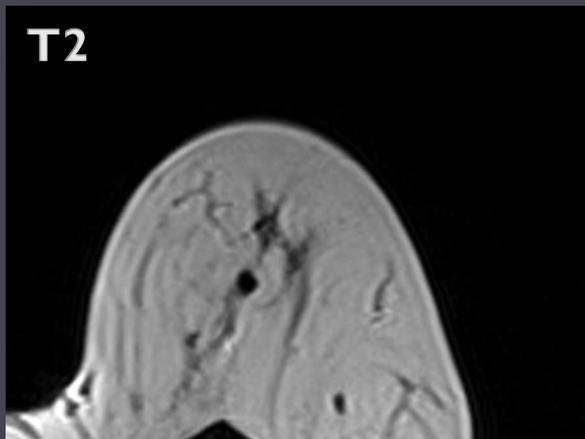
2010



Patiente à risque symptomatique

64 ans, ATCD de CCI du Sein gauche traité par tumorectomie SANS radiothérapie en 1995.
Écoulement mamelonnaire gauche récent.

2010



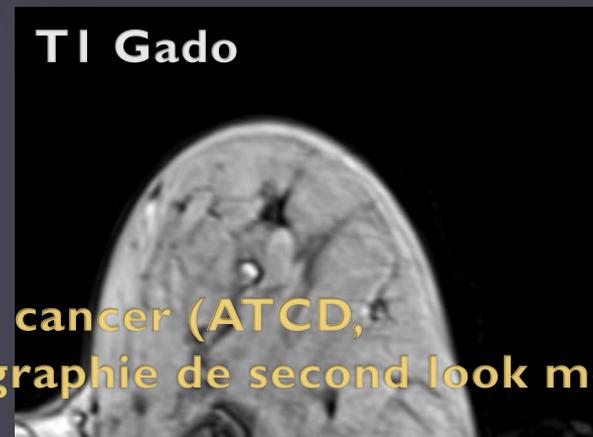
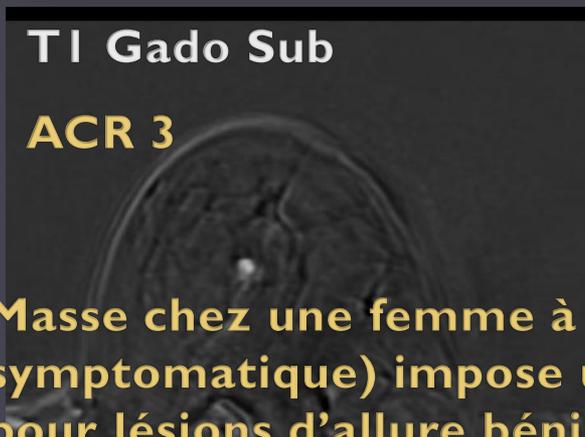
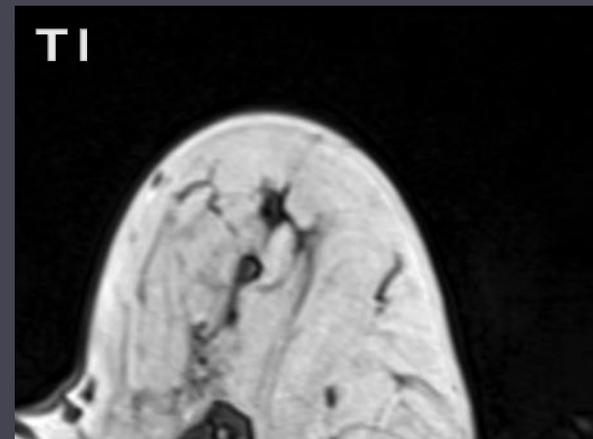
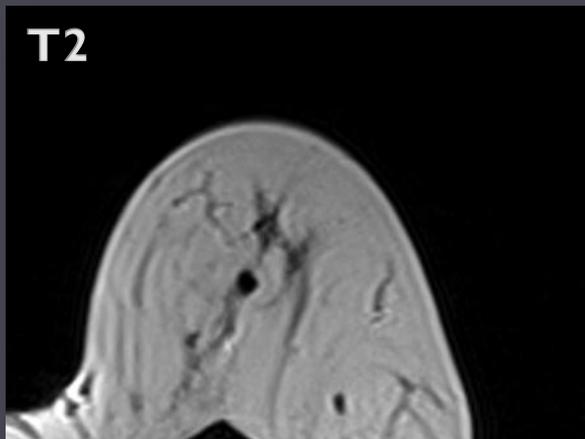
Conduite à tenir ?

1. IRM dans 1 an
2. Bilan Mammo + Echo dans 1 an
3. Aucune bonne réponse

Patiente à risque symptomatique

64 ans, ATCD de CCI du Sein gauche traité par tumorectomie SANS radiothérapie en 1995.
Écoulement mamelonnaire gauche récent.

2010

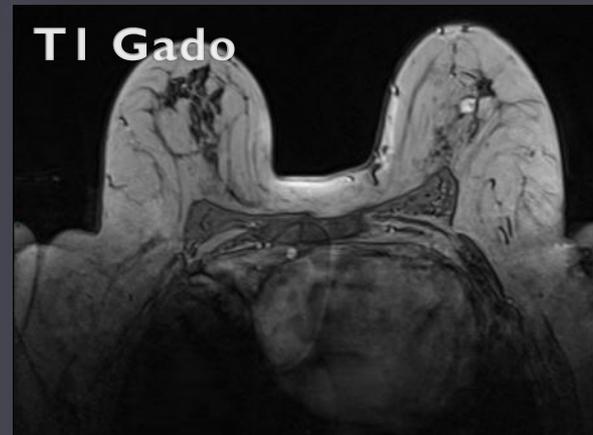
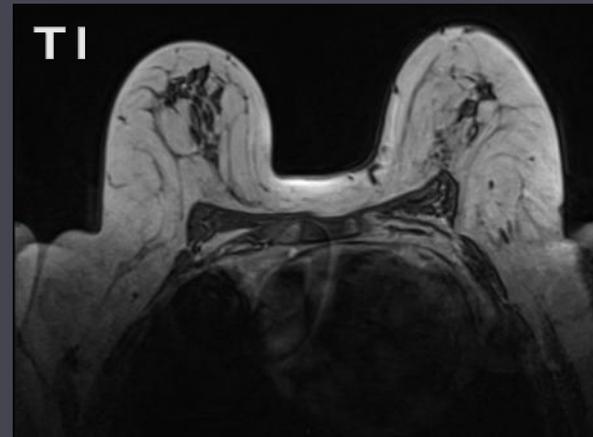
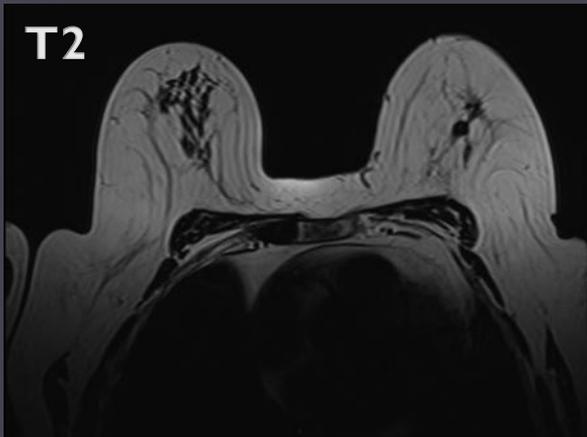


Masse chez une femme à risque de cancer (ATCD, symptomatique) impose une échographie de second look même pour lésions d'allure bénignes

Patiente à risque symptomatique

64 ans, ATCD de CCI du Sein gauche traité par tumorectomie SANS radiothérapie en 1995.
Écoulement mamelonnaire gauche récent.

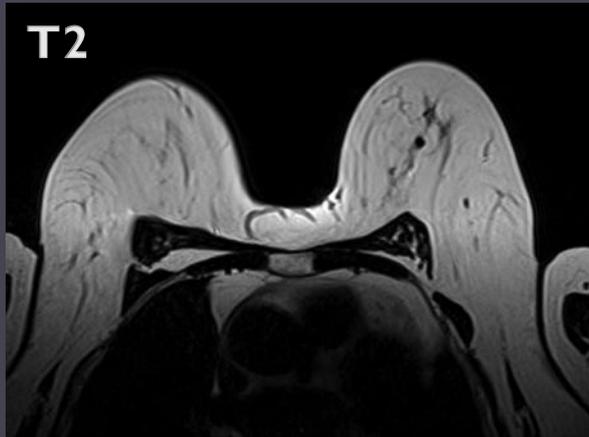
2011



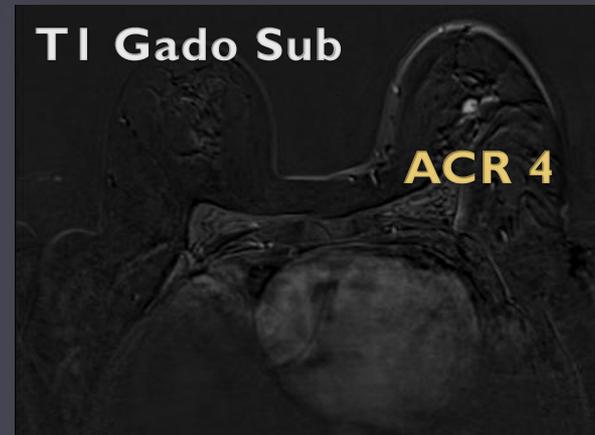
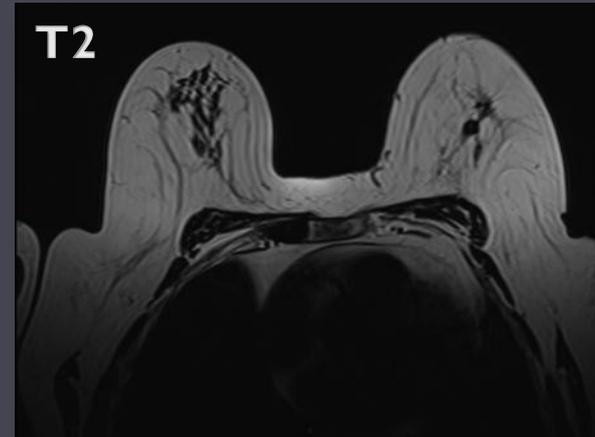
Patiente à risque symptomatique

64 ans, ATCD de CCI du Sein gauche traité par tumorectomie SANS radiothérapie en 1995.
Écoulement mamelonnaire gauche récent.

2010



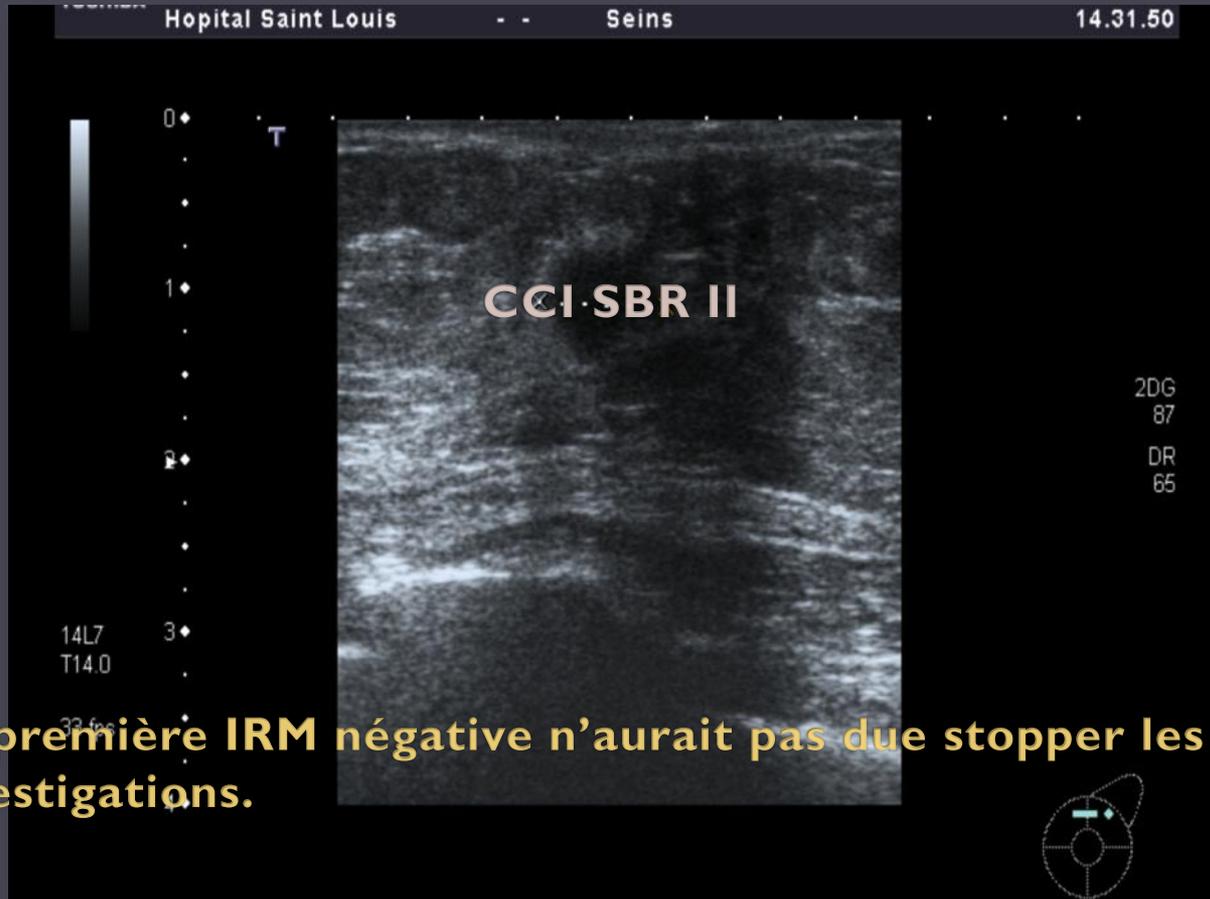
2011



Patiente à risque symptomatique

64 ans, ATCD de CCI du Sein gauche traité par tumorectomie SANS radiothérapie en 1995.
Écoulement mamelonnaire gauche récent.

2011

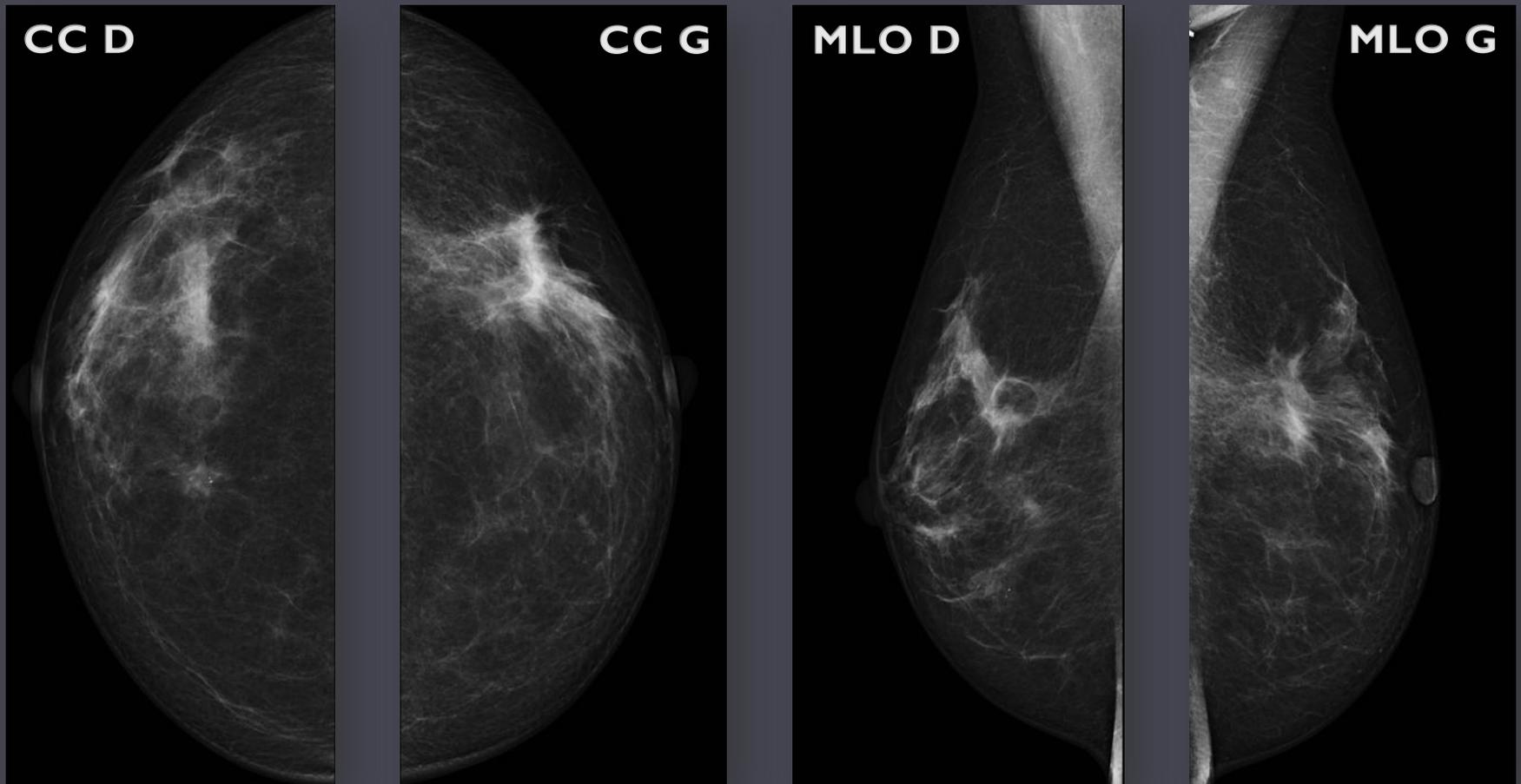


La première IRM négative n'aurait pas dû stopper les investigations.

Patiente à risque

2009 : CCI du QSE gauche traité par tumorectomie + radiothérapie (57 ans).

2010 : Récidive gauche, refus de mastectomie, tumorectomie élargie + exérèse d'un ADF du QSE droit.

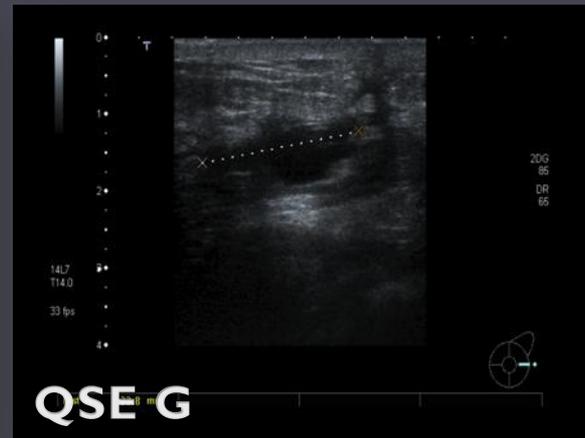
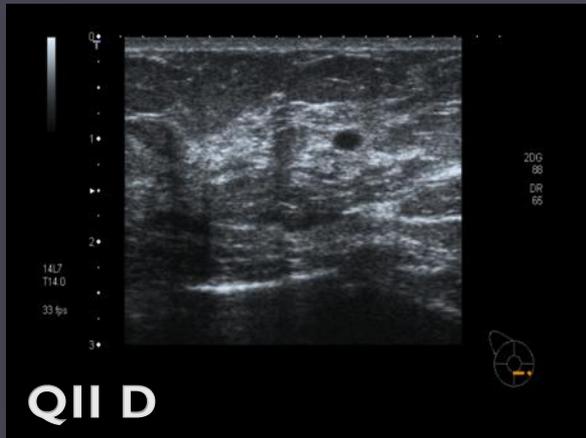


Patiente à risque

2009 : CCI du QSE gauche traité par tumorectomie + radiothérapie (57 ans).

2010 : Récidive gauche, refus de mastectomie, tumorectomie élargie + exérèse d'un ADF du QSE droit.

2011

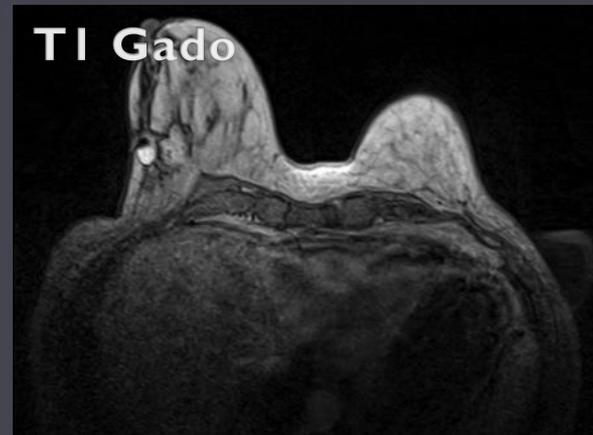
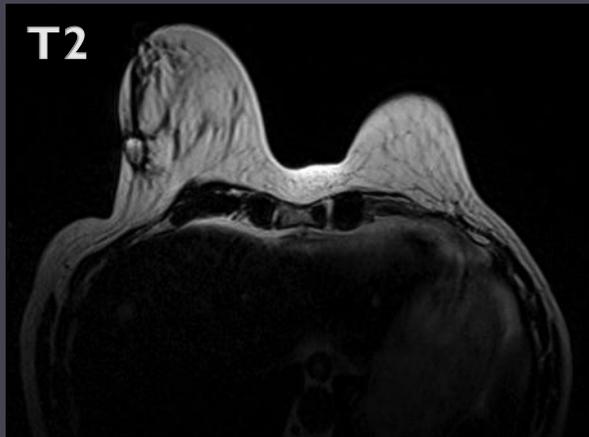


Patiente à risque

2009 : CCI du QSE gauche traité par tumorectomie + radiothérapie (57 ans).

2010 : Récidive gauche, refus de mastectomie, tumorectomie élargie + exérèse d'un ADF du QSE droit.

2011

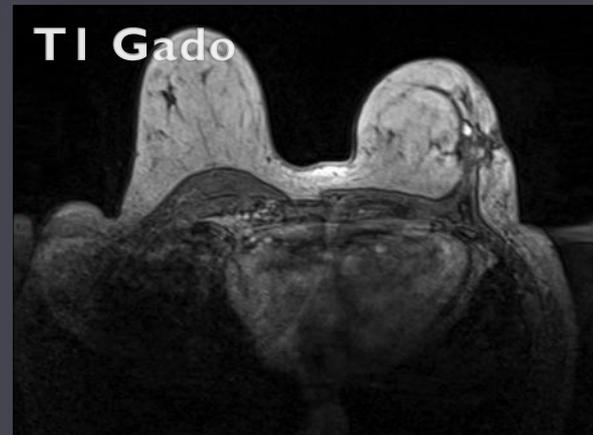
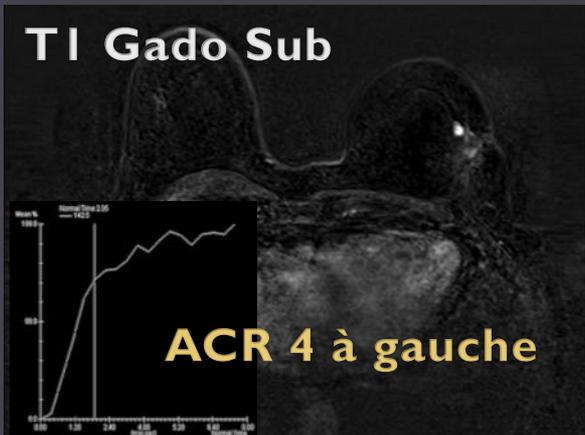
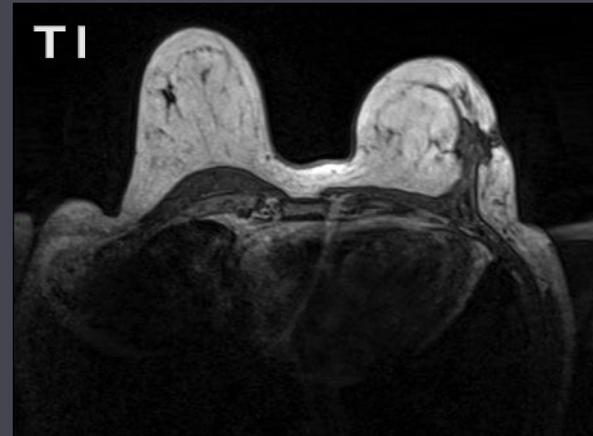


Patiente à risque

2009 : CCI du QSE gauche traité par tumorectomie + radiothérapie (57 ans).

2010 : Récidive gauche, refus de mastectomie, tumorectomie élargie + exérèse d'un ADF du QSE droit.

2011



Patiente à risque

57 ans, ATCD de CCI du QSE gauche traité par tumorectomie + radiothérapie en 2009.

2010 nouvelle tumorectomie gauche élargie et exérèse d'un ADF du QSE droit.

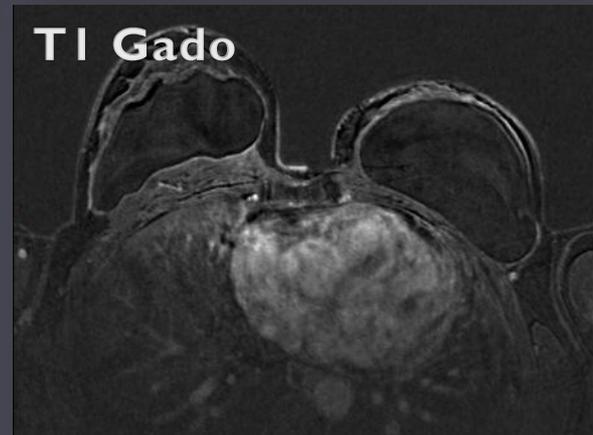
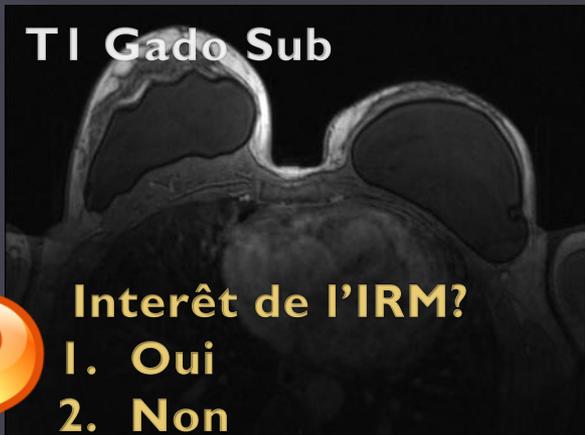
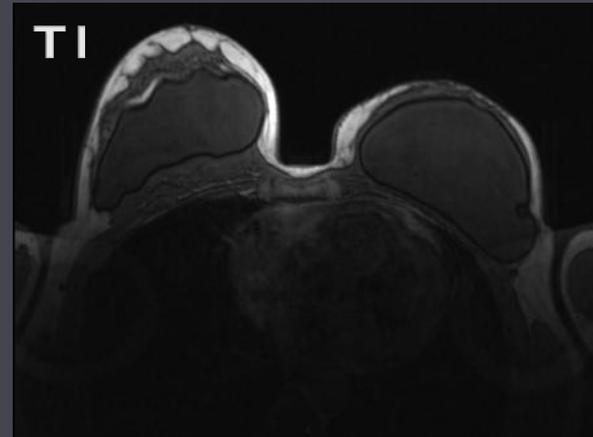
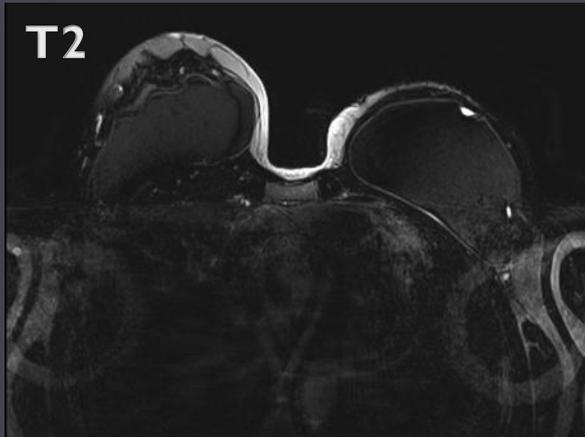


L'IRM mammaire était indiquée chez cette patiente à haut risque de récurrence avec un bilan conventionnel peu fiable.

Surveillance : Patiente à haut risque

51 ans, ATCD de mastectomie gauche en 2006 pour un CCI. Mammographies et échographies normales.
Examen clinique, mammographies et échographie normaux.

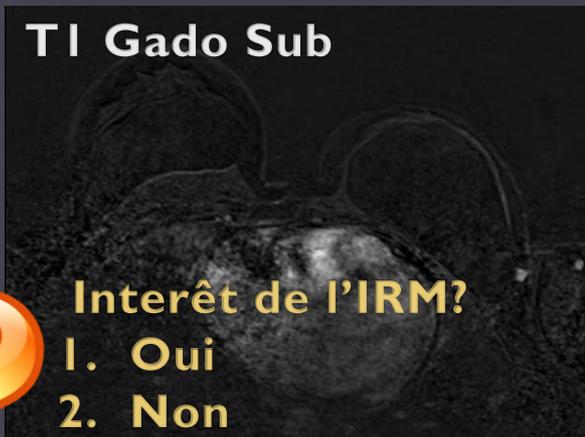
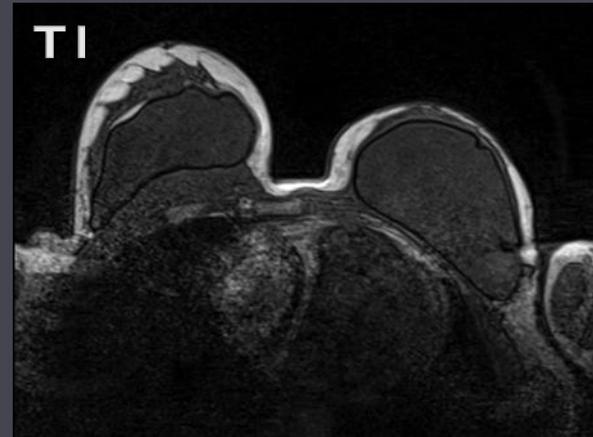
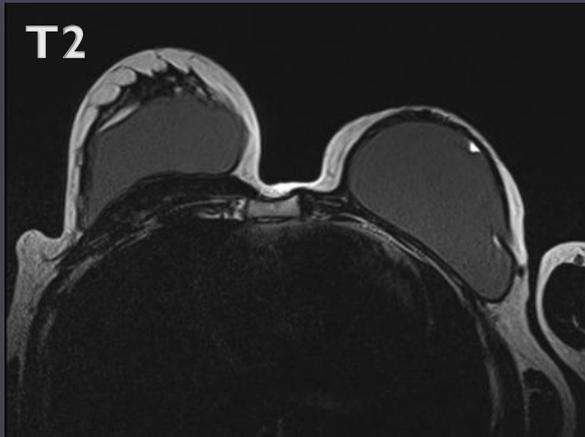
2008



Patiente à risque

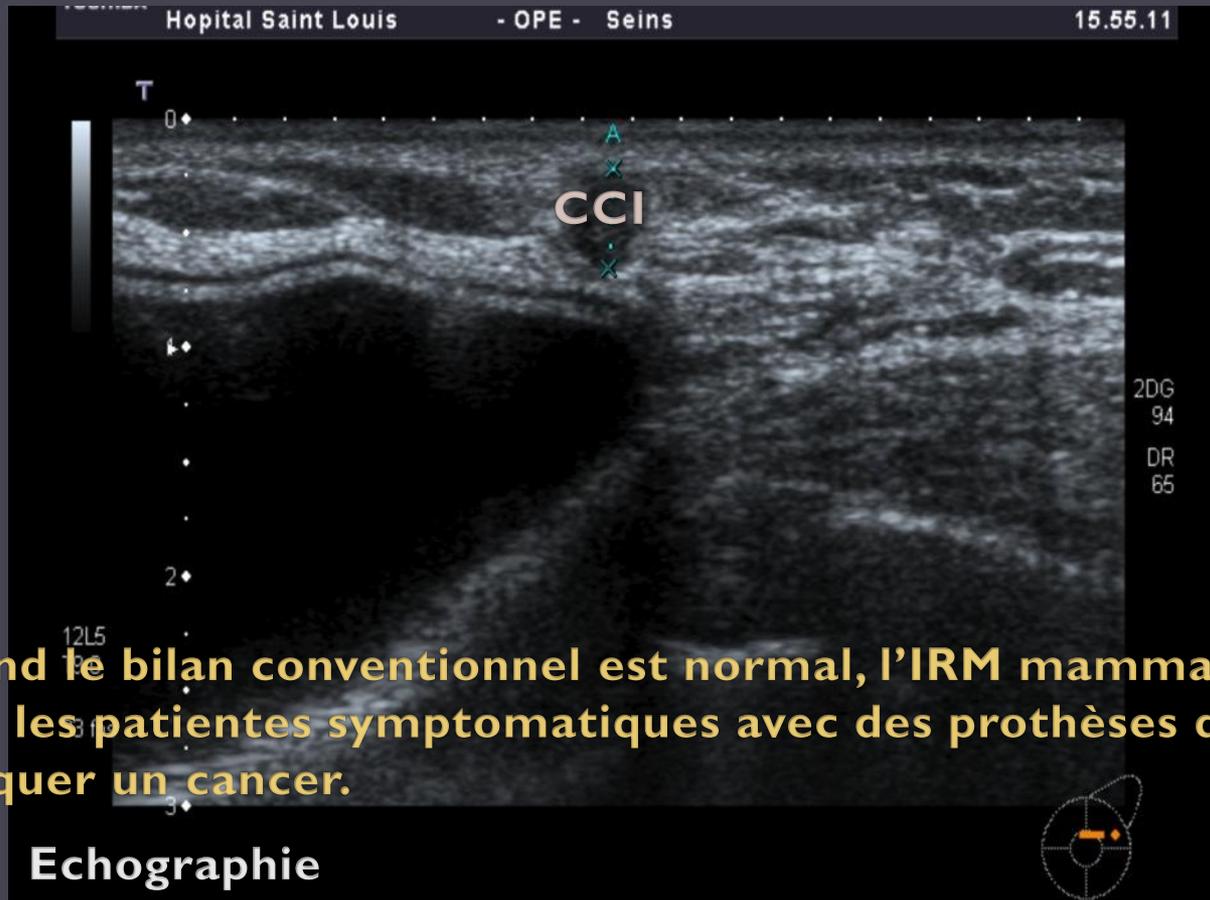
51 ans, ATCD de mastectomie gauche en 2006 pour un CCI. Mammographies et échographies normales.
Mastodynies.

2011



Patiente à risque

51 ans, ATCD de mastectomie gauche en 2006 pour un CCI. Mammographies et échographies normales.
Mastodynies.



Quand le bilan conventionnel est normal, l'IRM mammaire est utile chez les patientes symptomatiques avec des prothèses qui peuvent masquer un cancer.

Take home messages

- ▶ Ne négliger pas votre examen
- ▶ Connaître le délai entre l'examen et la fin du traitement
- ▶ Connaître la forme du cancer initiale
- ▶ Connaître les indications de l'IRM post thérapeutique
 - ▶ Symptômes cliniques suspects avec bilan conventionnel non fiable
 - ▶ Cible de biopsie non fiable
 - ▶ Cicatrices
 - ▶ Prothèses
 - ▶ Haut risque de récurrence