

Cas clinique interactif

XVIII^{ème} Journées de sénologie
interactive

Sylvie BONFILS
Centre des Maladies du Sein
Hôpital St Louis

Madame A 30 ans

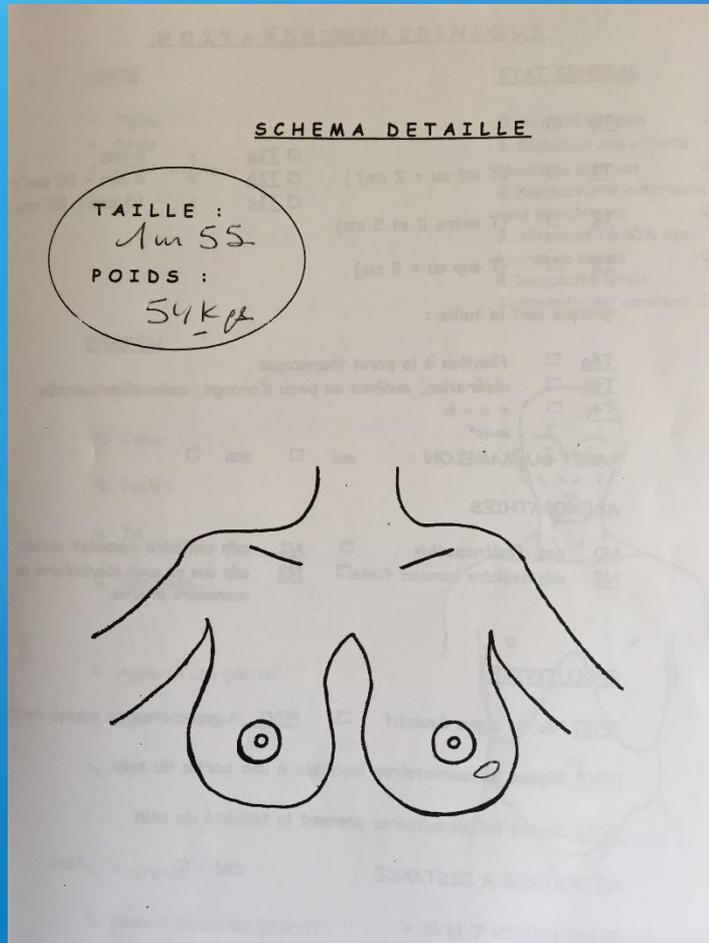
- Consulte pour renouvellement de contraception progestative en cours d'allaitement



Antécédents

- PR 12 ans
- Cycles réguliers 28/30 jours
- Jamais de contraception oestroprogestative
- Deux grossesses normales à 27 et 30 ans avec naissance à terme de 2 garçons allaités
- Pas d'antécédent familial de cancer du sein
- Pas d'antécédent médical ni chirurgical particulier

Examen clinique mammaire



Quelle démarche diagnostique chez cette patiente qui allaite depuis 10 mois et qui n'envisage pas d'arrêter ?
(Choix multiple)

1 Contrôle après arrêt allaitement

Pub. 66 %

Exp. 60 %

2 Mammographie

Pub. 62 %

Exp. 46 %

3 Echographie

Pub. 65 %

Exp. 73 %

4 IRM

Pub. 69 %

Exp. 86 %

5 Cytoponction

Pub. 64 %

Exp. 60 %

6 Microbiopsie

Pub. 72 %

Exp. 93 %

ECHOGRAPHIE

AFTIS ILHAM
30A 5M.F.2406052695
SE0
<1-0 (TOU)

5000

AFTIS, ILHAM
RADIOLOGIE ST LOUIS

2406052695
L12-5 38 Tiss.s/Seins

27 Nov 06
3:56:51 pm

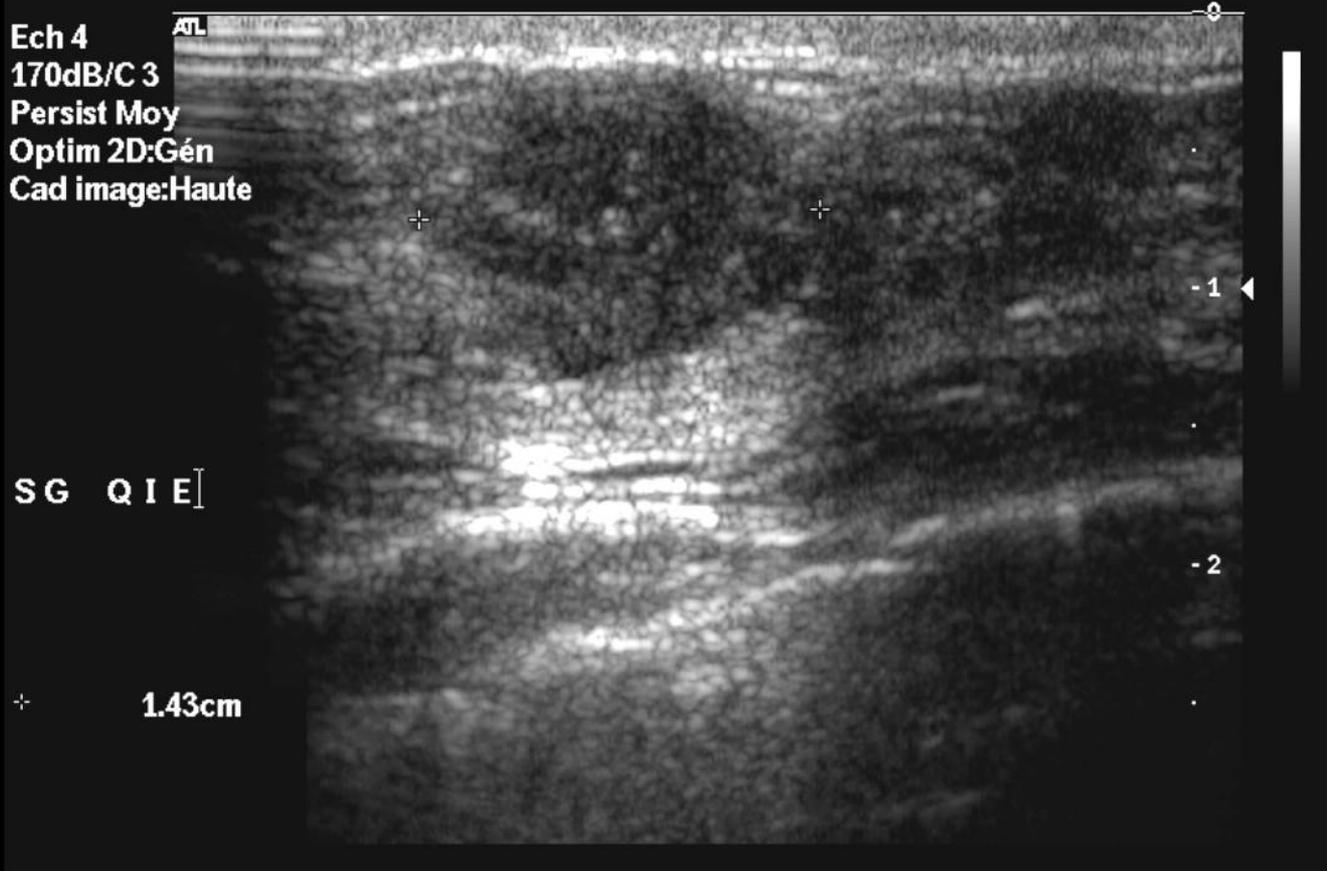
ITm 0.1 11/2006
Img.155 3.0 cm

RADIOLOGIE ST LOUIS
15:56:52]
140% Pixel
Visionneuse

Ech 4
170dB/C 3
Persist Moy
Optim 2D:Gén
Cad image:Haute

SG Q I E]

1.43cm



C 71
L 172

CYTOLOGIE

Dossier: 05006459 prélevé le: 15/11/2006

de référence:

le: 16/11/2006 édité le: 21/11/2006

PONCTION D'UN NODULE DU QIE GAUCHE
(Nodule de 1,5 cm)

Le fond est hémorragique, comporte un matériel assez richement cellulaire sous forme d'éléments isolés ou de petits groupements faits de cellules aux noyaux augmentés de taille, à contours irréguliers, fréquemment nucléolés avec gros nucléoles. Le cytoplasme est parfois un peu abondant, vésiculeux.

CONCLUSION :

Présence de nombreuses cellules suspectes de malignité sur cette ponction d'un nodule du QIE gauche de 1,5 cm, à contours mal limités, nécessitant une exploration histo-pathologique dans les plus brefs délais.

NP/5

Histologie de la micro biopsie

- Présence sur un seul des 3 prélèvements réalisés :
 - De lésions de CARCINOME CANALAIRE INFILTRANT
 - Grade II
 - RE 2+ à 3+ 90%
 - RP marquage faible sur <10%
 - C-erb-B2 cotée 1+

CONSULTATION D'ANNONCE

On explique le diagnostic et les modalités de traitement chirurgie radiothérapie et probablement chimiothérapie.

Proposez-vous une consultation de préservation de la fertilité à cette jeune patiente de 30 ans mère de 2 garçons de quatre et un ans ?

1 Oui



2 Non



Loi de Bioéthique

- Impose à tout professionnel de santé d'informer les patientes sur les méthodes de préservation de la fertilité avant tout traitement pouvant être délétère
- Information médico légale pour toutes les femmes atteintes d'un cancer du sein et en âge de procréer, quelle que soit leur situation familiale (célibataire ou non, avec enfants ou non)

De quand date cette loi ?

1 1994

Pub. 36 %

Exp. 46 %

2 2004

Pub. 34 %

Exp. 13 %

3 2011

Pub. 29 %

Exp. 40 %



Quelles méthodes de préservation peut-on proposer à cette patiente ? (choix multiples)

1 Blocage ovarien par analogues de GnRh en cours de chimiothérapie

Pub. 71 %

Exp. 53 %

2 Prélèvement d'ovocytes immatures

Pub. 64 %

Exp. 60 %

3 Cryopréservation ovocytaire après stimulation ovarienne

Pub. 67 %

Exp. 86 %

4 Cryopréservation embryonnaire

Pub. 66 %

Exp. 80 %

5 Cryopréservation de tissu ovarien

Pub. 74 %

Exp. 46 %

Choisissez les 2 meilleurs marqueurs de la réserve ovarienne

1 Age

Pub. 35 %

Exp. 33 %

2 Dosages plasmatiques FSH, ESTRADIOL

Pub. 51 %

Exp. 33 %

3 INHIBINE

Pub. 25 %

Exp. 46 %

4 AMH (hormone antimüllérienne)

Pub. 25 %

Exp. 53 %

5 Comptage échographique des follicules antraux

Pub. 46 %

Exp. 26 %



Mme A...

- Première consultation septembre 2006
- Diagnostic de cancer du sein gauche sur microbiopsie en Novembre 2006
- Adressée en chirurgie pour TUMORECTOMIE+GANGLION SENTINELLE en décembre 2006 sans avoir sevré son fils
- Il n'y a pas eu de consultation de préservation de la fertilité

Histologie définitive

- Adénocarcinome canalaire infiltrant 2 cm de grand axe
- Grade SBR II
- À plus d'1mm de la berge la plus proche
- Sans embole ni composante intragalactophorique
- Moins de une mitose par champ
- 7 N -

Quel traitement adjuvant ?

(choix multiples)

1 6 FEC 75

Pub. 67 %

Exp. 80 %



2 6 FEC 100

Pub. 67 %

Exp. 73 %

3 4 EC 4 TAXOTERE

Pub. 71 %

Exp. 73 %

4 RADIOTHERAPIE

Pub. 54 %

Exp. 53 %



5 TAMOXIFENE

Pub. 64 %

Exp. 40 %



6 ANTI AROMATASES

Pub. 71 %

Exp. 73 %

Décision thérapeutique

- FEC 75
- RADIOTHERAPIE avec surimpression dans le lit de tumorectomie
- Tamoxifene 5 ans

Que répondez vous à une demande de troisième grossesse en fin de chimiothérapie ?

(choix multiple)

- 1** OUI après la radiothérapie
Pub. 73 %
Exp. 73 %
- 2** OUI après 2 ans de TAMOXIFENE sans reprise du traitement
Pub. 55 %
Exp. 60 %
- 3** OUI après 3 ans de TAMOXIFENE sans reprise
Pub. 70 %
Exp. 46 %
- 4** OUI après 3 ans de TAMOXIFENE et reprise après la grossesse sans allaiter
Pub. 65 %
Exp. 80 % 
- 5** OUI après 3 ans de TAMOXIFENE et reprise après la grossesse et quelques mois d'allaitement
Pub. 61 %
Exp. 53 %
- 6** OUI après 5 ans de TAMOXIFENE
Pub. 62 %
Exp. 46 % 

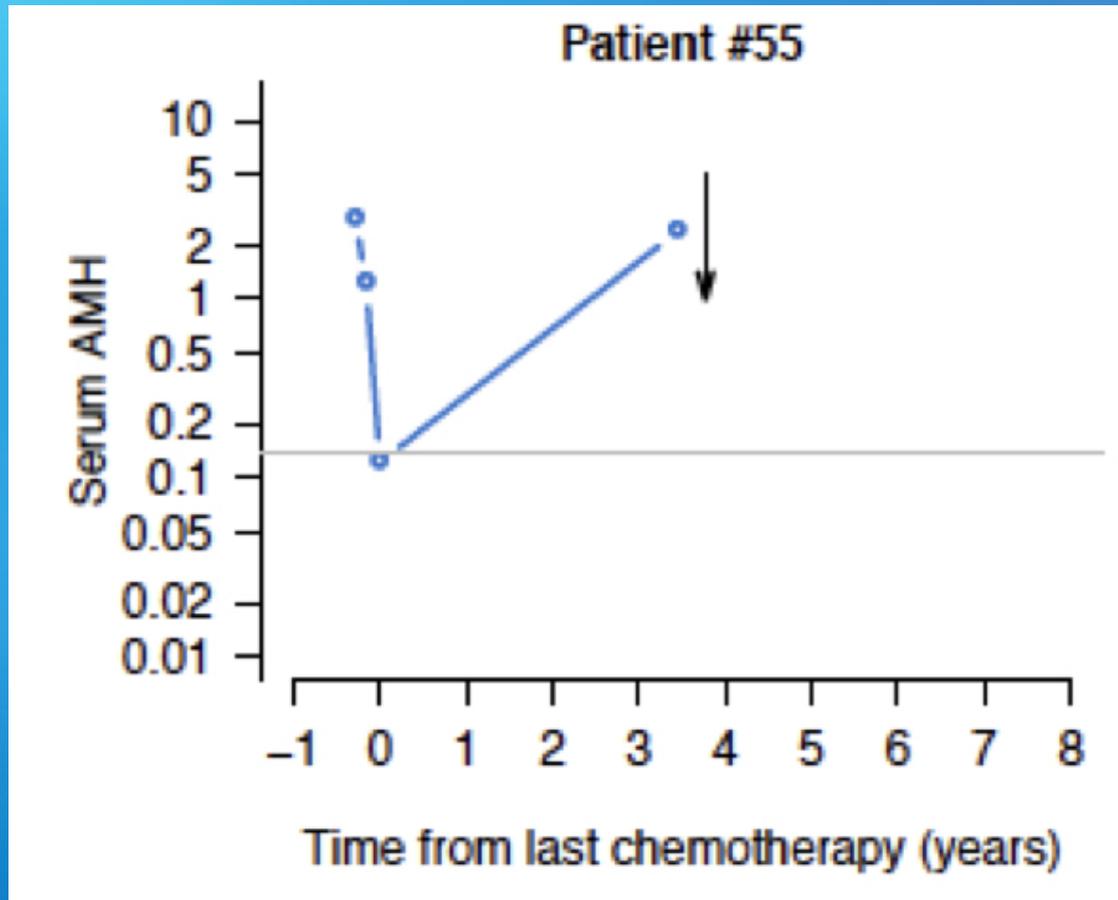
RCP

- Grossesse autorisée après 3 ans de Tamoxifene avec intervalle de 3 mois entre arrêt du traitement et début d'une éventuelle grossesse
- Avec possibilité d'allaiter mais de préférence un ou deux mois seulement
- Et reprise ensuite du Tamoxifene pour avoir 5 ans de traitement au total

Surveillance gynécologique

- A été réglée dès l'arrêt de la contraception progestative et de l'allaitement en janvier 2007
- Pose d'un stérilet au cuivre au cours de la première cure de chimiothérapie en février 2007
- Bien réglée avec des cycles courts de 20/22 jours pendant toute la chimio
- Echographie pelvienne en fin de chimiothérapie montrant 2 ovaires de volume normal (mais mesuré dans 2 dimensions seulement) et contenant chacun 4 à 5 formations folliculaires entre 5 et 10mm

AMH pré , per et post chimiothérapie (étude OBAMA . AS HAMY. Saint-Louis)



Bien expliquer à la patiente que les taux d'AMH et le comptage échographique des follicules sont de bons marqueurs de la réserve ovarienne mais ne sont pas des marqueurs prédictifs de grossesse

Arrêt Tamoxifene décembre 2010

- Toujours bien réglée
- Retrait STERILET le 19 mars 2011(DR 11/03)
- Béta HCG plasmatiques positives fin avril
- Grossesse normale et CESARIENNE
le 1^{er} Janvier 2012 pour terme dépassé
- Allaitement maternel avec le sein droit seul

AVRIL 2012

- Première consultation post césarienne
- Allaité depuis 4 mois
- Dernière mammographie mai 2010
(avant la grossesse)
- Contraception locale
 - Demande de sevrage
 - Mammographie échographie et revoir

AOUT 2012

- Allaiter toujours et n'arrive pas à sevrer
- Mammographie non faite
- Tamoxifène non repris

NOVEMBRE 2012

- Avait cessé d'allaiter 15 jours puis reprise
- Tamoxifene toujours non repris puisque contre indiqué en cas d'allaitement
- Préfère « médecines parallèles » pour éviter les rechutes!

DECEMBRE 2012

- Dépression et troubles du comportement (destruction des papiers d'identité familiaux)
- Refus de prise en charge psychiatrique

FEVRIER 2013

- Va mieux
- Sevrage depuis un mois
- Pose d'un stérilet au cuivre
- Reprise TAMOXIFENE
 - (2 ans d'arrêt au total)

FEVRIER 2015

- Arrêt définitif du TAMOXIFENE
- Nous sommes à 8 ans du traitement initial
- Mme A va bien , elle a 39 ans
- L'examen clinique, le bilan biologique et radiologique de surveillance sont normaux

ENVISAGE UNE QUATRIEME GROSSESSE

Merci

XVIII^{ème} Journées de sénologie
interactive

S. Bonfils

Cas clinique interactif

XVIII^{ème} Journées de sénologie
interactive

P. Charveriat

2004

Mme S, 67 ans

- PR 12 ans, G3P3 allaitement total 1 an
- CO : 15 ans
- Ménopause 55 ans. THM 12 ans

- Absence d'antécédent carcinologique familial ou personnel

- Sur mammographie de dépistage
Sein gauche :
 - 2 foyers de microcalcifications séparés de plus de 2 cms, ACR 4b
 - l'un rétroaréolaire profond,
 - l'autre à l'union des quadrants externes.

Que fait-on ?

(choix simple)

1 Microbiopsie d'un foyer

Pub. 1 %

Exp. 0 %

2 Microbiopsie des deux foyers

Pub. 20 %

Exp. 0 %

3 Macrobiopsie d'un foyer

Pub. 1 %

Exp. 11 %

4 Macrobiopsie des deux foyers

Pub. 76 %

Exp. 88 %



Macrobiopsie :

Les 2 foyers ont bien été prélevés

- Foyer de l'union des quadrants externes :
 - CIC de haut grade
- Foyer Rétro-aréolaire profond :
 - Adénose

Que proposez-vous ?

(choix simple)

1 Mastectomie + ganglion sentinelle

Pub. 5 %

Exp. 0 %

2 Double tumorectomie + ganglion sentinelle

Pub. 23 %

Exp. 0 %

3 Tumorectomie du foyer de CIC + ganglion sentinelle

Pub. 44 %

Exp. 25 %

4 Tumorectomie simple du foyer de CIC

Pub. 27 %

Exp. 75 %



Tumorectomie + ganglion sentinelle

- CIC 10 mm haut grade + CCI 6 mm
- SBR 1
- RE 2+ (80%) RP-
- Her 2 négatif
- Pas d'embole
- Un ganglion sentinelle négatif/1

Traitements proposés

(choix multiples)

1 Radiothérapie seule

Pub. 37 %

Exp. 12 %

2 Radiothérapie du sein avec curiethérapie

Pub. 49 %

Exp. 87 %

3 Hormonothérapie par tamoxifène

Pub. 9 %

Exp. 0 %

4 Hormonothérapie par inhibiteur de l'aromatase

Pub. 62 %

Exp. 50 %

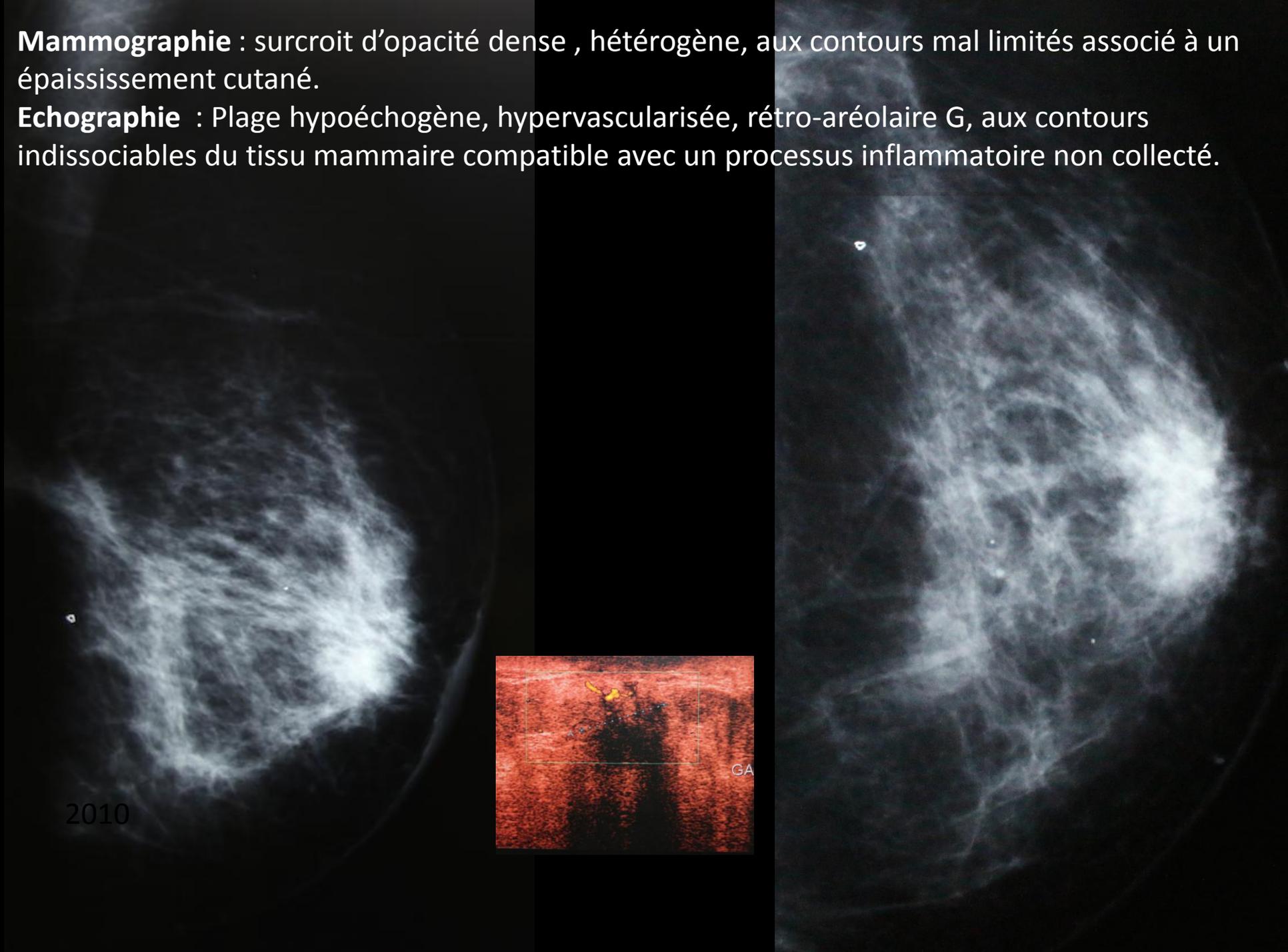
Mars 2010

- Apparition rapide d'une inflammation du sein gauche PEV 2
- Clinique : nodule ferme rétro aréolaire du sein gauche associé à un œdème et un épaissement cutané.
- Absence d'adénopathie axillo-sus-claviculaire



Mammographie : surcroît d'opacité dense , hétérogène, aux contours mal limités associé à un épaissement cutané.

Echographie : Plage hypoéchogène, hypervascularisée, rétro-aréolaire G, aux contours indissociables du tissu mammaire compatible avec un processus inflammatoire non collecté.



Que proposez-vous à visée diagnostique?

1

Traitement antibiotique-anti-inflammatoire et vous revoyez la patiente dans 3 semaines avec un nouveau bilan mammo-échographique.

Pub. 15 %

Exp. 0 %

2

Une IRM mammaire

Pub. 19 %

Exp. 33 %

3

Un scanner thoracique

Pub. 0 %

Exp. 0 %

4

Une TEP TDM

Pub. 9 %

Exp. 0 %

5

Une microbiopsie écho-guidée

Pub. 47 %

Exp. 66 %

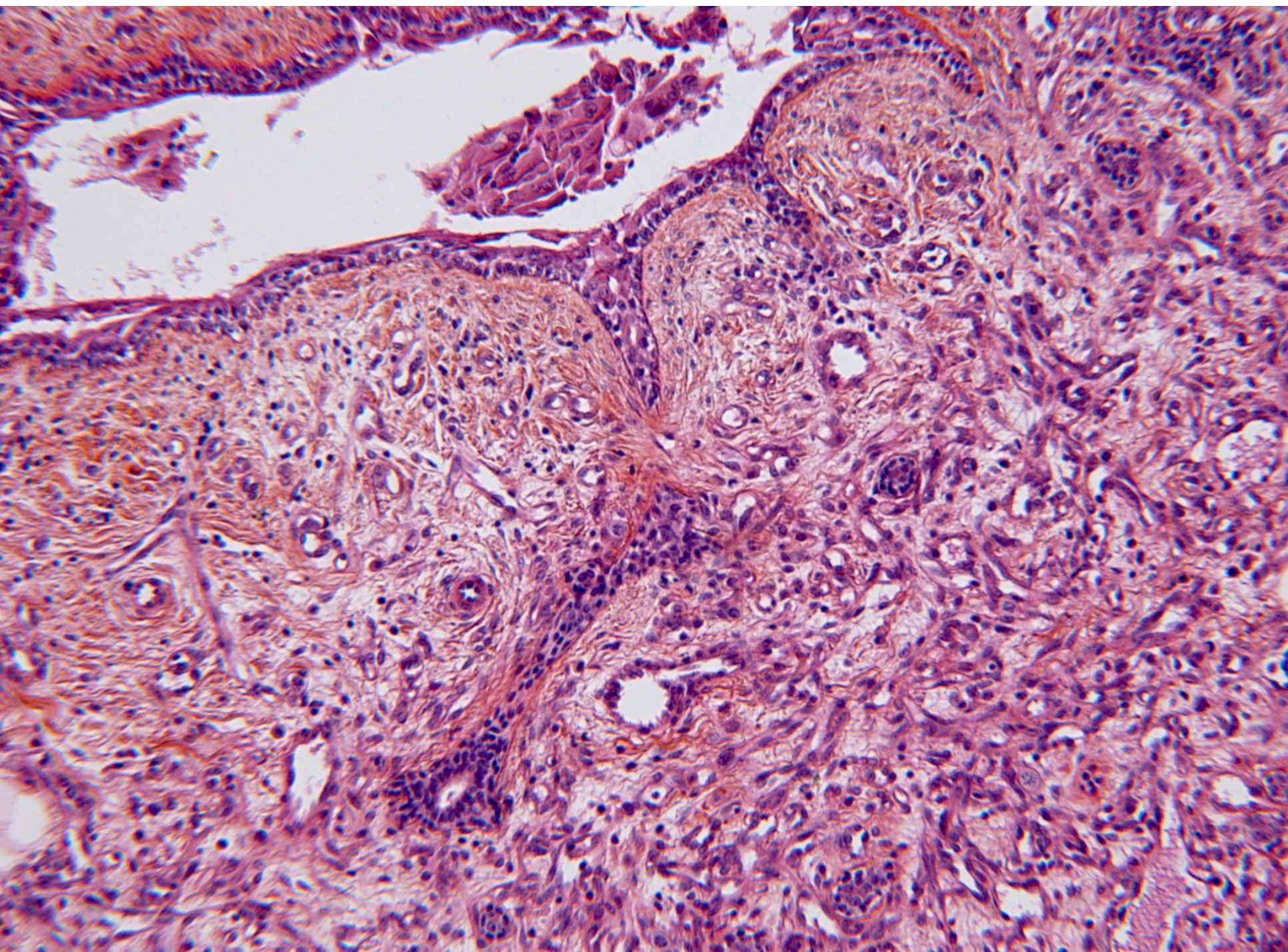


6

Une macrobiopsie

Pub. 7 %

Exp. 0 %



Biopsie

- Prolifération tumorale maligne
- Faite de cellules globuleuses disposées autour de cavités
- Activité mitotique 8 mitoses pour 10 champs
- Cellularité faible mais focalement dense
- Absence de nécrose
- CD 31 forte sur-expression

Quel est votre diagnostic ? (choix simple)

1 Carcinome canalaire infiltrant Triple négatif

Pub. 12 %

Exp. 0 %

2 Carcinome lobulaire infiltrant

Pub. 20 %

Exp. 14 %

3 Angio sarcome

Pub. 16 %

Exp. 57 %

4 Tumeur phyllode de haut grade

Pub. 4 %

Exp. 14 %

5 Je manque d'élément pour conclure

Pub. 45 %

Exp. 14 %

Quel bilan faites-vous ? (choix multiples)

1 Vous complétez par une IRM mammaire

Pub. 41 %

Exp. 40 %



2 Une TEP TDM

Pub. 67 %

Exp. 60 %



3 Un scanner TAP

Pub. 30 %

Exp. 40 %



4 Un bilan biologique

Pub. 38 %

Exp. 40 %

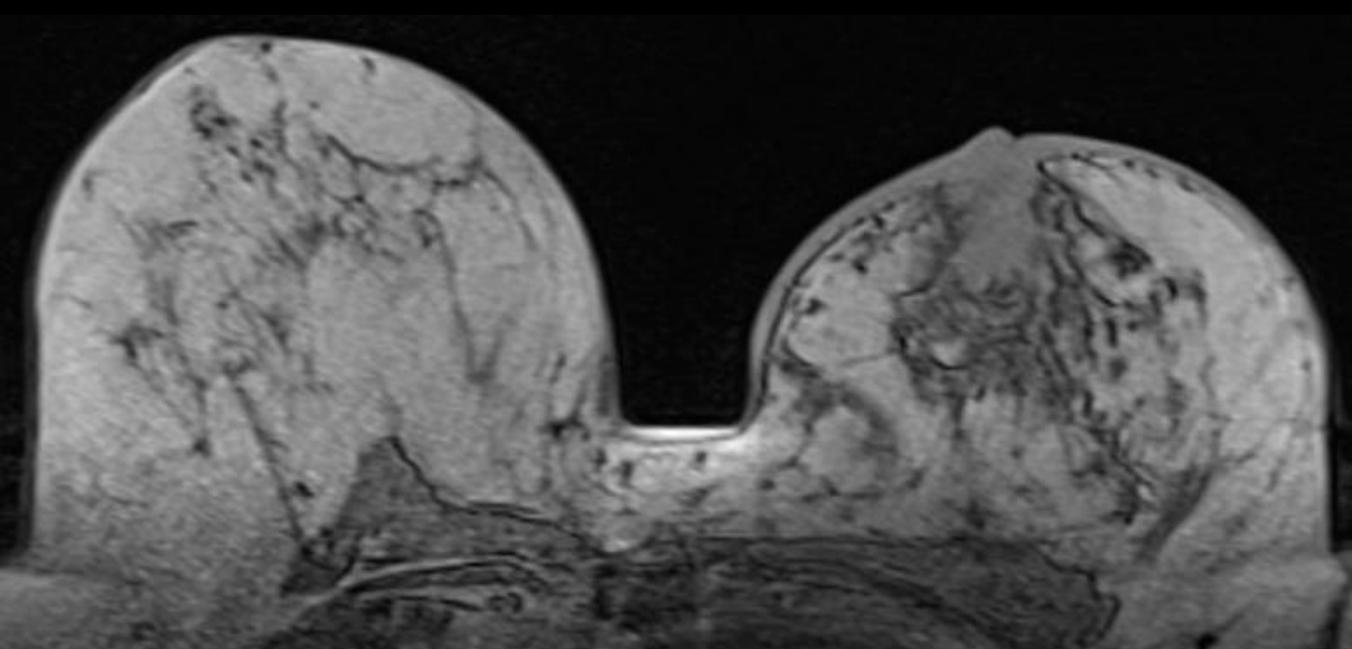


5 Une scintigraphie osseuse

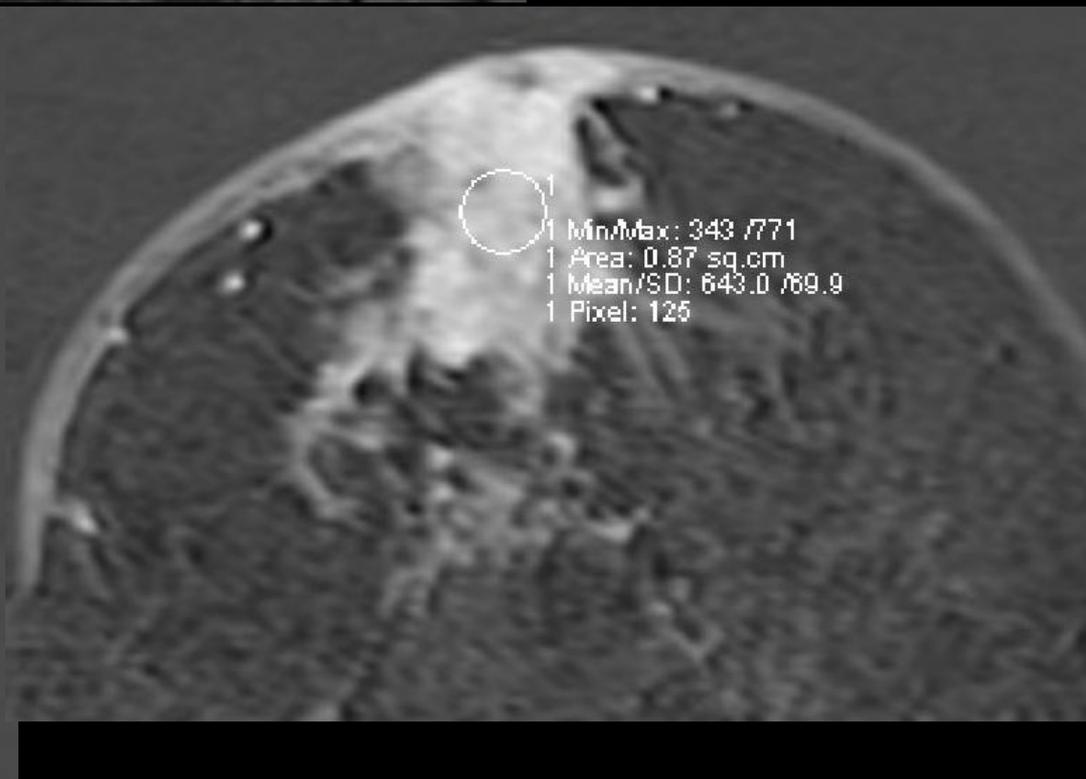
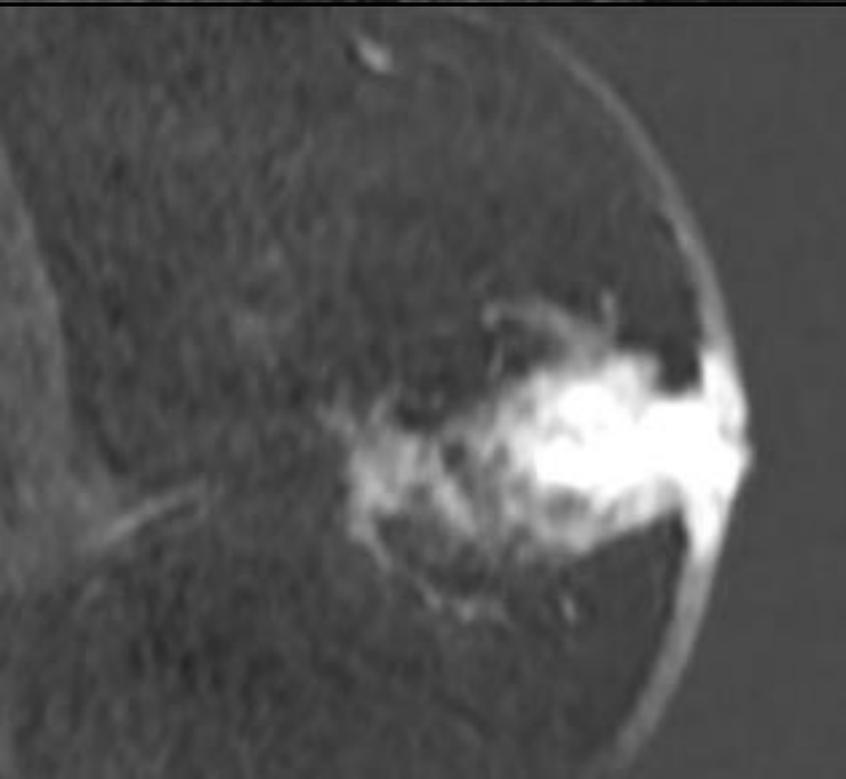
Pub. 54 %

Exp. 0 %

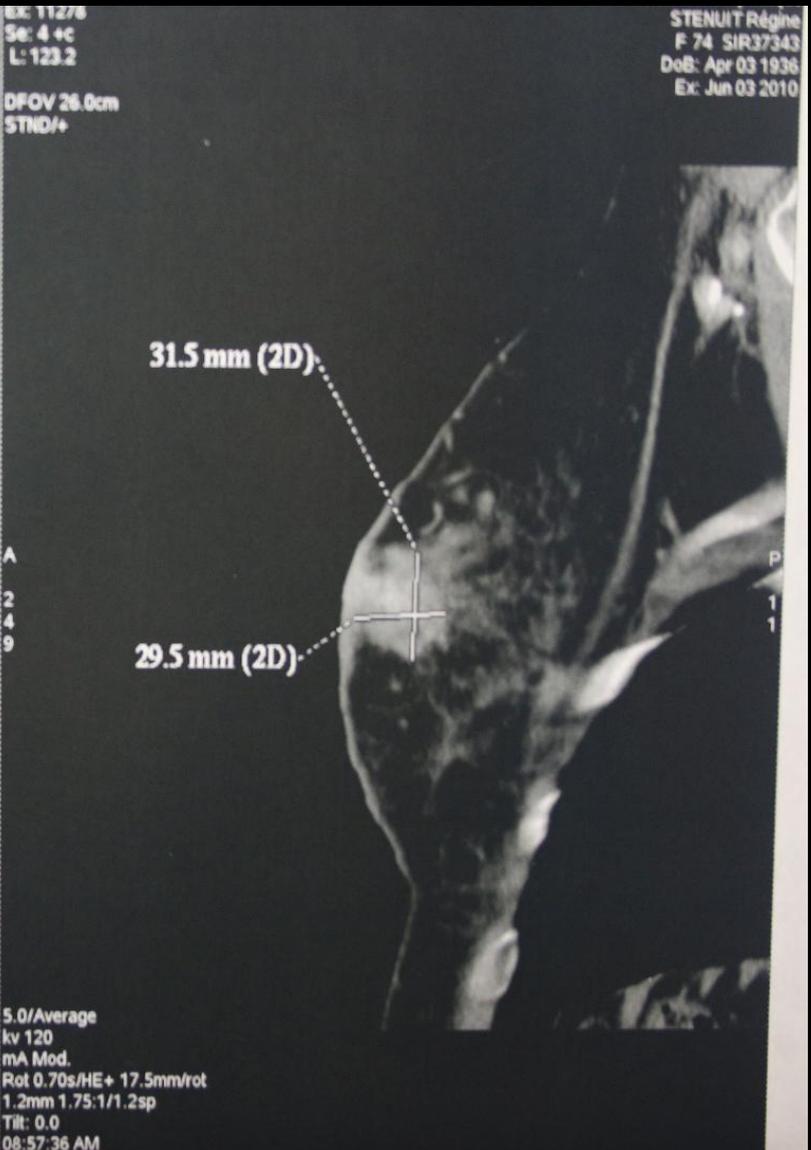
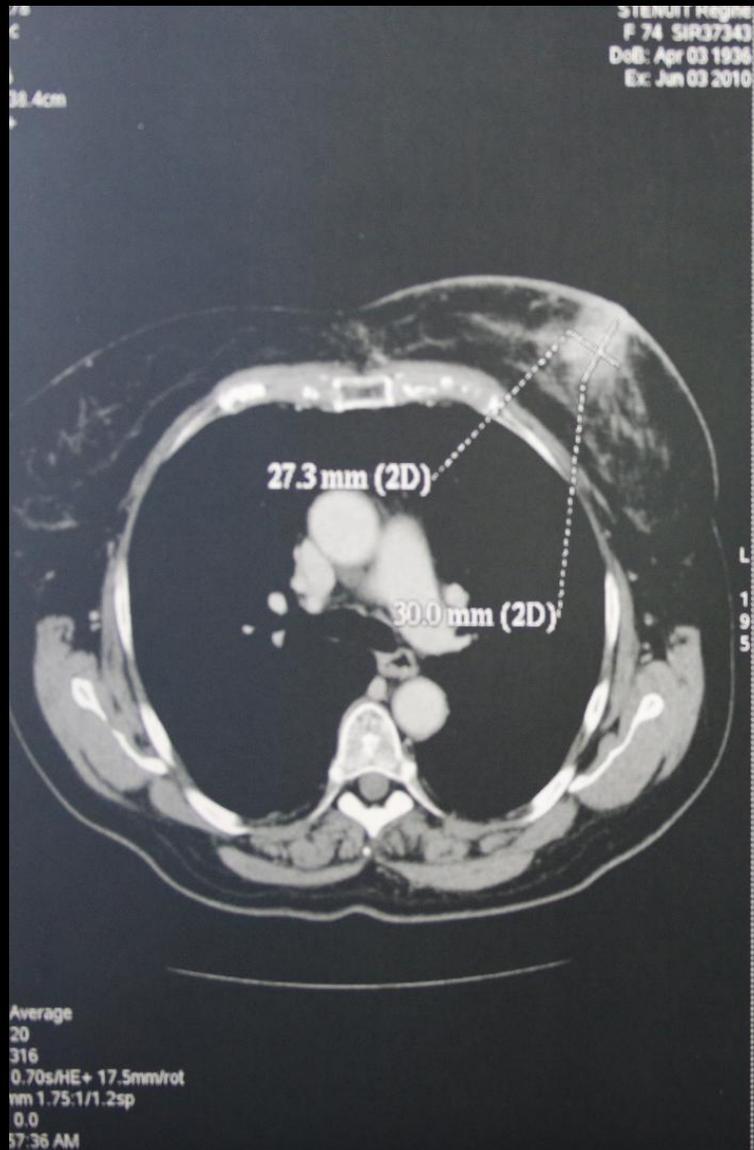




**Epaissement cutané avec oédème du tissu fibro glandulaire rétro aréolaire au sein duquel il existe une masse ovale hétérogène mesurant 42 mm x 28 mm avec prise de contraste intense et précoce et wash out à 2mn .
Bilan classé ACR 0**



16



Quel traitement proposez-vous ?

1 Tumorectomie curage

Pub. 1 %

Exp. 0 %

2 Mastectomie-curage

Pub. 75 %

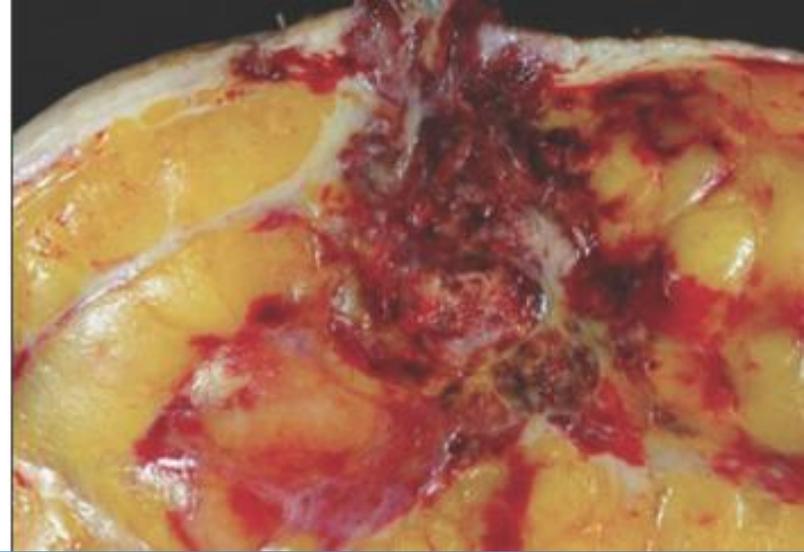
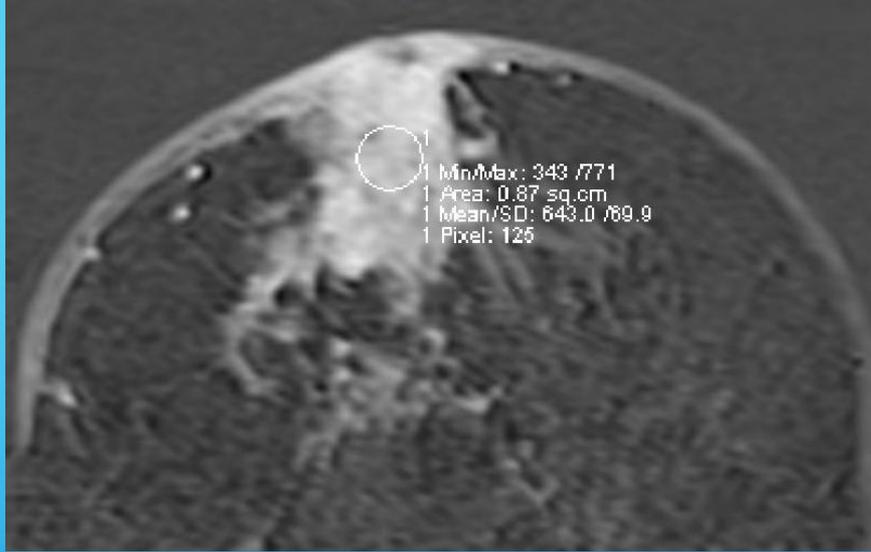
Exp. 0 %

3 Mastectomie

Pub. 22 %

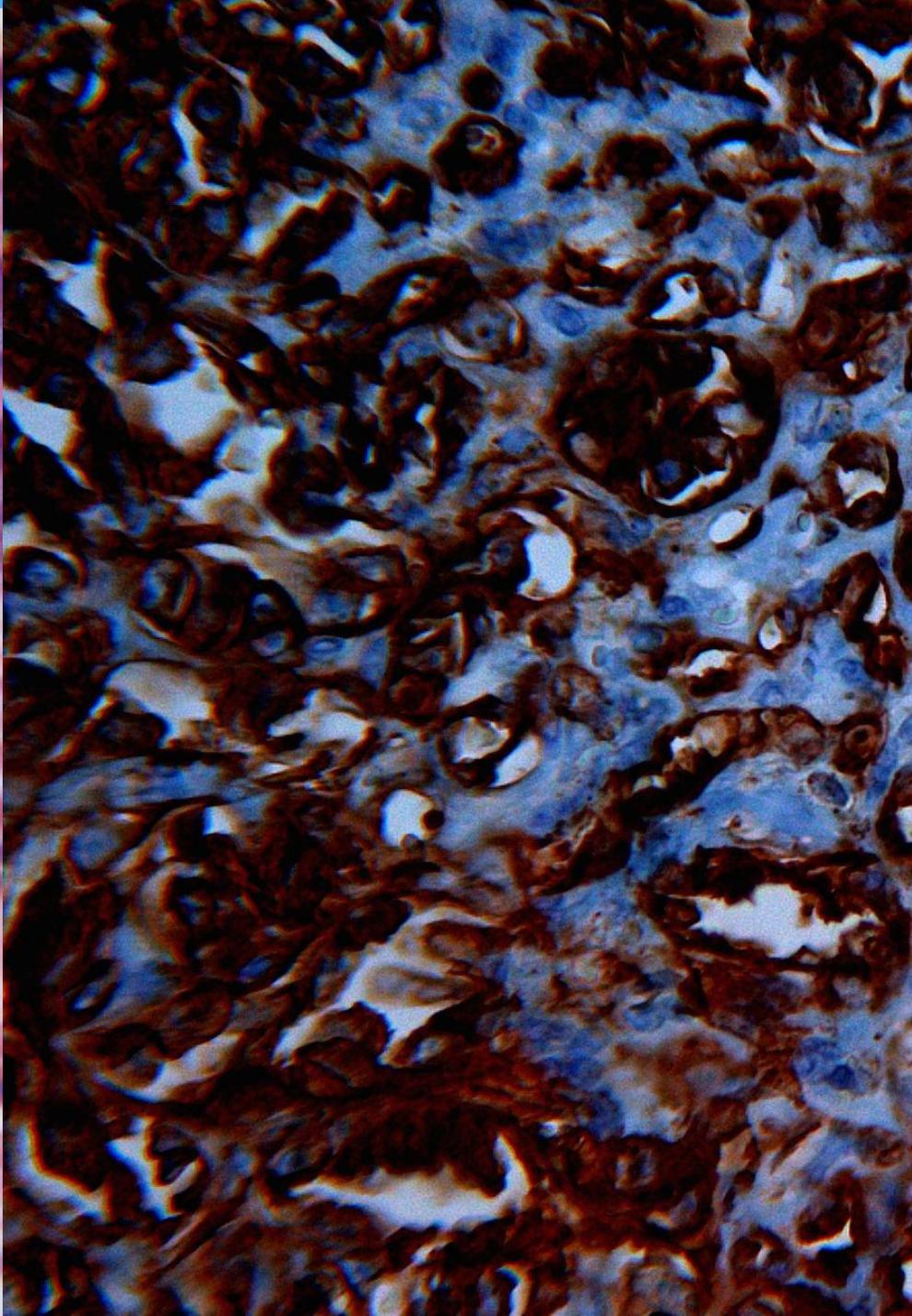
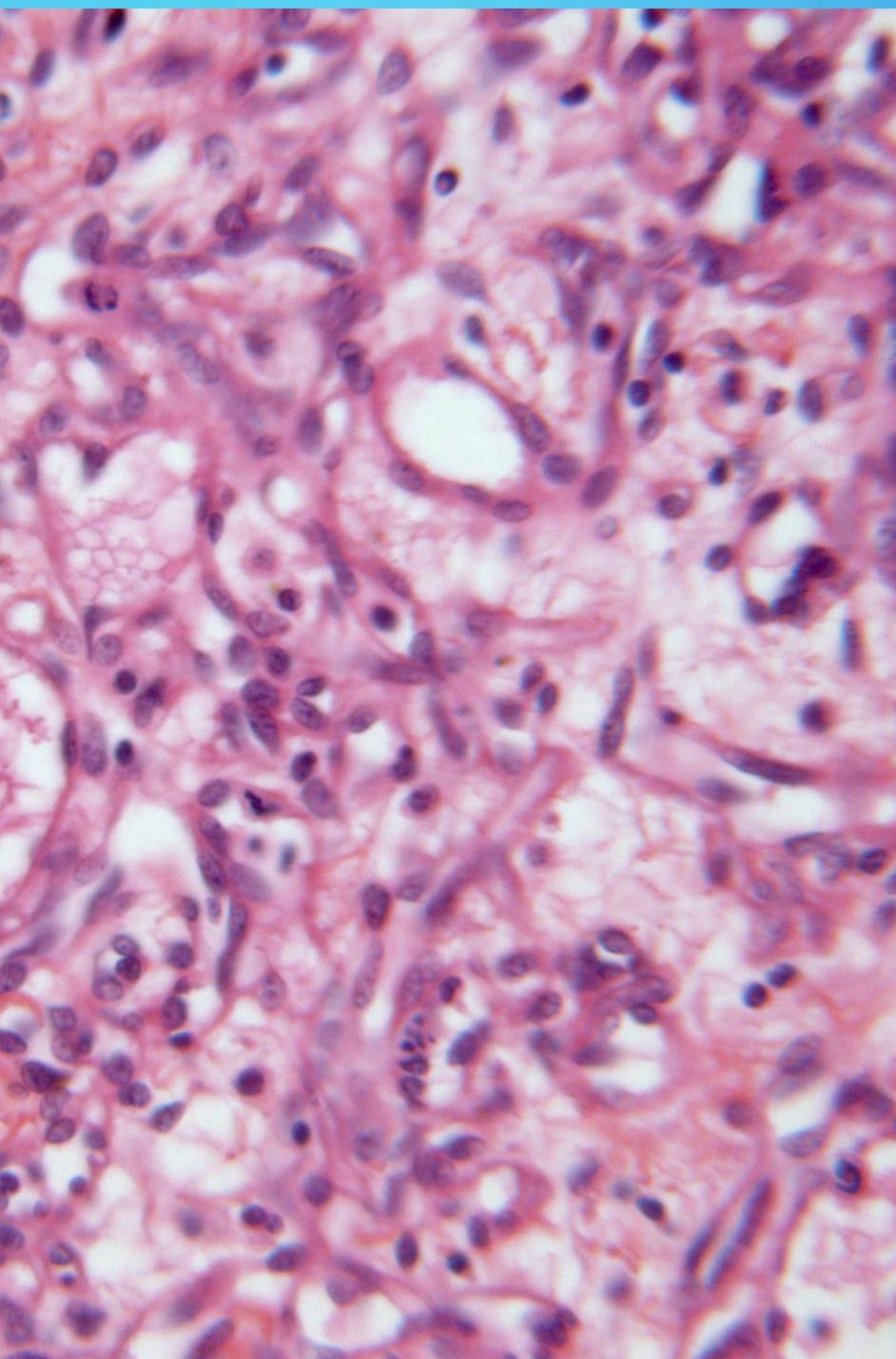
Exp. 100 %

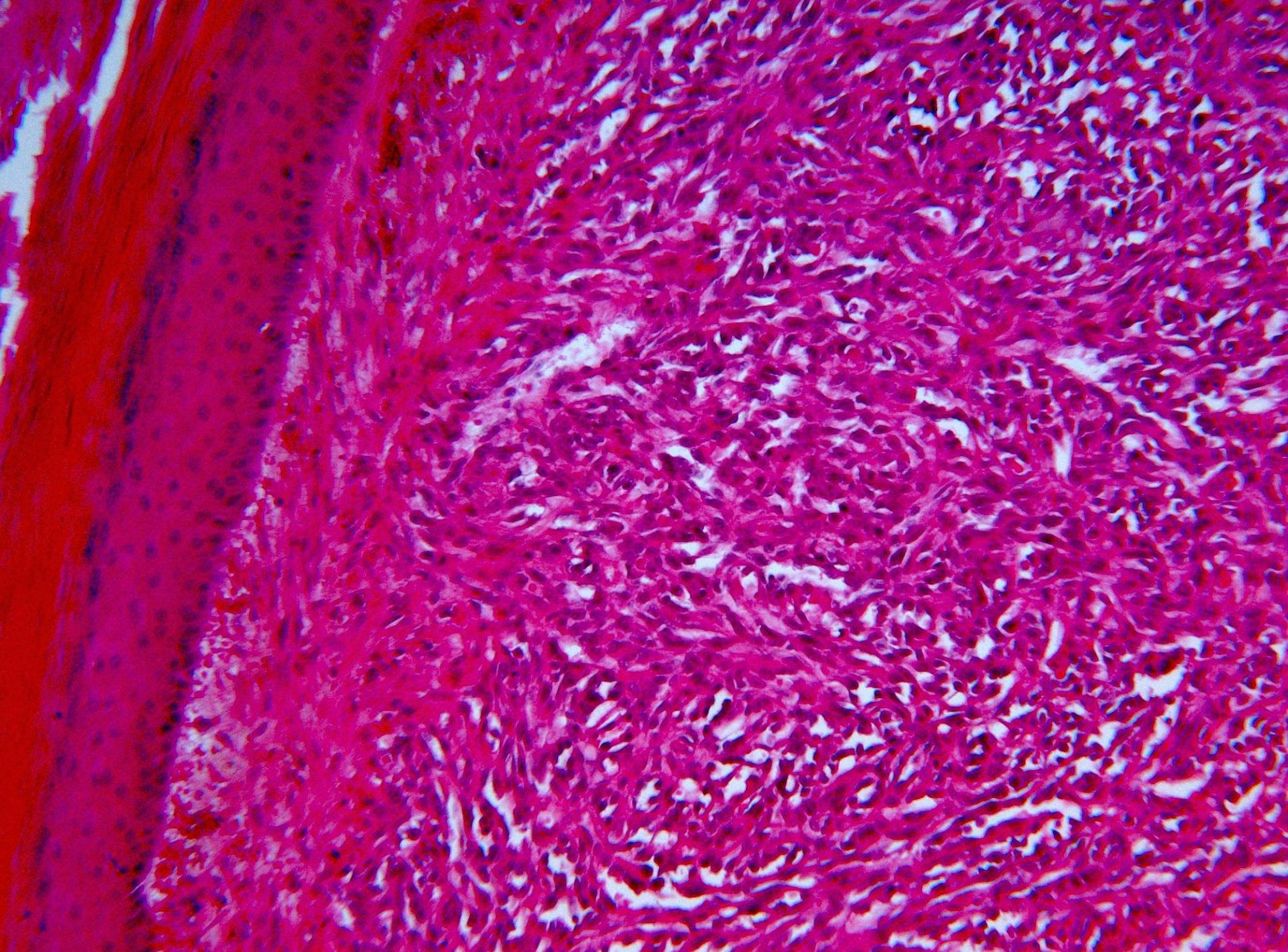




Histo : lésion d'aspect violacé 4 x 3,5, x 3 cm.

- Prolifération tumorale maligne
- A cellules fusiformes
- Présentant
 - des **zones bien différenciées** réalisant tantôt des vaisseaux tantôt des fentes avec des cellules présentant des noyaux fusiformes hyperchromatiques, peu anisocaryotiques .
 - des **zones peu différenciées** réalisant des plages pleines de cellules fusiformes avec des noyaux volumineux , hyperchromatiques, nucléolés.
 - **Ki 67 : 80%**
 - **Marges > 2 cms**
 - **Il existe une atteinte cutanée dermique sans atteinte de l'épiderme**





Quelles sont les affirmations exactes ?

1 Angiosarcome primitif touche plus volontiers la femme âgée

Pub. 26 %

Exp. 33 %

2 La radiothérapie est un facteur prédisposant des sarcomes primitifs

Pub. 42 %

Exp. 50 %

3 Angiosarcome post radique apparaît dans les trois à cinq ans qui suivent la fin de la radiothérapie

Pub. 68 %

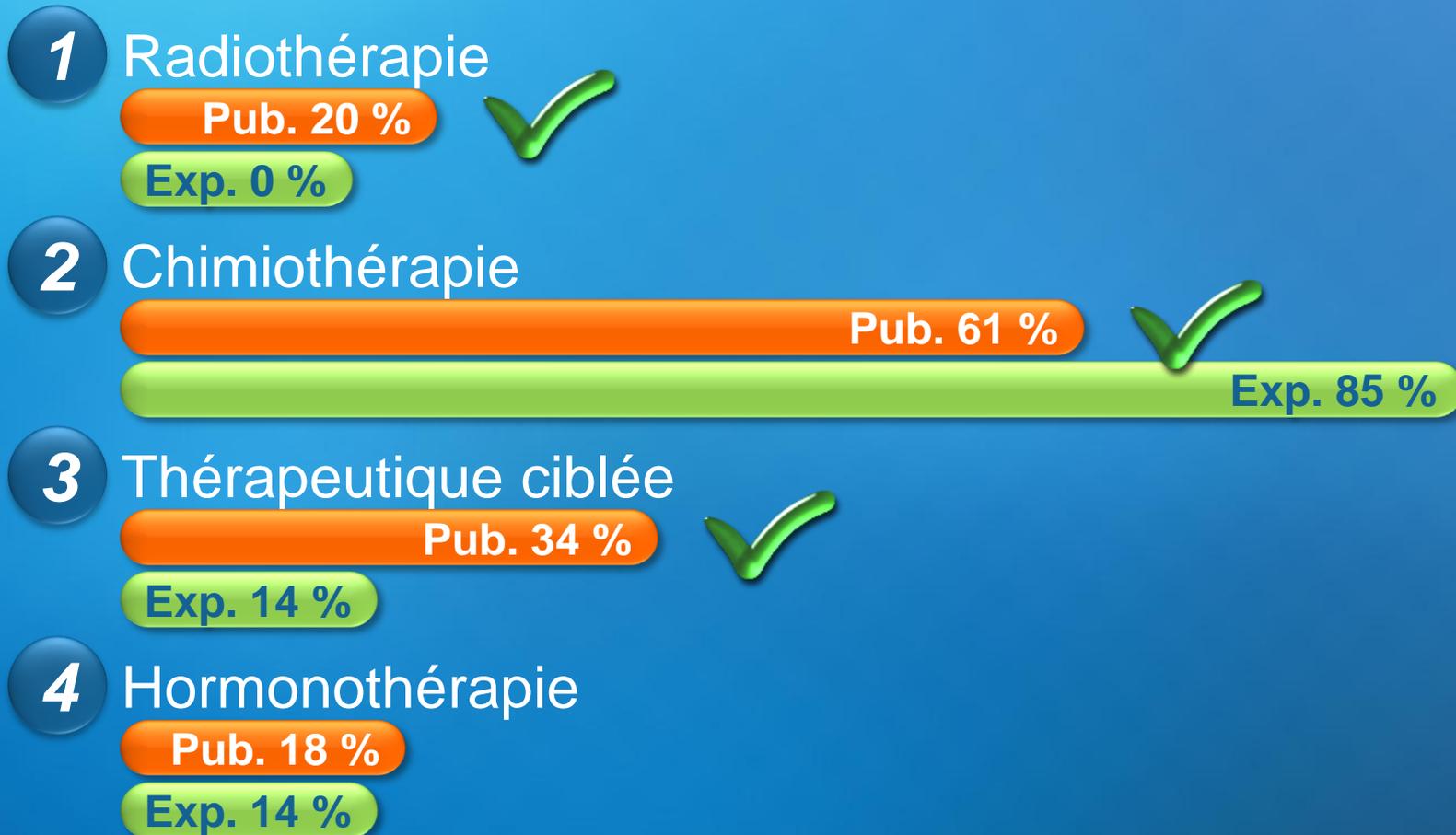
Exp. 100 %

4 La maladie de Stewart Treves est un angiosarcome sur lymphoedème chronique.

Pub. 34 %

Exp. 66 %

Après le traitement par mastectomie, que faites-vous ? (choix multiples)



Merci

XVIII^{ème} Journées de sénologie
interactive

P. Charveriat

Cas clinique interactif

XVIII^{ème} Journées de sénologie
interactive

Bertrand TOURNANT
Centre des Maladies du Sein
Hôpital St Louis

Mme BAD... N...,

- Née le 06/02/1970, d'origine sénégalaise, m'est adressée le 07/11/2012 au CMS par son gynécologue pour :

« Une lésion du sein G, QSI, évocatrice d'adénofibrome. L'apparition récente de cette lésion conduit à lui proposer une vérification histologique.

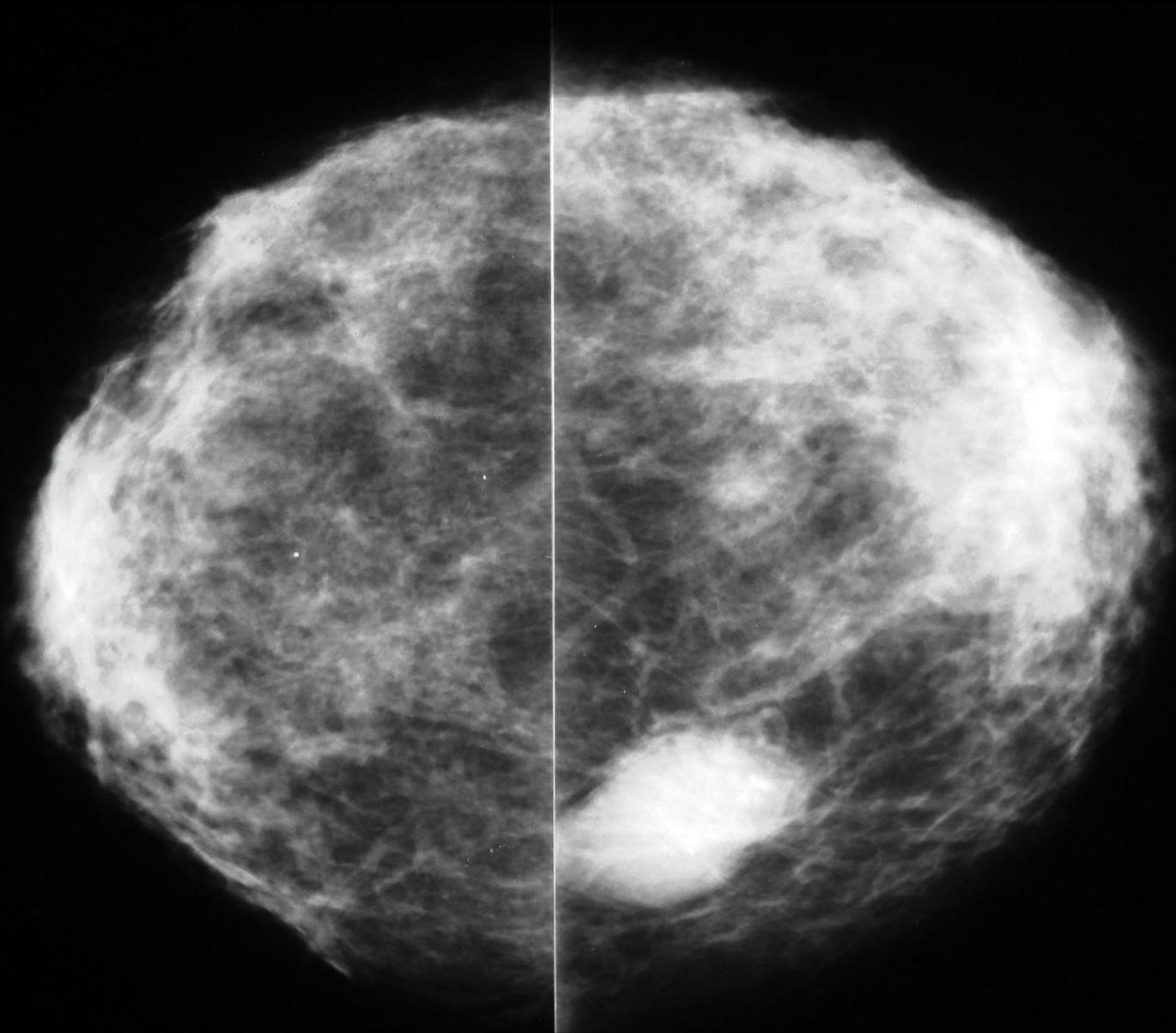
Merci de me donner votre avis ».

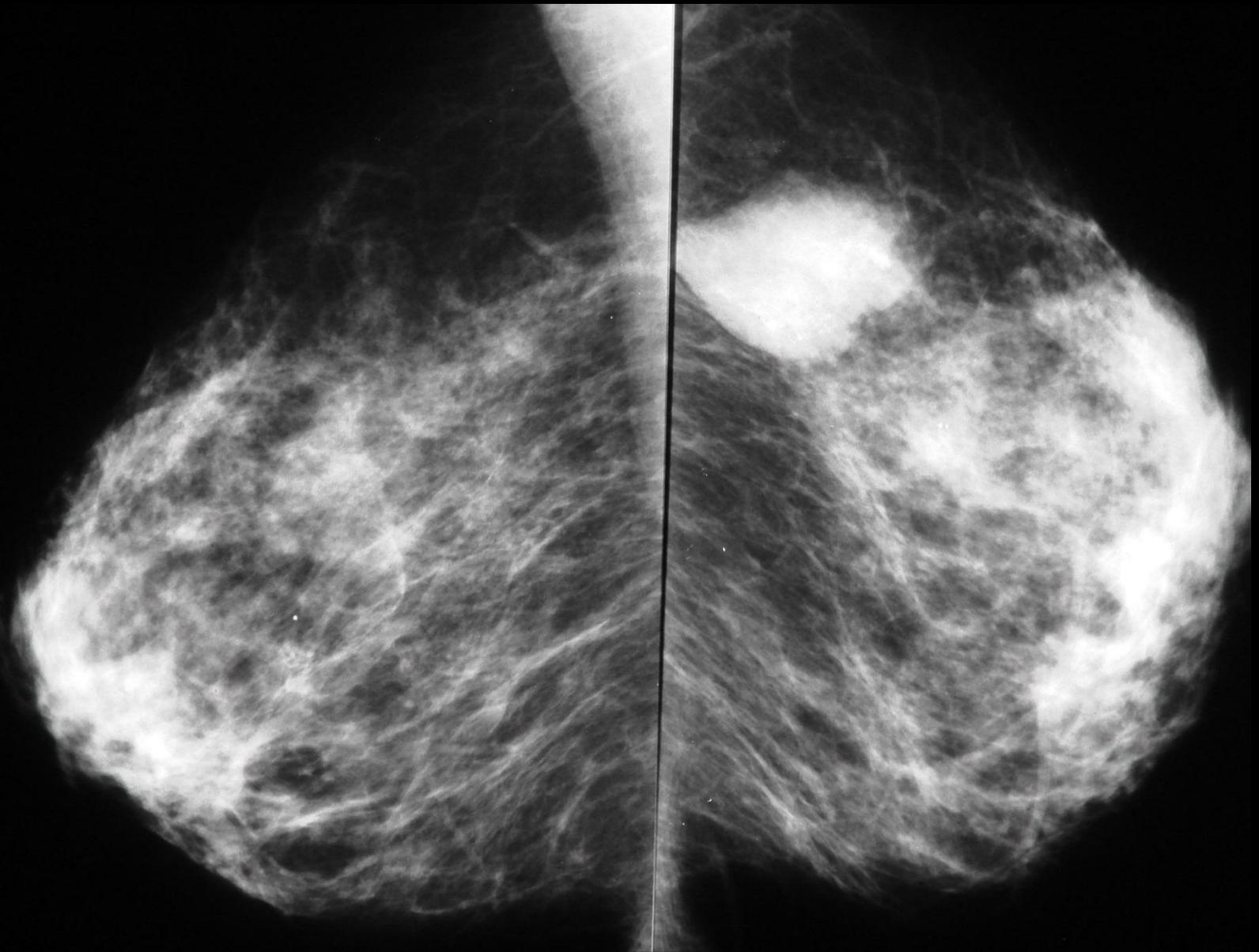
Mme BAD... N...,

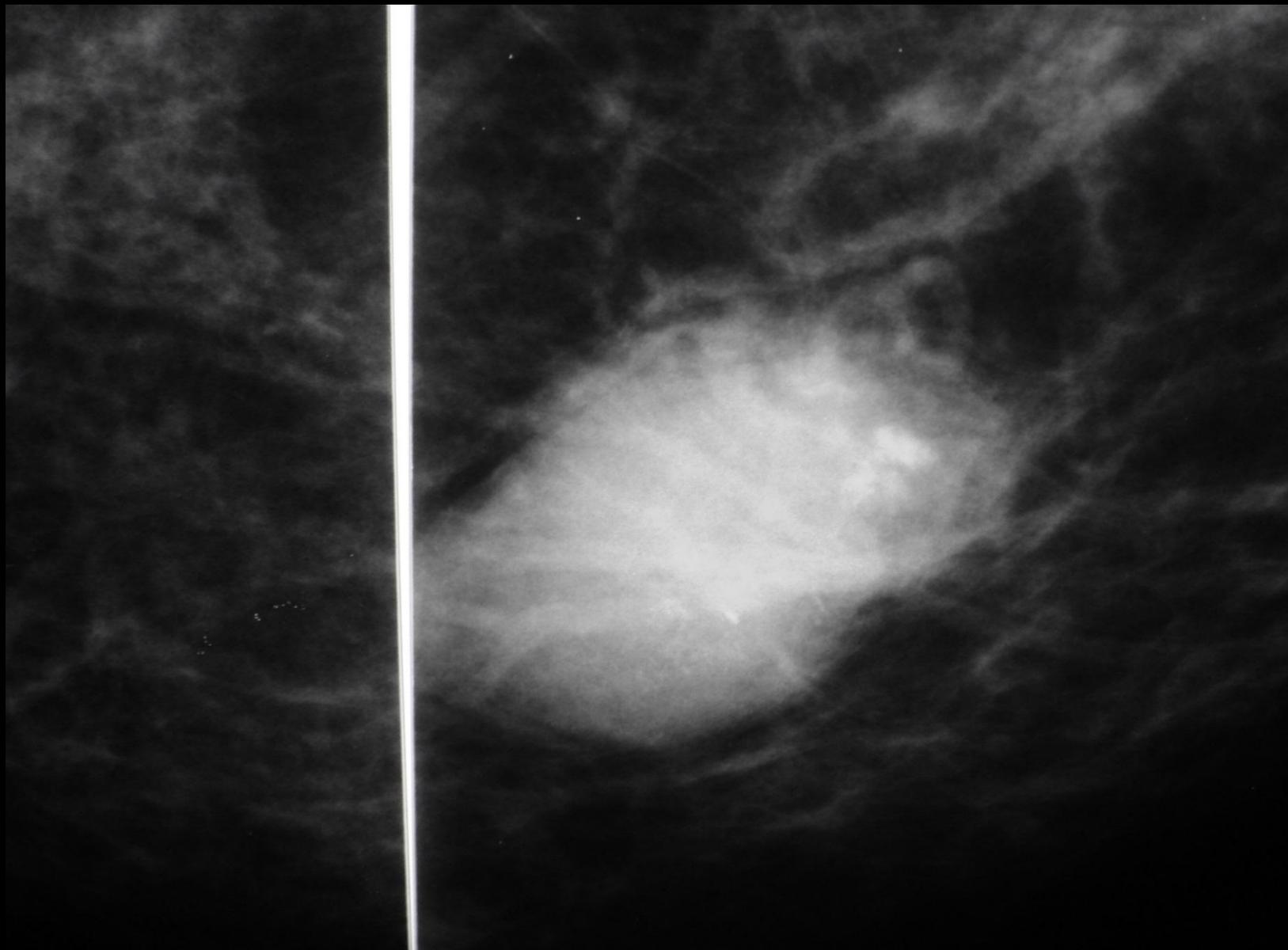
- Cette patiente a donc 42 ans et 9 mois, elle a divorcé après 2 ans de mariage, elle est nulligeste
- Pas d'antécédent gynécologique en-dehors d'un utérus porteur de petits fibromes avec règles d'abondance et de durée normales, sans contraception médicale.
- Elle travaille dans l'hôtellerie et vit seule.
- Elle ne fume pas. Taille 1m60 / 69 kg. IMC à 27.
- Aucun antécédent familial mammaire.

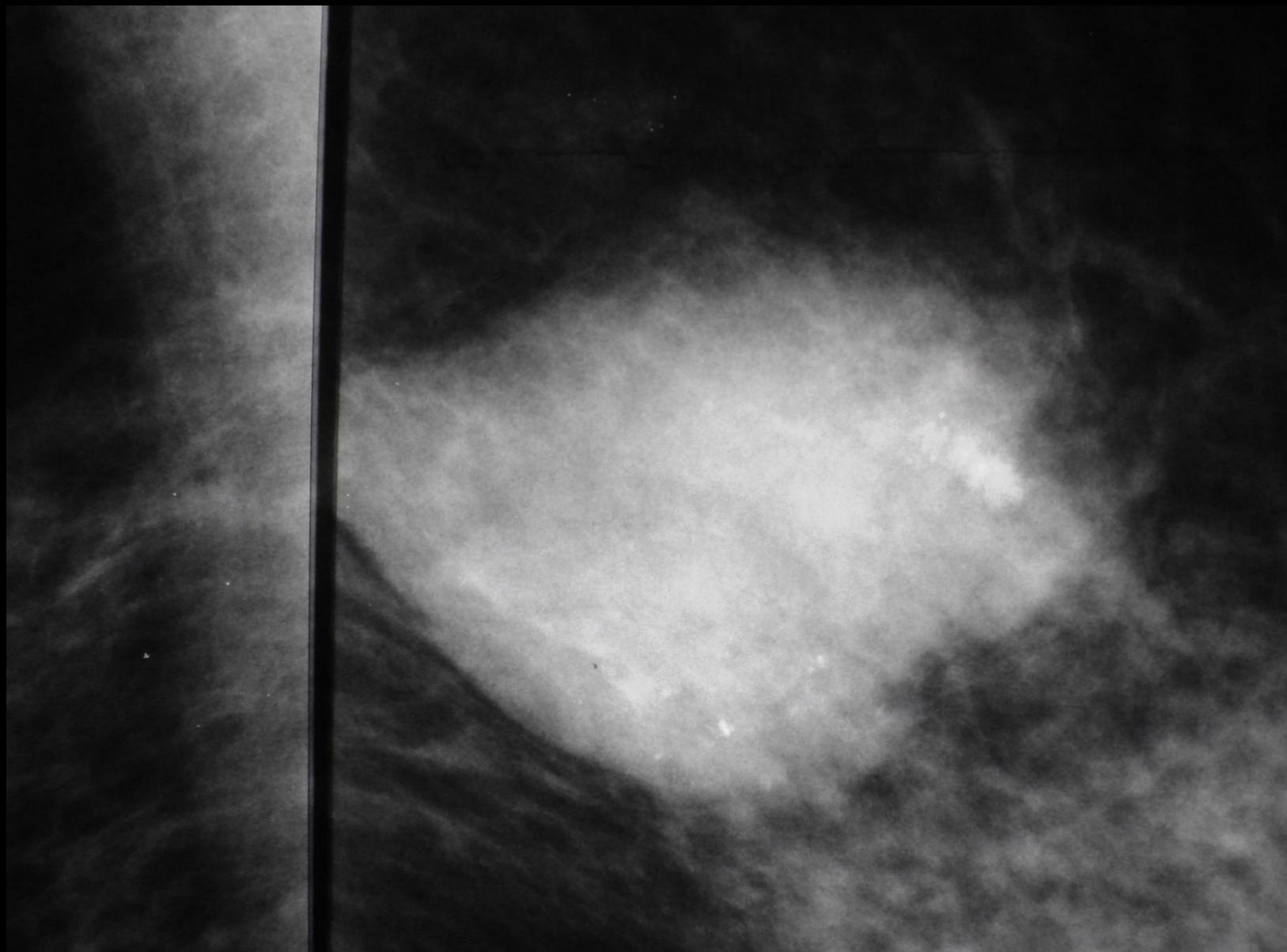
Mme BAD... N...,

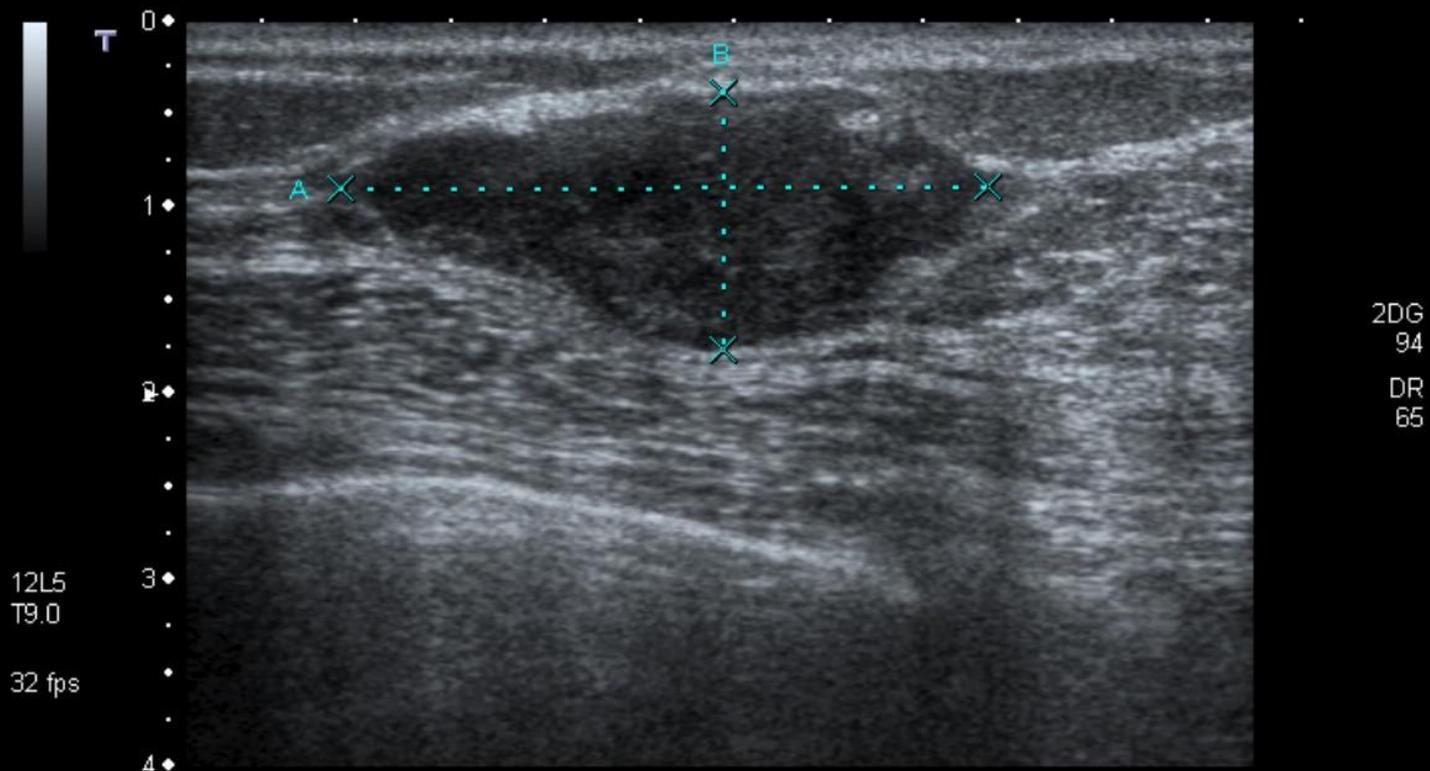
- Cliniquement, la masse du QSI du sein G mesure
- 30 mm x 15 mm. Elle est bien mobile, bien limitée, ferme et discrètement polylobée.
- La peau en regard est saine, sans rétraction, sans inflammation, il n'y a pas d'adénopathie.



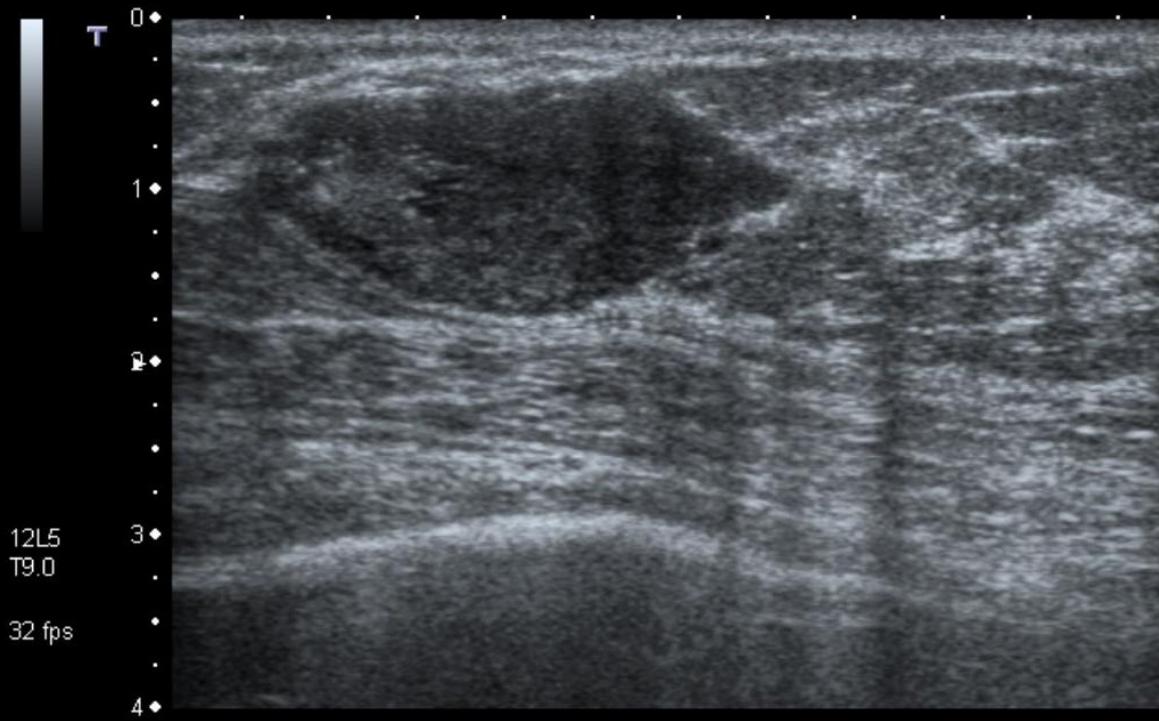








Dist A	34.2 mm	Dist B	13.8 mm		
--------	---------	--------	---------	--	--



12L5
T9.0

32 fps

MI:1.6
2DG
94
DR
65

Sur ces éléments cliniques et l'imagerie, quel diagnostic évoquez-vous en premier ? (choix simple)

1 Adéno-Fibrome simple

Pub. 67 %

Exp. 60 %

2 Hamartome

Pub. 70 %

Exp. 60 %

3 Adéno-Fibrome complexe

Pub. 69 %

Exp. 66 %



4 Tumeur phyllode

Pub. 71 %

Exp. 66 %

5 Adénose nodulaire pseudo-tumorale

Pub. 64 %

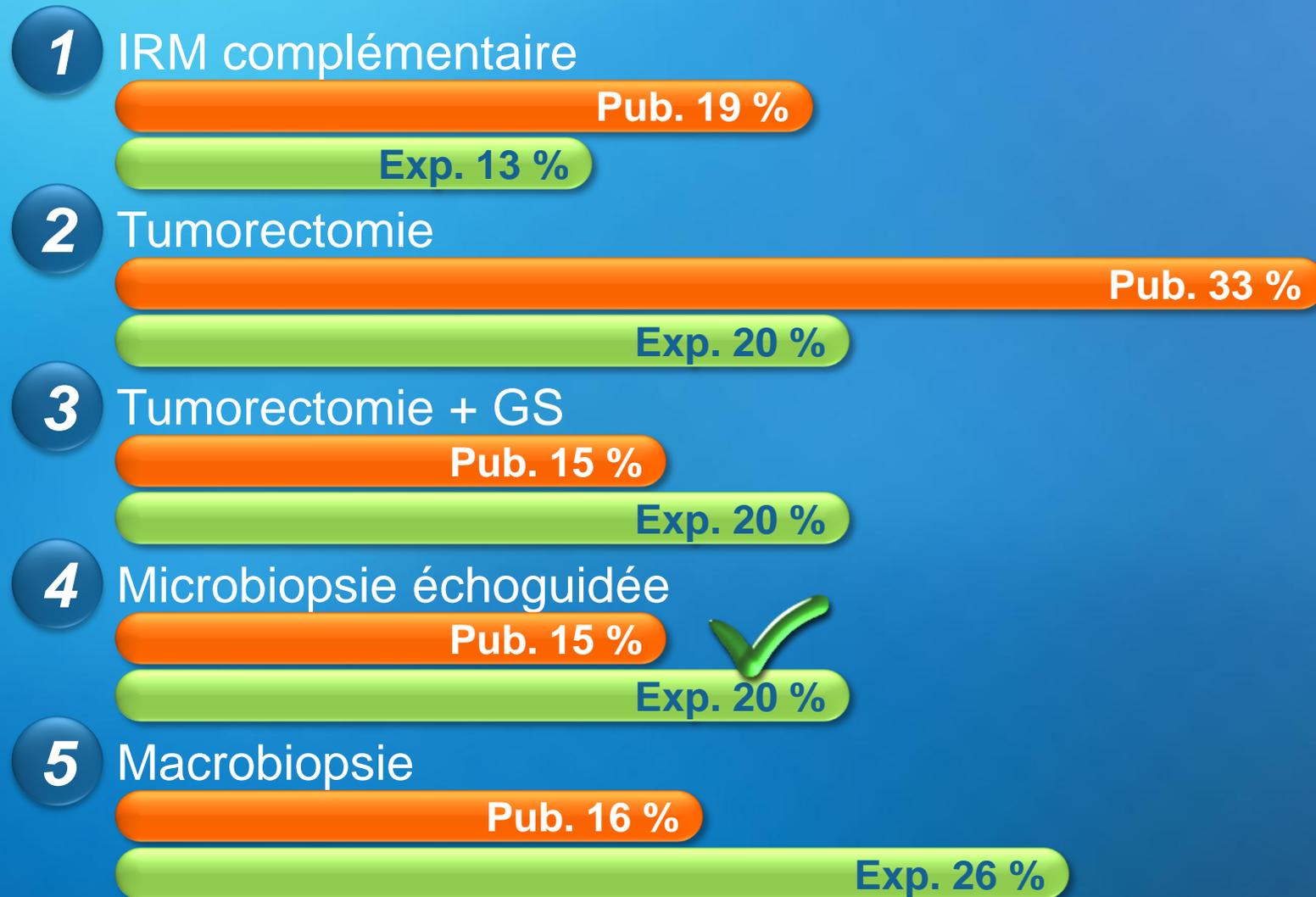
Exp. 53 %

6 Cancer

Pub. 64 %

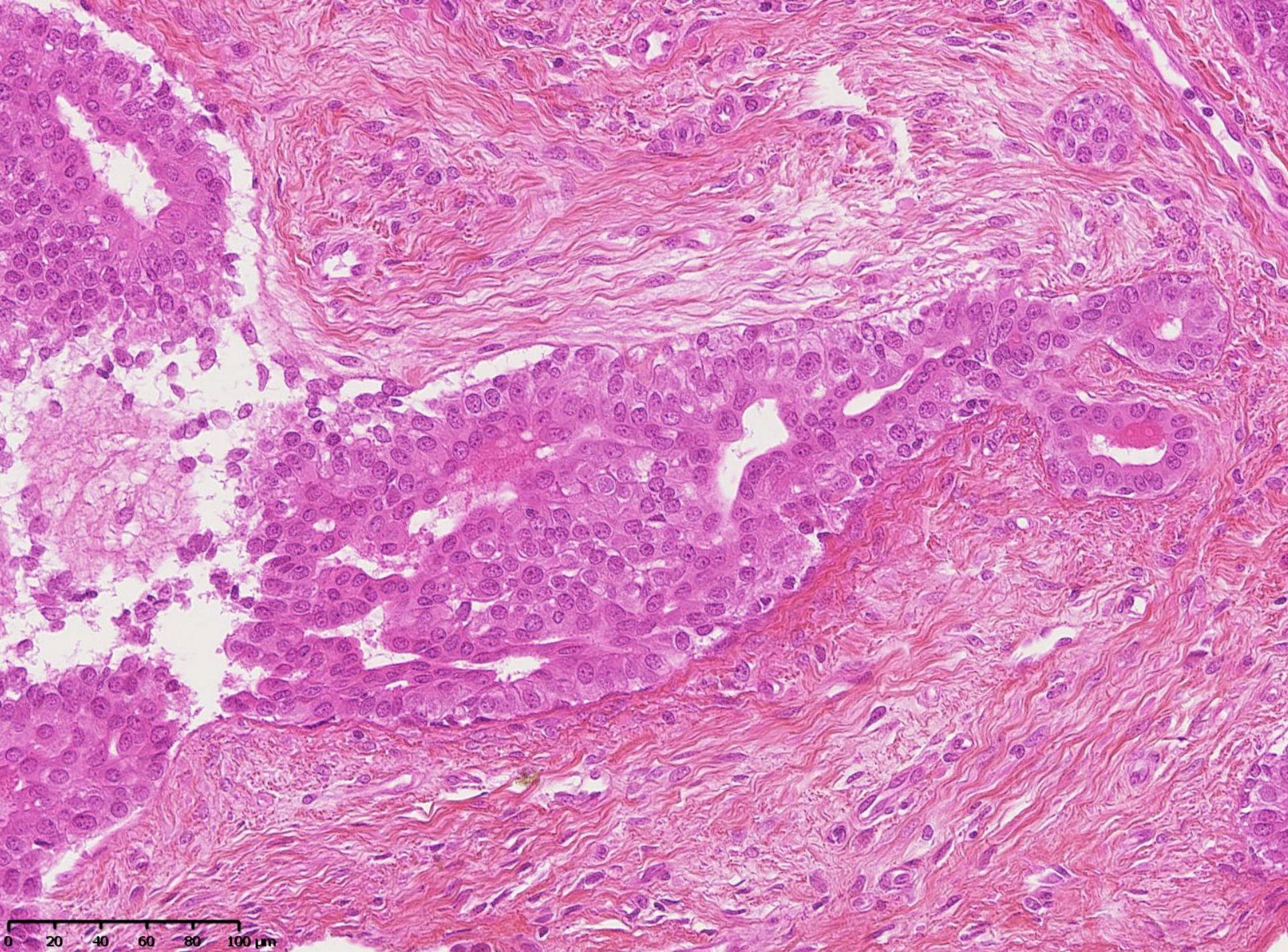
Exp. 73 %

Vous proposez alors : (choix simple)

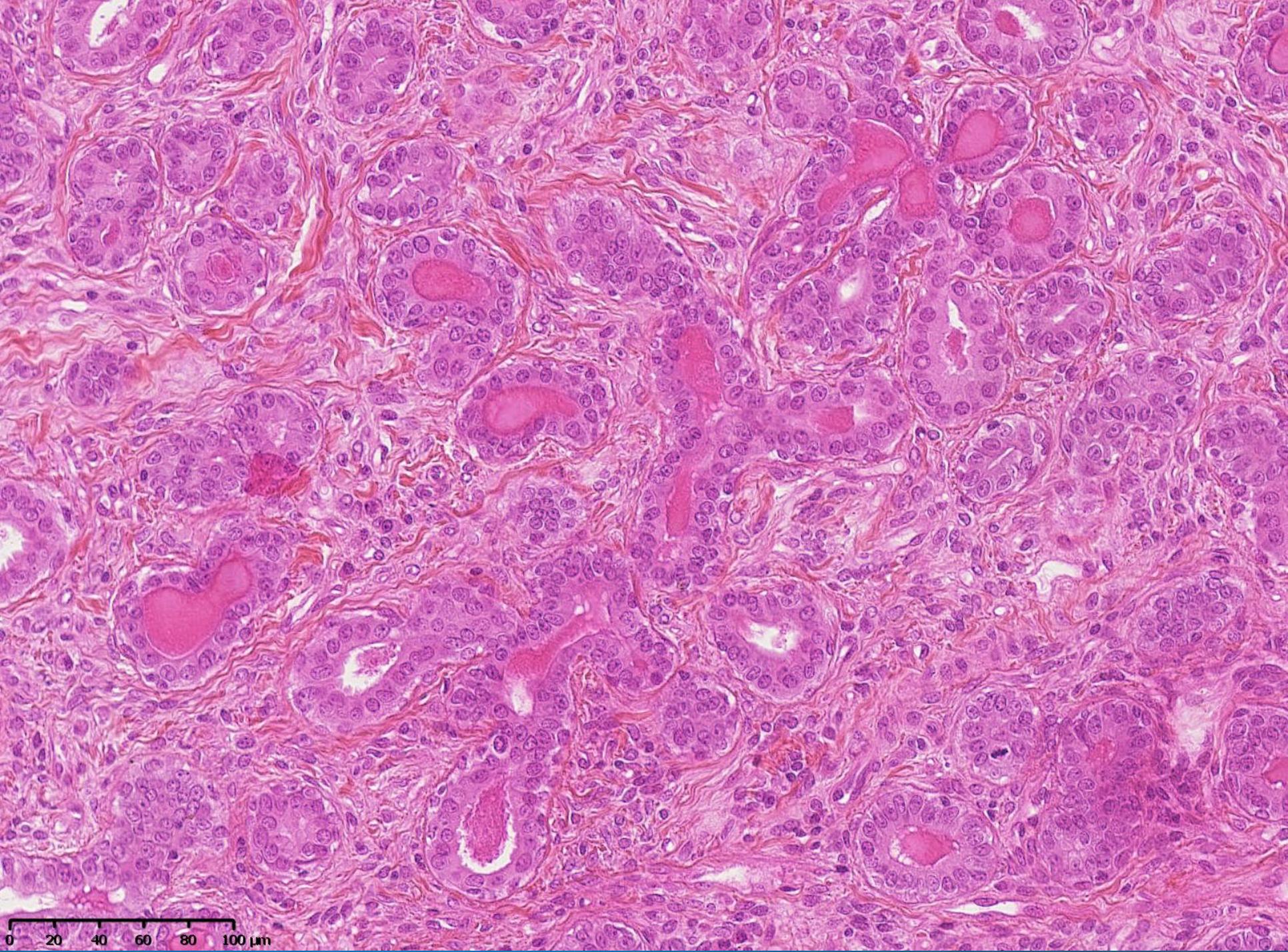


Mme BAD... N...,

- Des prélèvements micro- biopsiques 14 G sont effectués le 14/11/2012 et lus par A. d. R. :
 - Adéno- fibrome siège de lésions d'adénose et d'une discrète hyperplasie épithéliale canalaire sans atypie
- Conclusion : Adéno- fibrome complexe



0 20 40 60 80 100 μm



0 20 40 60 80 100 μm

Vous proposez à la patiente : (choix simple)

1 Surveillance

Pub. 25 %

Exp. 26 %

2 Tumorectomie

Pub. 25 %

Exp. 33 %

3 Tumorectomie + Ganglion sentinelle

Pub. 21 %

Exp. 33 %

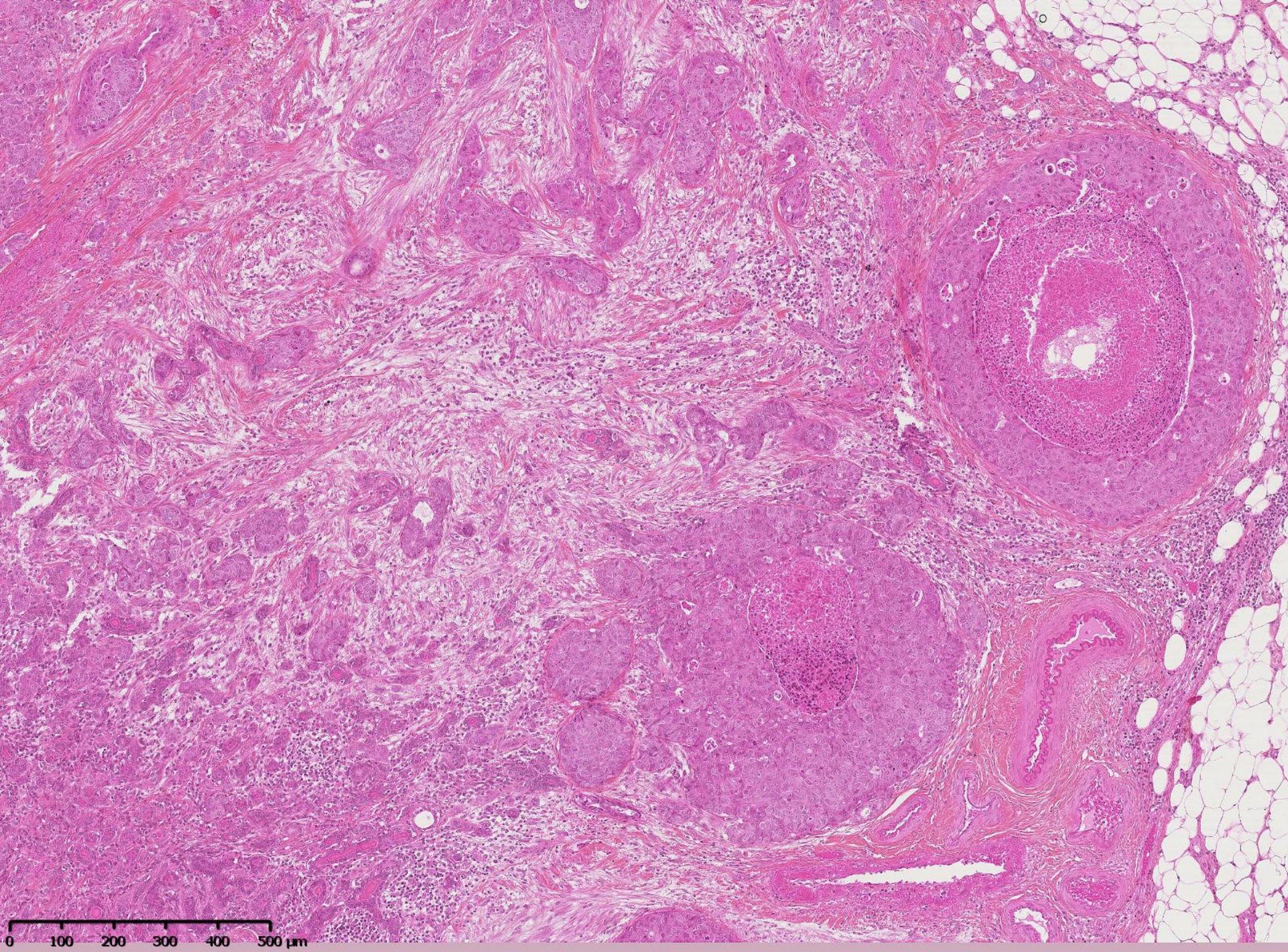
4 IRM mammaire

Pub. 27 %

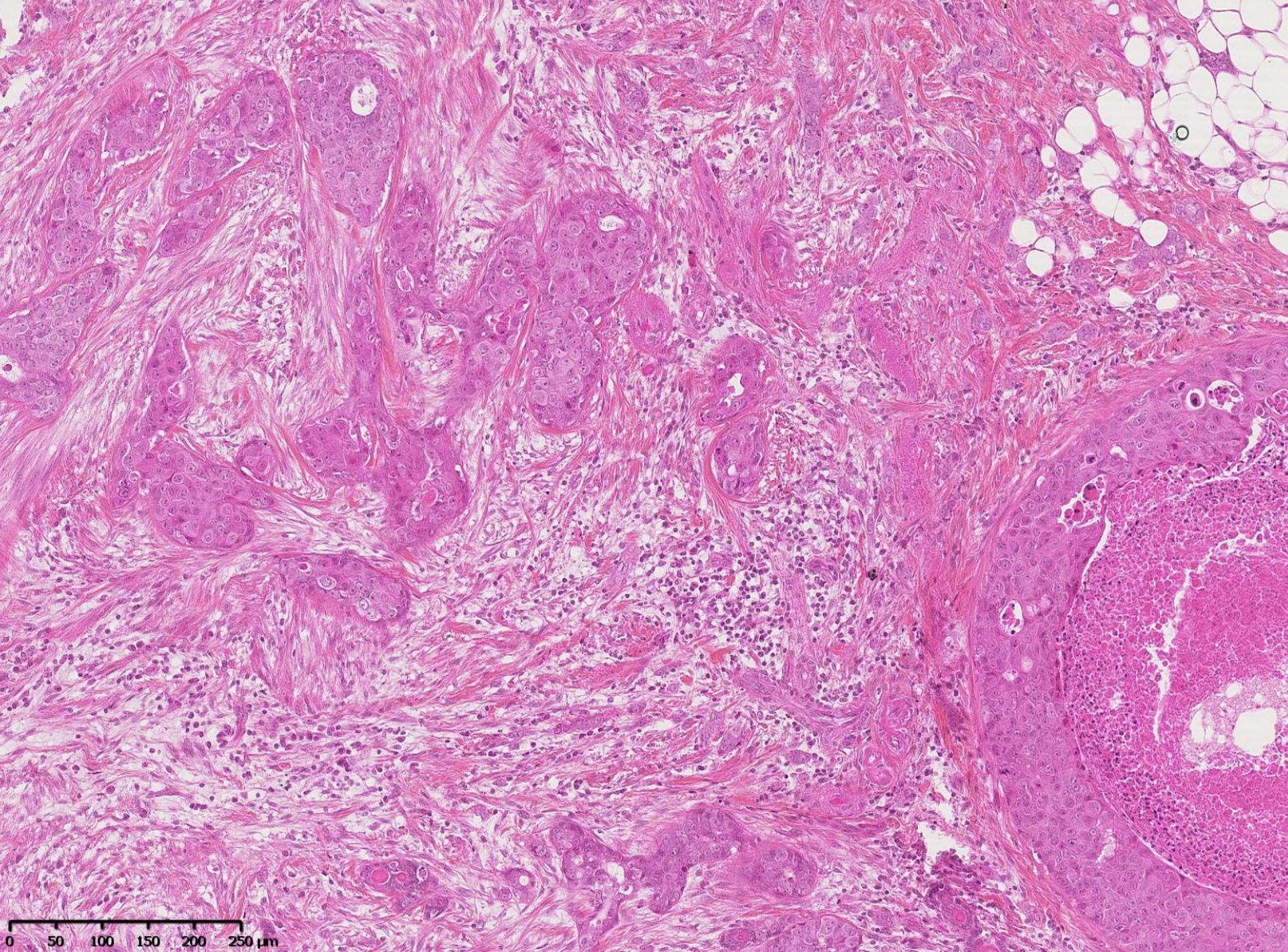
Exp. 6 %

Mme BAD... N...,

- La pièce de tumorectomie mesure 4 cm x 3 cm x 1 cm.
- Histologiquement on retrouve un foyer d'adénose pseudo-tumorale de 3 cm x 3 cm x 1 cm avec par endroits des micro-calcifications.
- Au sein de cette adénose on observe un foyer de carcinome canalaire infiltrant, SBR II, mal limité, de 7 mm, inclus dans une composante in situ de haut grade nucléaire mesurant 15 mm de diamètre.
- Les berges sont à 4 mm pour l'infiltrant et à 1 mm pour l'intra-canaire sur l'une des limites de résection chirurgicale.
- La composante infiltrante est RE+++ à 100%, RP +++ à 100%, le Ki 67 est < 10%.
- La recherche d'une sur-expression de l'oncoprotéine CerbB2 par méthode IHC montre un marquage ambigu côté 2 +.



0 100 200 300 400 500 μm



0 50 100 150 200 250 μm

À ce stade, vous revoyez la patiente : (choix multiples)

1 Vous rassurez en expliquant que ce petit cancer développé dans l'adéno-fibrome est de bon pronostic

Pub. 69 %

Exp. 73 %

2 Vous suggérez une reprise de la tumorectomie

Pub. 65 %

Exp. 66 %

3 Vous expliquez la nécessité de préciser le résultat de la surexpression de CerbB2 par d'autres méthodes

Pub. 72 %

Exp. 53 %

4 Vous expliquez la technique et la nécessité du GS

Pub. 69 %

Exp. 73 %

5 Vous prescrivez le bilan d'extension habituel (biologie, radio- thoracique, écho abdomino- pelvienne et scintigraphie osseuse)

Pub. 66 %

Exp. 53 %



Mme BAD... N...,

- La présence d'une amplification d'Her 2 est confirmée par la technique de DISH.
- Le ganglion sentinelle est négatif à l'extemporané et à l'immuno-histo- chimie définitive.
- Le bilan d'extension est normal en-dehors d'un nodule hépatique de 2 cm au niveau du segment III.

Dans la classification moléculaire, vous classez la tumeur : *(choix simple)*

1 Luminal A

Pub. 12 %

Exp. 13 %

2 Luminal B

Pub. 12 %

Exp. 26 %

3 Her 2 +

Pub. 50 %

Exp. 26 %

4 Basal like

Pub. 0 %

Exp. 20 %

5 Autres

Pub. 25 %

Exp. 13 %



La signature moléculaire des cancers Her2 + est habituellement caractérisée par : (choix multiples)

- 1** RE – RP –
Pub. 58 %
Exp. 66 % ✓
- 2** RE + RP +
Pub. 63 %
Exp. 80 %
- 3** RE + RP –
Pub. 75 %
Exp. 60 %
- 4** SBR III ou II
Pub. 67 %
Exp. 86 % ✓
- 5** Ki 67 élevé
Pub. 57 %
Exp. 66 % ✓
- 6** Ki 67 bas
Pub. 68 %
Exp. 66 %

Que faites-vous ?

(choix multiples)

1 Vous demandez une IRM hépatique

Pub. 70 %

Exp. 73 %



2 Vous proposez un PPS (Protocole Person.de soins)

Pub. 62 %

Exp. 80 %

3 Vous présentez le dossier en RCP (Réunion de concertation pluridisciplinaire)

Pub. 68 %

Exp. 66 %



4 Vous abordez avec tact les envies/désirs de maternité à 43 ans...et la contraception

Pub. 72 %

Exp. 46 %

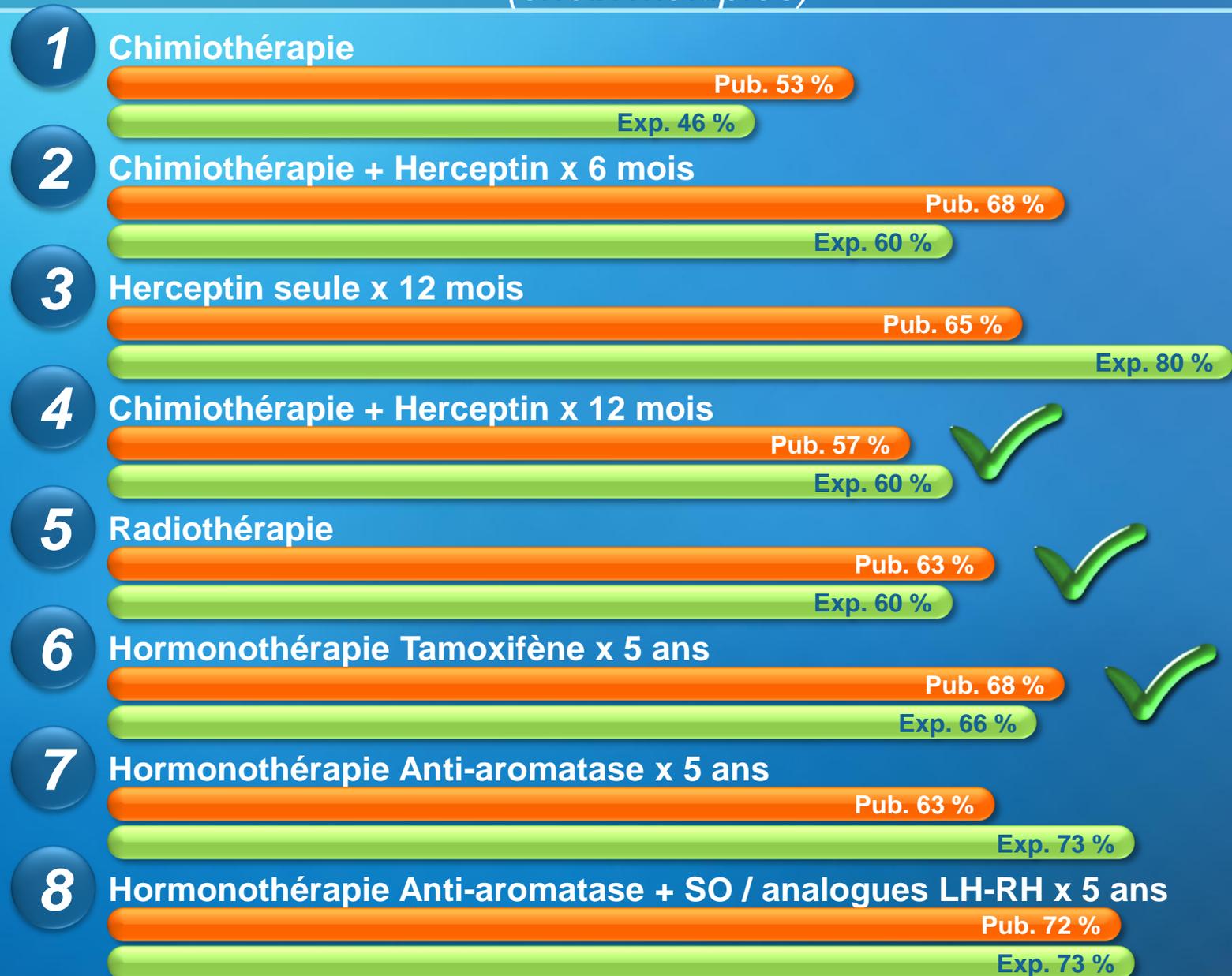


Mme BAD... N...,

- L'IRM hépatique est effectuée le 29/03/2013 :

« Angiome hépatique du segment III de 23 mm à circulation rapide »

À votre avis la décision de RCP est : (choix multiples)



Lesquelles de ces propositions sont inexactes :

1 La protéine Her2 est un récepteur transmembranaire

Pub. 69 %

Exp. 46 %

2 Le trastuzumab est un anti-corps monoclonal anti- Her2

Pub. 64 %

Exp. 73 %

3 Le trastuzumab se fixe sur le versant interne du récepteur

Pub. 70 %

Exp. 73 %

4 Le trastuzumab a démontré son efficacité en association avec la chimiothérapie aussi bien en adjuvant qu'en métastatique

Pub. 61 %

Exp. 80 %

5 Le trastuzumab peut être associé aux anthracyclines

Pub. 53 %

Exp. 60 %

6 Le trastuzumab peut être associé au taxotère

Pub. 58 %

Exp. 60 %

Mme BAD... N...,

- La patiente va recevoir une chimiothérapie 4 EC – 4 T- H.
- La dernière cure de Taxotère sera effectuée le 02/10/13 et la dernière cure de Herceptin le 22/07/14 (FEVG à 57 % soit perte de – de 10 %, initiale à 65 %).
- Radiothérapie (44 Gy) terminée le 06/01/14 et Curiethérapie (10 Gy) le 27/01/14.
- Tamoxifène initié le 01/04/14, bien toléré par l'utérus (3 petits fibromes de 25 mm, 16 mm et 16 mm intramuraux avec endomètre normal) et la patiente...
- Lors d'une dernière consultation Mme BAD...s'est plaint d'une augmentation de sa pigmentation, en particulier du visage, alors qu'elle évite de s'exposer au soleil

Cela peut être dû :

(choix multiples)

1 À la chimiothérapie ECT

Pub. 70 %

Exp. 80 %



2 À la radiothérapie

Pub. 62 %

Exp. 60 %

3 À l'herceptin

Pub. 75 %

Exp. 46 %

4 Au tamoxifène

Pub. 65 %

Exp. 66 %

Les tests moléculaires (Oncotype DX, Mamma Print) auraient-ils pu apporter des informations utiles à la décision de chimiothérapie ?

1 oui

Pub. 47 %

Exp. 40 %

2 non

Pub. 52 %

Exp. 60 %



Merci

XVIII^{ème} Journées de sénologie
interactive

B. TOURNANT
Centre des Maladies du Sein
Hôpital St Louis