

UNICANCER



## Centre Jean Perrin

Centre de Lutte contre le Cancer d'Auvergne  
Clermont-Ferrand - France -



# Comment l'évaluation anatomopathologique influence-t-elle la personnalisation de la prise en charge loco-régionale

Frédérique Penault-Llorca

---

# **PERSONNALISATION DE LA PRISE EN CHARGE LOCO-RÉGIONALE**

# Décorticons

- Prise en charge locorégionale
  - Type de chirurgie conservatrice ou radicale
  - Curage ou pas curage ?
  - Radiothérapie ou non ?
  - Boost ou non ?
- Personnalisation ?
  - Médecine de précision
  - Adaptée à la prise en charge optimale de la patiente

# Comment l'évaluation anatomopathologique influence-t-elle ?

- Qualité des tissus = qualité de la prise en charge

# Généralités : importance de la phase pré analytique

- **Tout le matériel tumoral disponible pourra servir pour des tests pronostiques ou prédictifs**
  - IHC
  - Hybridation in situ ( Her2, Topo2alpha, C-met etc.)
  - Signature pronostique ou prédictive
  - Recherche de mutation (PI3k, etc.)
- **Les tests actuels IHC doivent être réalisés au moment du diagnostic, le plus souvent à partir de la biopsie**
- **Fixation**
- **La prise en charge des pièces doit répondre aux standards afin de préserver la qualité du matériel pour permettre la réalisation de ces tests**
- **Cette prise en charge est sous la responsabilité conjointe du préleveur et pathologiste**

**Un seul fixateur admissible aujourd'hui : le formol tamponné !**

**=> ORGANISATION DU CIRCUIT DU  
PRELEVEMENT-ASSURANCE QUALITÉ**

# Comment l'évaluation anatomopathologique influence-t-elle ?

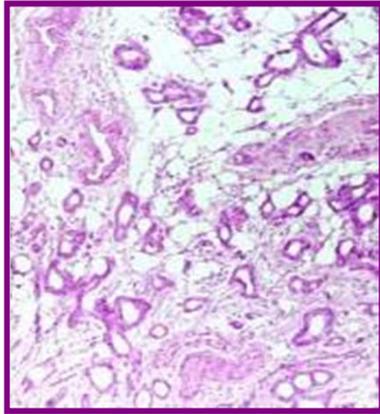
- Qualité des tissus = qualité de la prise en charge
- Diagnostic
  - Biopsie
    - Bon type histopathologique (lobulaire, micropapillaire...)
    - Biomarqueurs / classification intrinsèque/agressivité

**FAIRE LE BON DIAGNOSTIC**

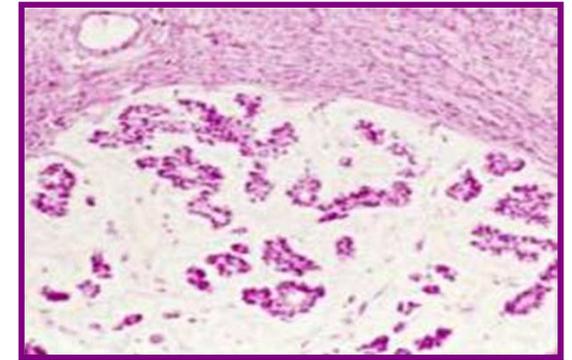
# Identifier les indications de traitement néoadjuvant

- Type histopathologique
- Grade SBR
- Biomarqueurs : récepteurs hormonaux, HER2, prolifération
- Identifier les possibles discordances

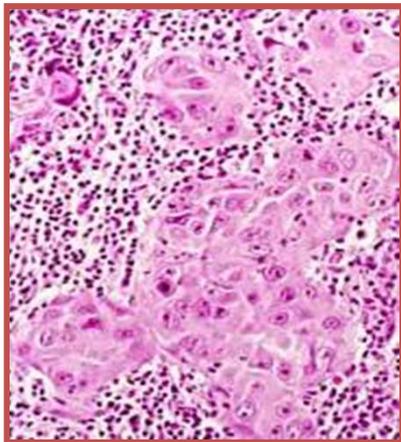
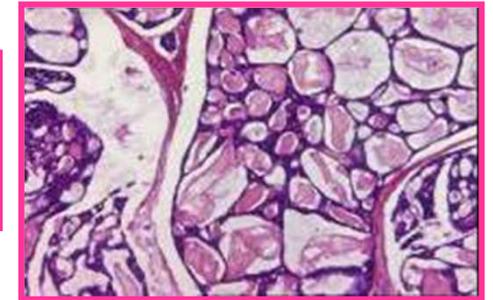
# Types Histologiques



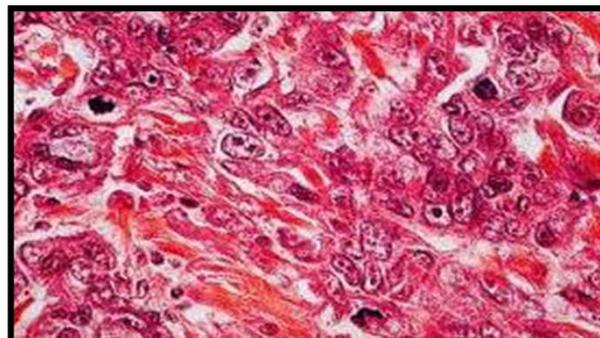
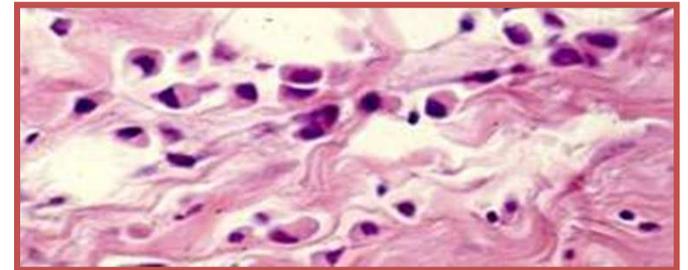
Groupe 1 - **Excellent** pronostic  
Tubuleux, invasive cribriforme, papillaire,  
adénoïde kystique



Groupe 2 – **bon** pronostic  
Canalaire NST grade I, Médullaire Tubuleux mixte,  
mixte canalaire NST et type spécial , mucineux



Groupe 3 – pronostic **moyen**  
Canalaire NST grade II, Médullaire,  
lobulaire classique, lobulaire mixte



Groupe 4 – **Mauvais** pronostic  
Canalaire NST haut grade lobulaire  
pléomorphe, **micropapillaire**

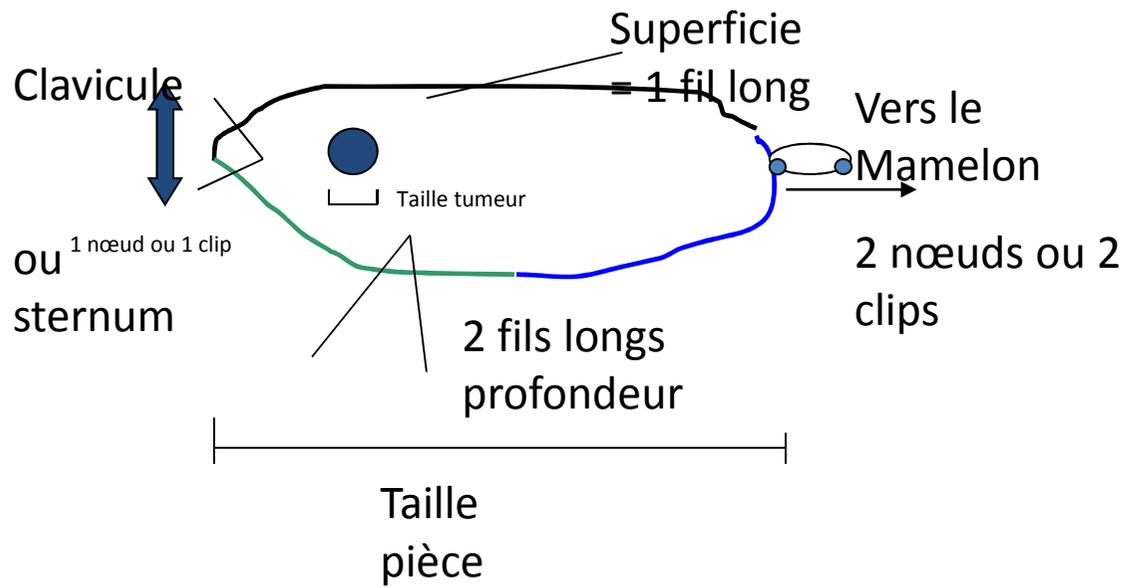
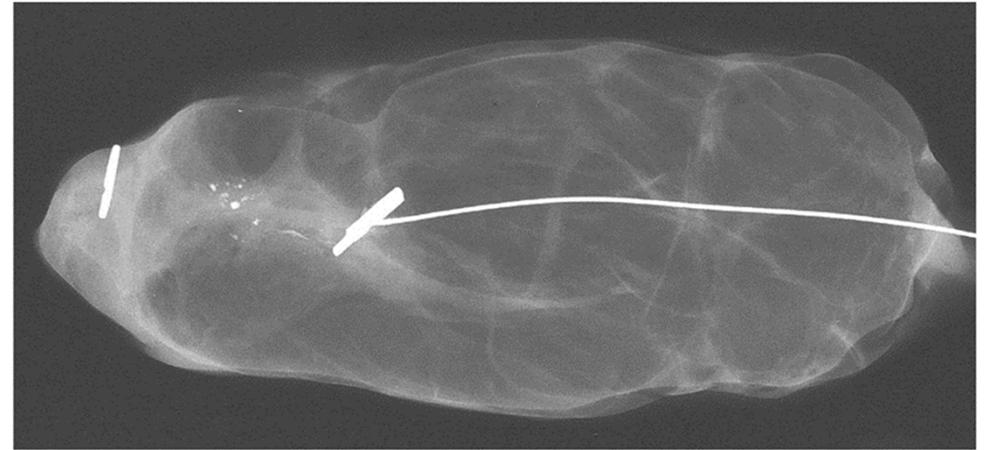
# Comment l'évaluation anatomopathologique influence-t-elle ?

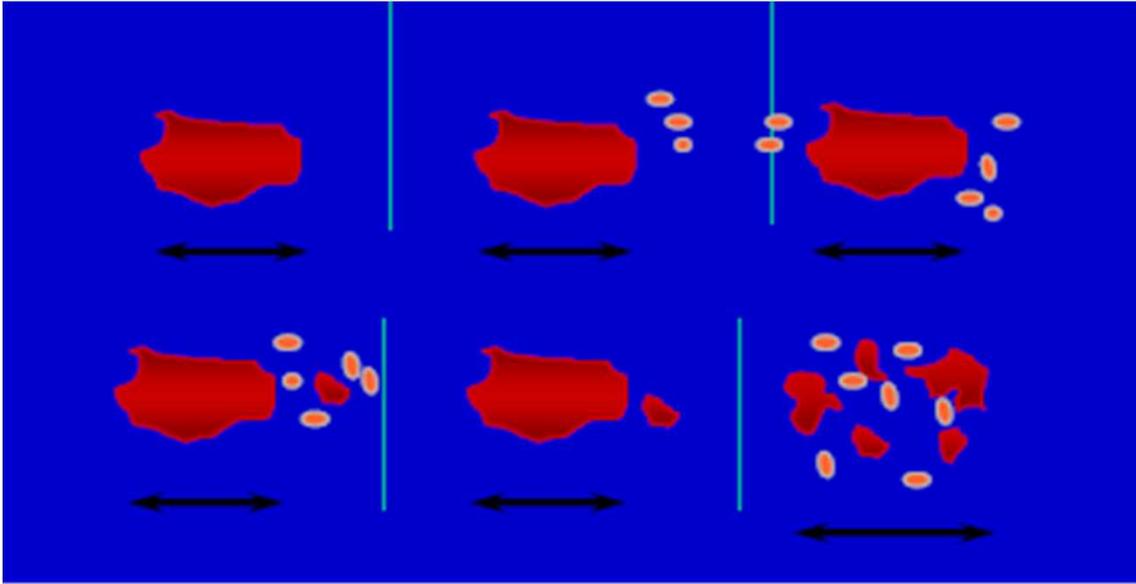
- Qualité des tissus = qualité de la prise en charge
- Diagnostic
  - Biopsie
    - Bon type histopathologique (lobulaire, micropapillaire...)
    - Biomarqueurs / classification intrinsèque/agressivité
  - Pièce opératoire
    - Marges
    - Embols périphériques
    - Si CT néoadjuvante évaluation de la réponse

**PIÈCE OPÉRATOIRE**

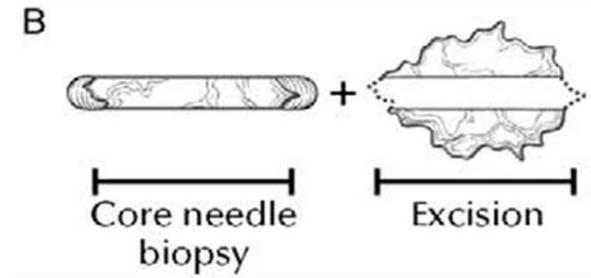


Orientation d'une pièce opératoire par encrage avec plusieurs couleurs

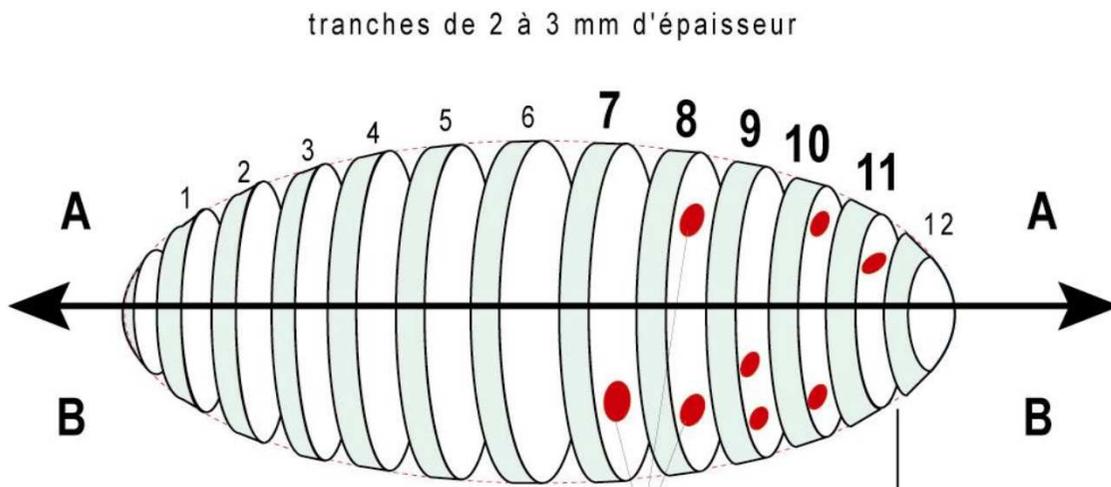
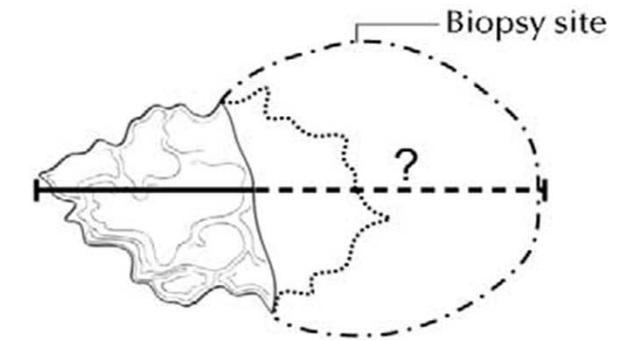




Taille tumorale



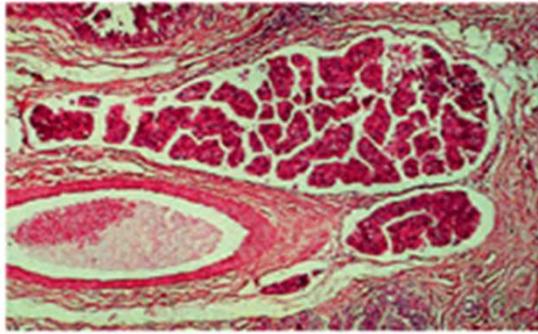
Parfois difficile après biopsies



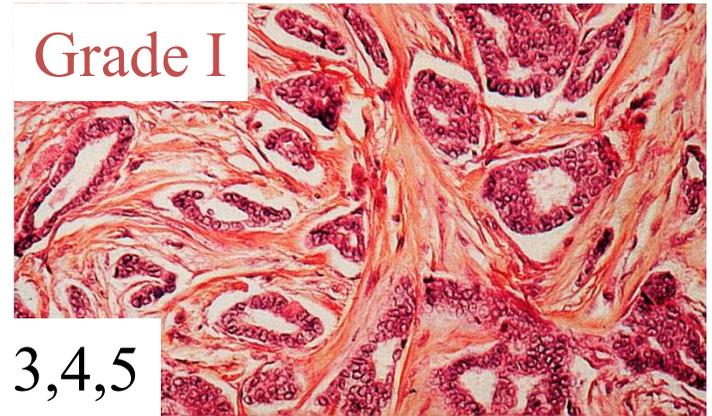
Ou en cas de microcalcifications

**=> COLLABORATION AVEC LES  
CHIRURGIENS ET LES RADIOLOGUES**

**BIOMARQUEURS**

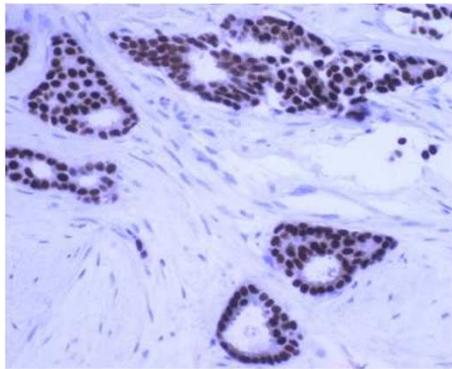


Emboles en périphérie

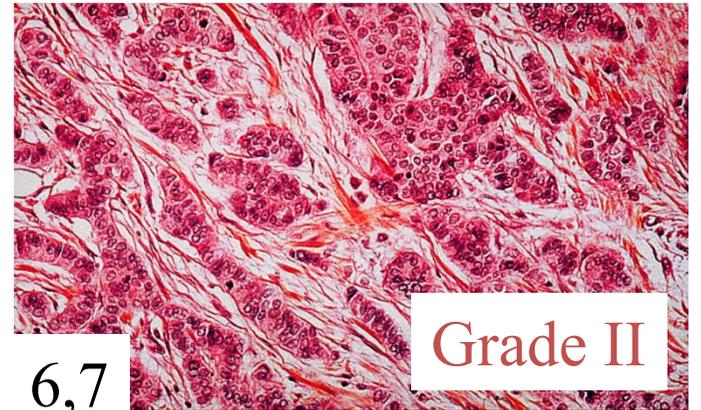


3,4,5

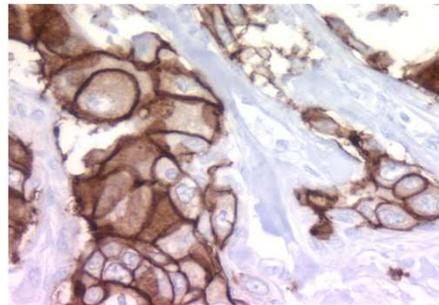
Grade SBR  
modifié Elston Ellis



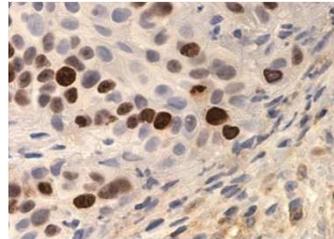
RH



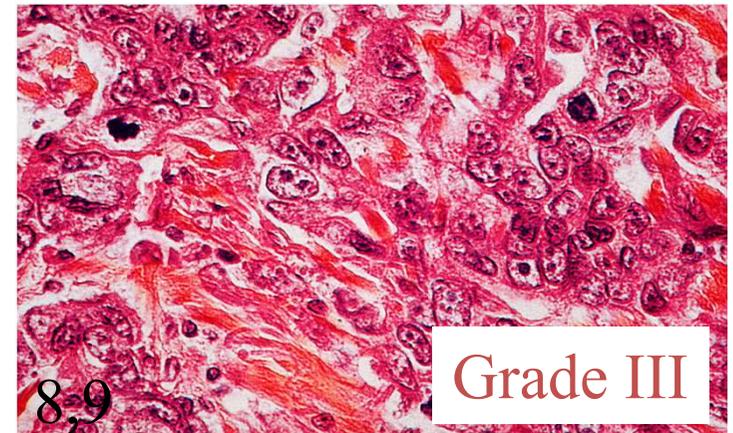
6,7



HER2



Ki67



8,9

Grade III

# Bien caractériser la tumeur sur la pièce opératoire

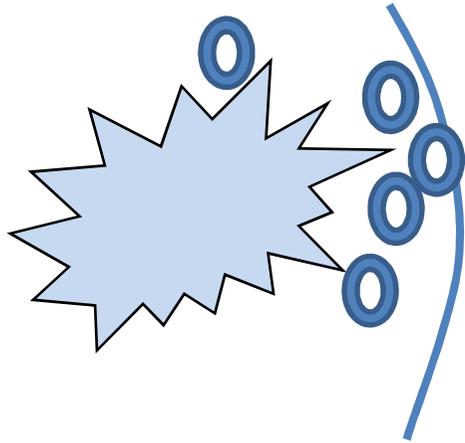
- Ne pas hésiter à refaire les tests en cas de doute
  - Cas hétérogène
- Avoir des alertes
  - Grade 3 HER2 négatif
  - Tubuleux HER2 3+
- Faire Ki67, si grade 2, récepteurs positifs ....à discuter en RCP

**=> UN IMPERATIF : ASSURANCE  
QUALITE (AFAQAP)**

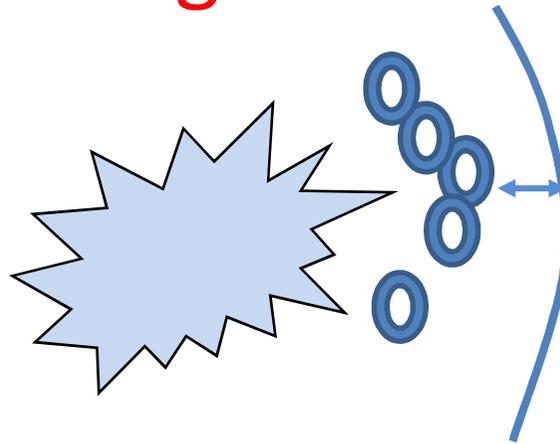
# Comment l'évaluation anatomopathologique influence-t-elle ?

- Risque de rechute locale
  - Identification des Triple négatif, HER2+
  - CCIS périphérique, Marges d'exérèse
  - Réponse à la CT néoadjuvante
- Traitement de l'aisselle / Ganglion sentinelle

# Statut des marges d'exérèse

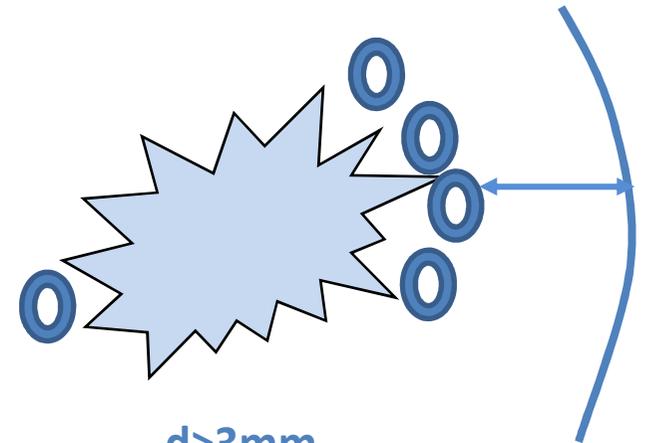


**positif**



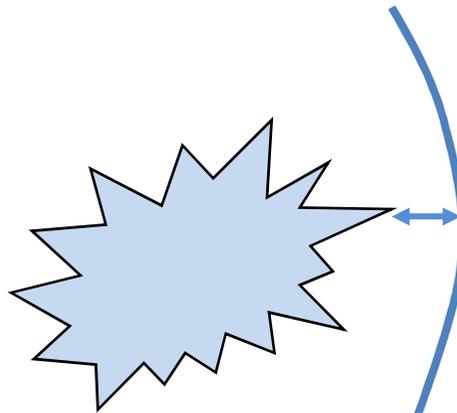
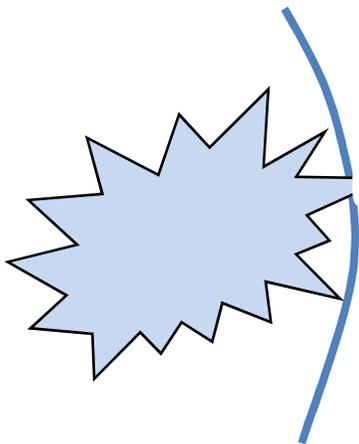
$0 < d < 3\text{mm}$

**limite**

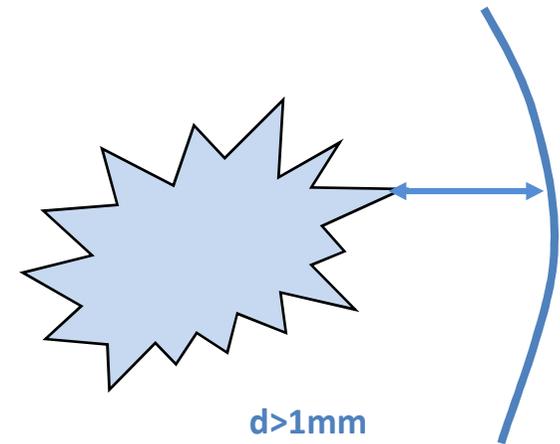


$d > 3\text{mm}$

**négatif**



$0 < d < 1\text{mm}$



$d > 1\text{mm}$

 CCIS

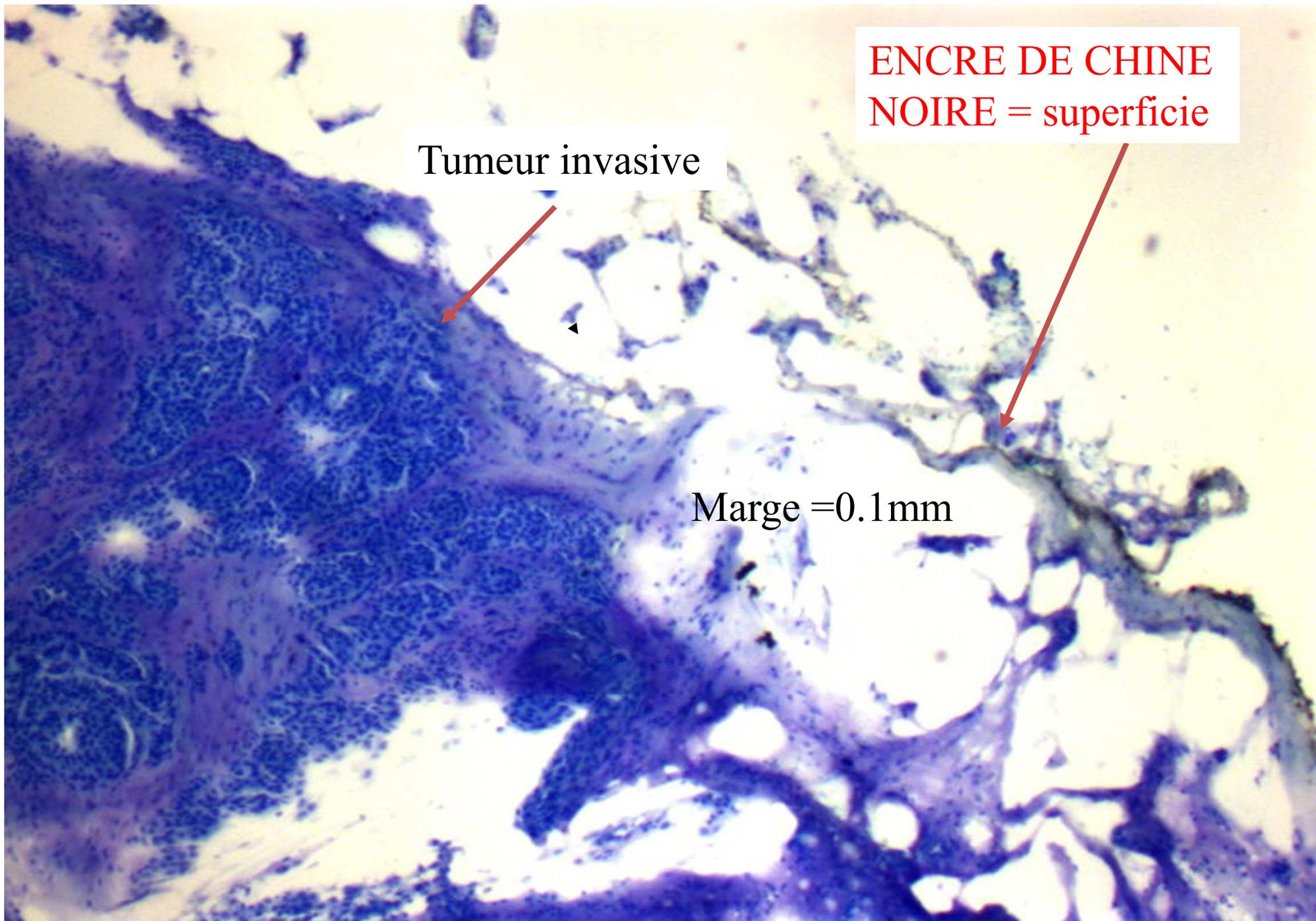


Carcinome invasif

ENCRE DE CHINE  
NOIRE = superficie

Tumeur invasive

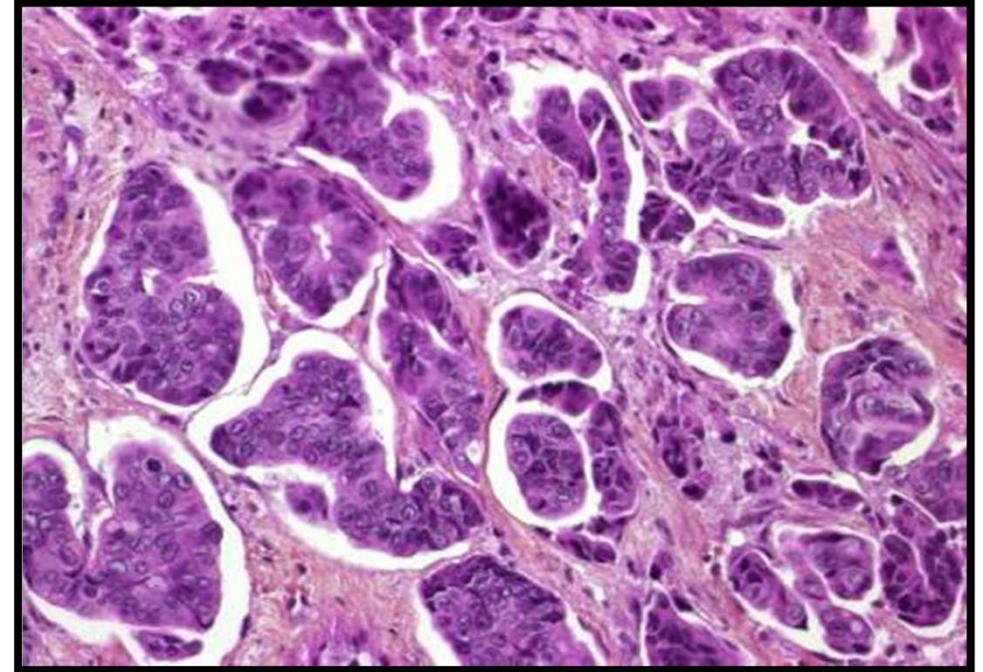
Marge = 0.1mm



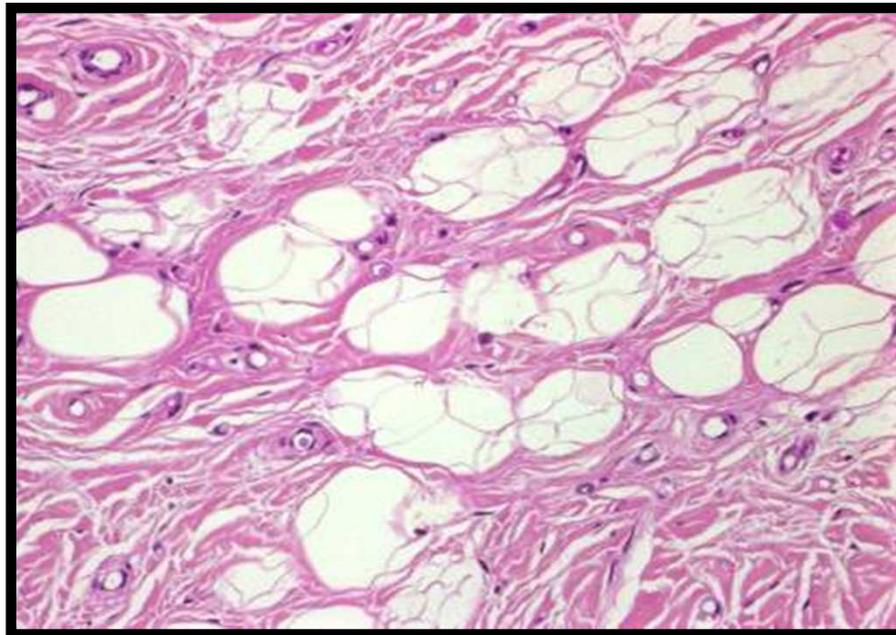
**=> COLLABORATION AVEC LES  
CHIRURGIENS ET LES RADIOLOGUES**

# Réponse pathologique complète

Avant CT



après CT



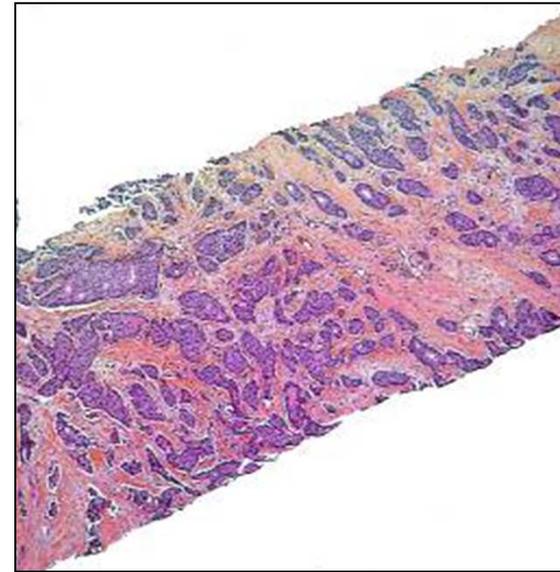
Conditionne la chirurgie  
et la radiothérapie

Conditionne la  
radiothérapie

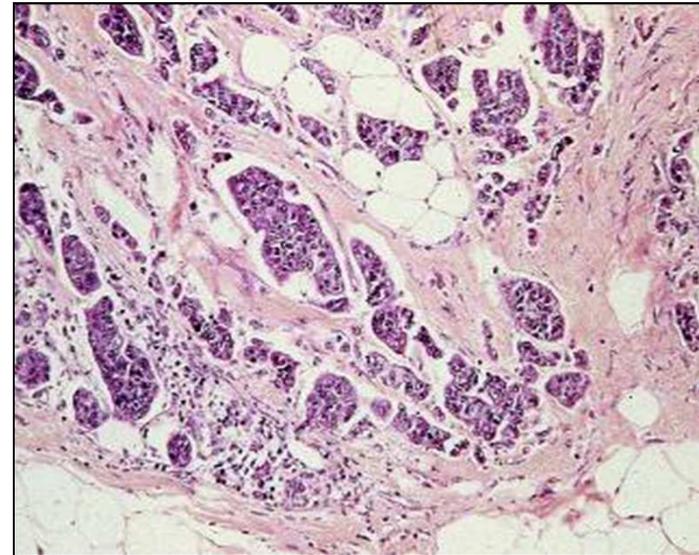
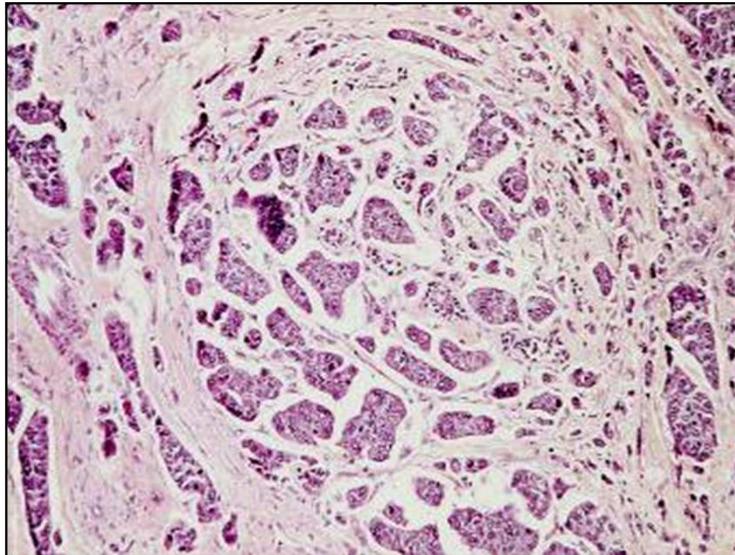
## NON REPONDEUR

( Grade 4 CHEVALLIER, T4 SATALOFF,  
grade 1 Miller & Payne )

AVANT CT



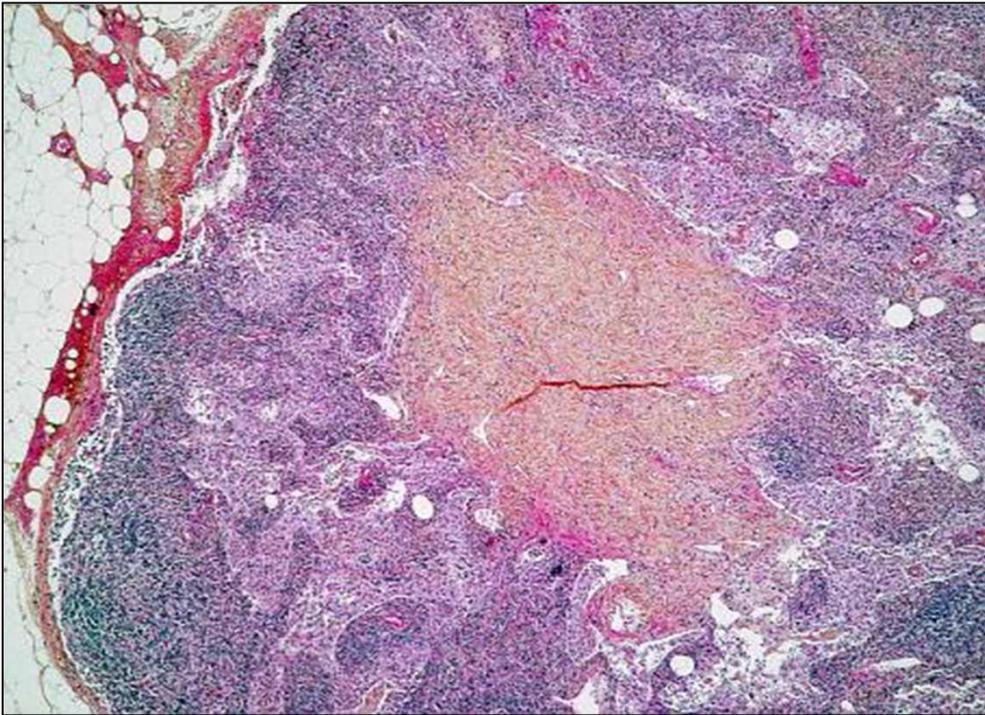
APRES CT



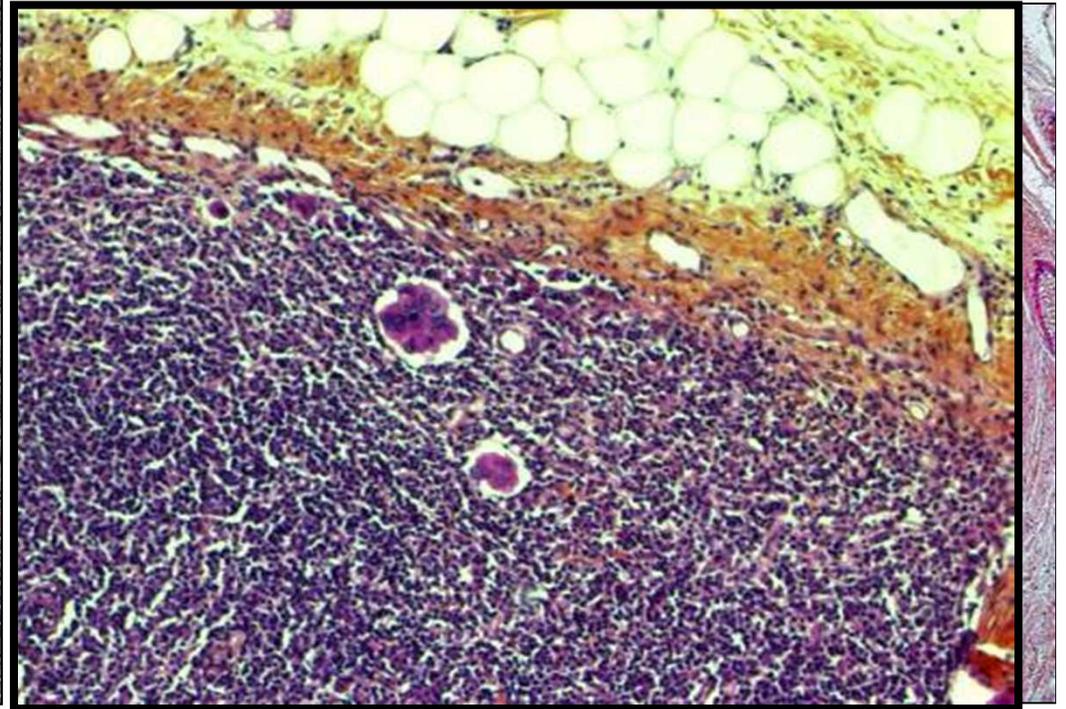
# Réponse ganglionnaire

Conditionne la  
radiothérapie

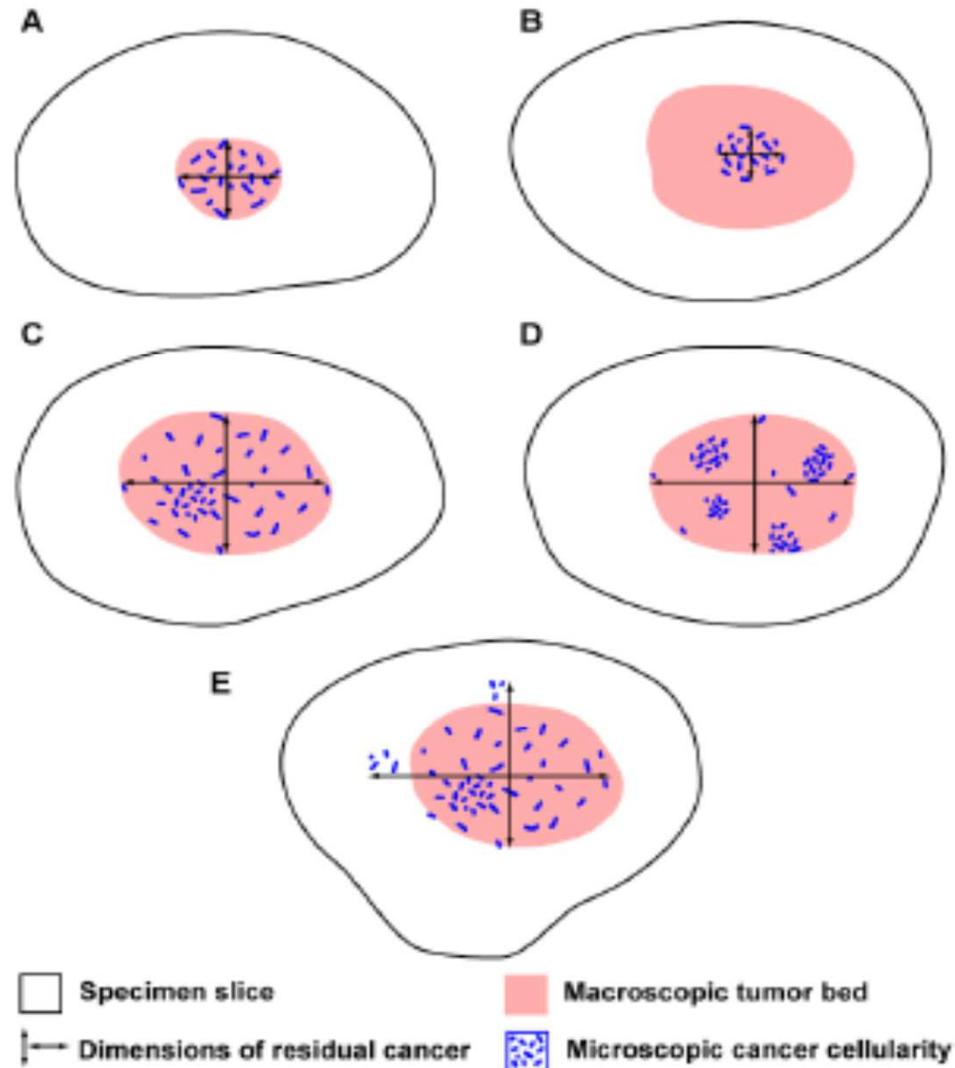
**STERILISATION**



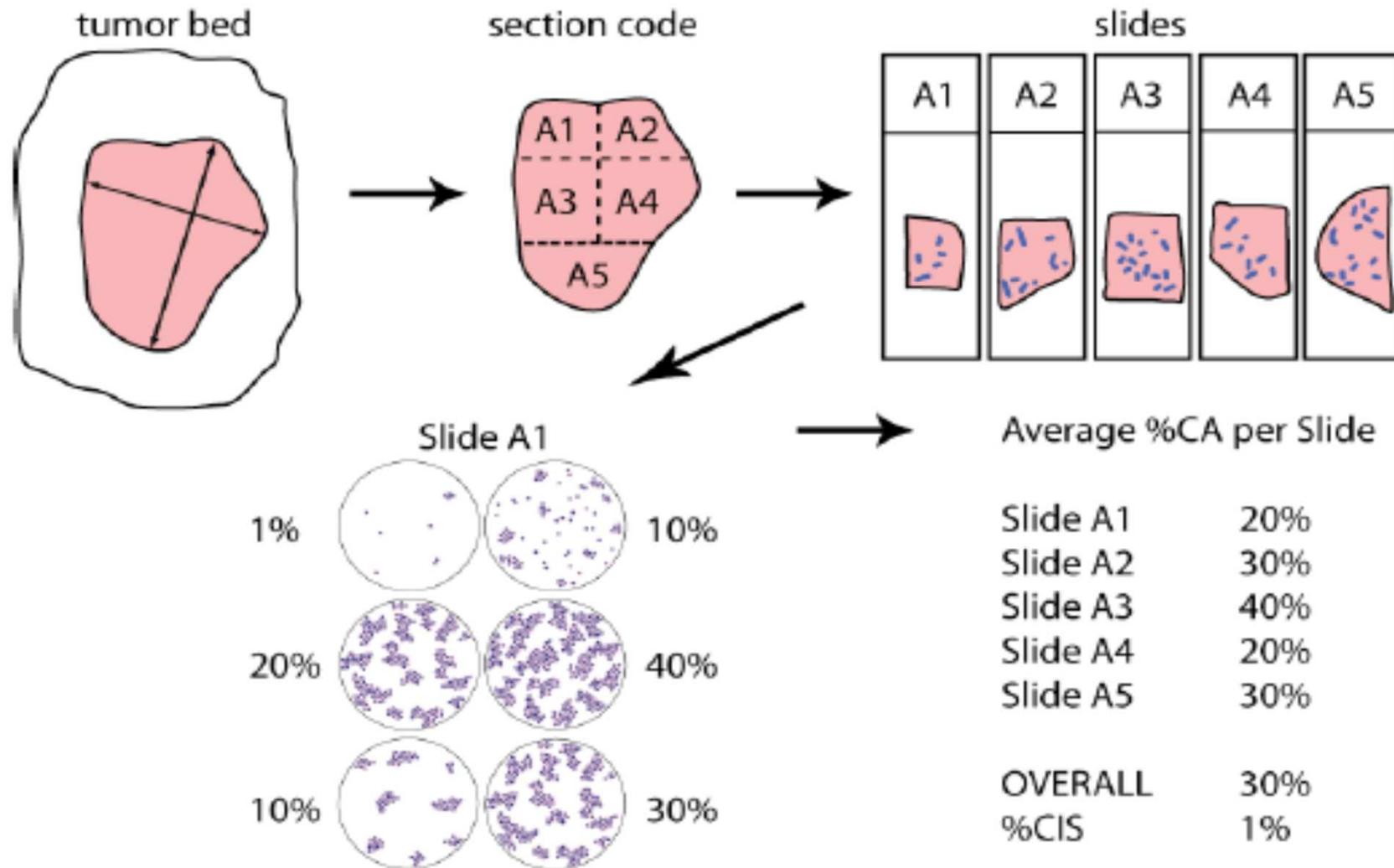
**REPOSE PARTIELLE**



# Evaluation de la réponse à la chimiothérapie néoadjuvante



# Evaluation de la cellularité

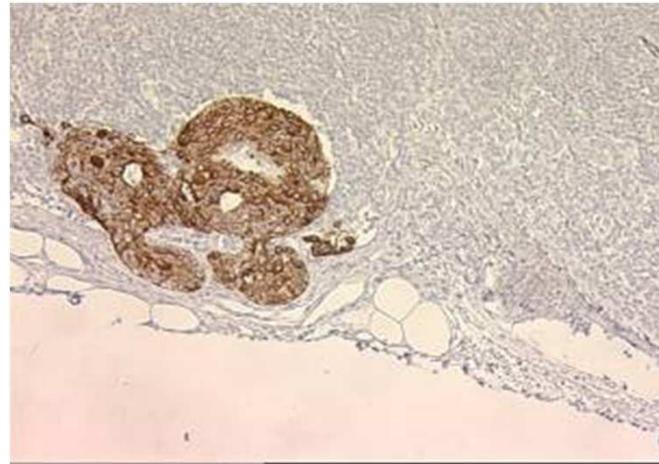


**=> MULTIDISCIPLINARITE**

**STATUT GANGLIONNAIRE**

# Ganglion sentinelle

- On évalue le premier ganglion qui draine la tumeur du sein
- Indications élargies pour éviter le curage
- On recherche des « mini » ou « micro » métastases



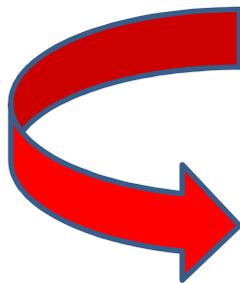
# Ganglion sentinelle

- Aujourd'hui se pose la question de l'exhaustivité de l'étude du GGS
- Place de l'IHC ?
  - Lobulaires
  - Tous les GGS ? Problème des micrométastases multiples
- Faut il toujours rechercher des nano/micrométastases ?
- Place de IHC ? De la biologie moléculaire ?

**AU TOTAL**

# Comment l'évaluation anatomopathologique influence-t-elle ?

- Qualité des tissus = qualité de la prise en charge
- Diagnostic fiable
  - Biopsie
  - Pièce opératoire
- Evaluation du risque de rechute locale
- Traitement de l'aisselle / Ganglion sentinelle



**RÔLE MAJEUR**