



# Carcinome lobulaire infiltrant et IRM

cas cliniques

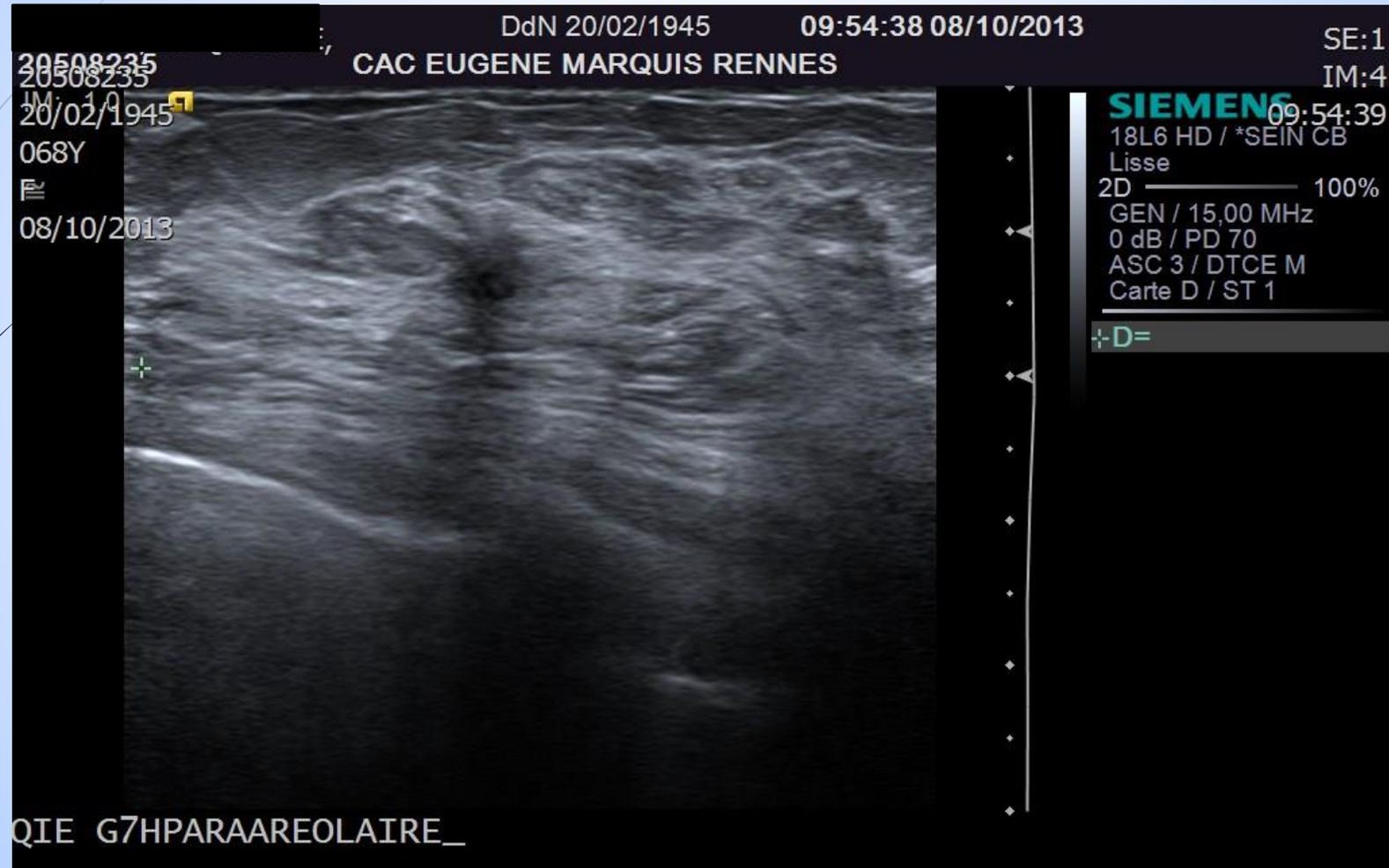
Bernadette Leproust Radiologue



Le carcinome lobulaire infiltrant représente 10 à 15% des cancers du sein.

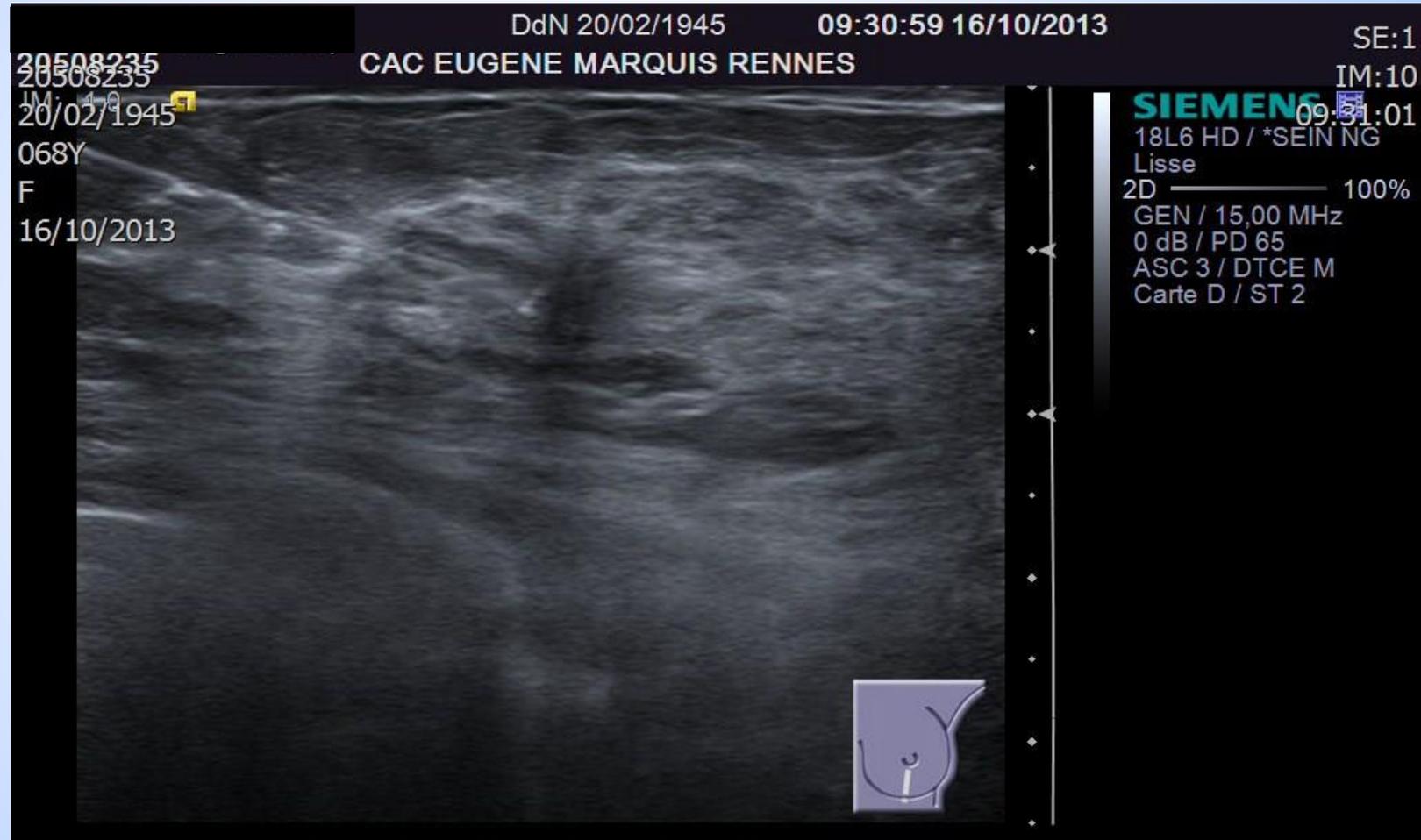
- À l'histologie, l'infiltration cellulaire se fait sans destruction de l'architecture du sein et avec faible réaction stromale.
- Particularité d'être souvent plurifocal (45%) et/ou bilatéral (9%).
- Bilatéral et multifocal (9%)

# Cas n°1 Bilan du CLI, une histoire sans fin?



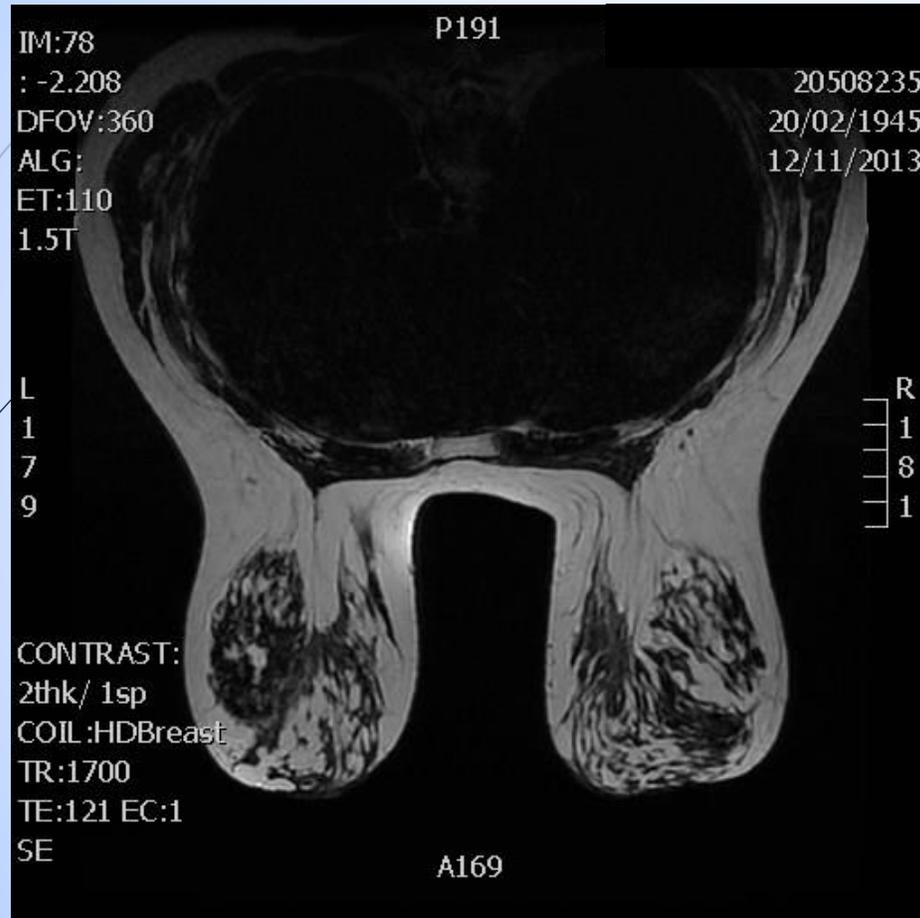
8 octobre image échographique ACR4

# Micro biopsie sous échographie et diagnostic du CLI



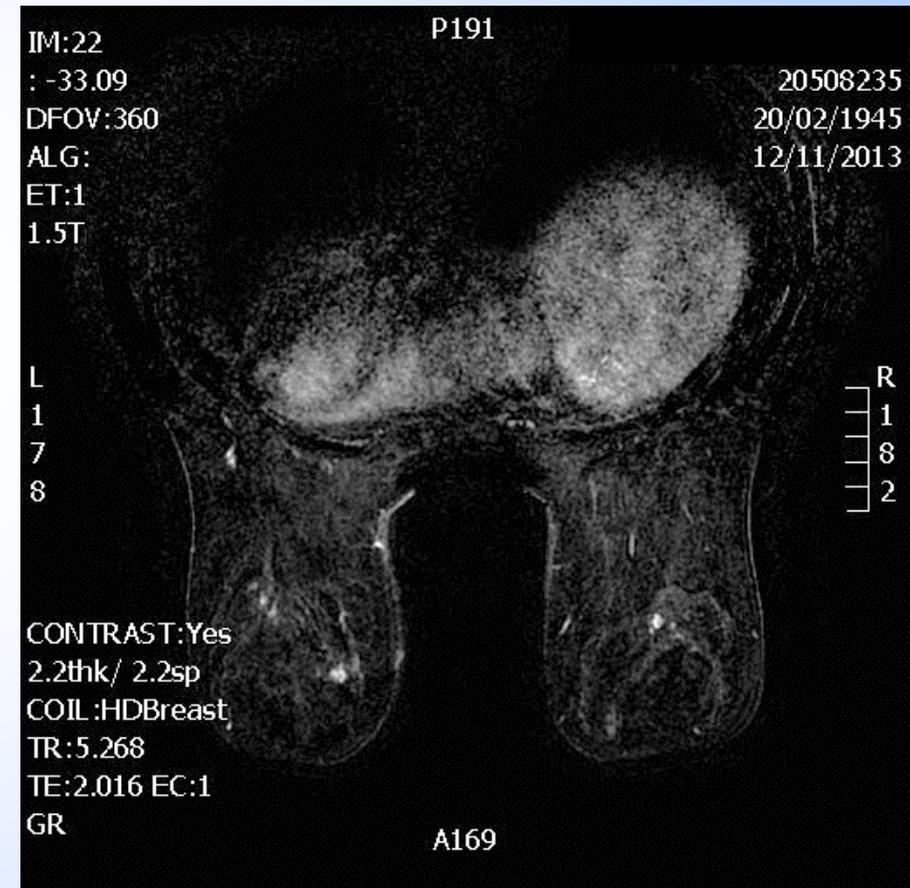
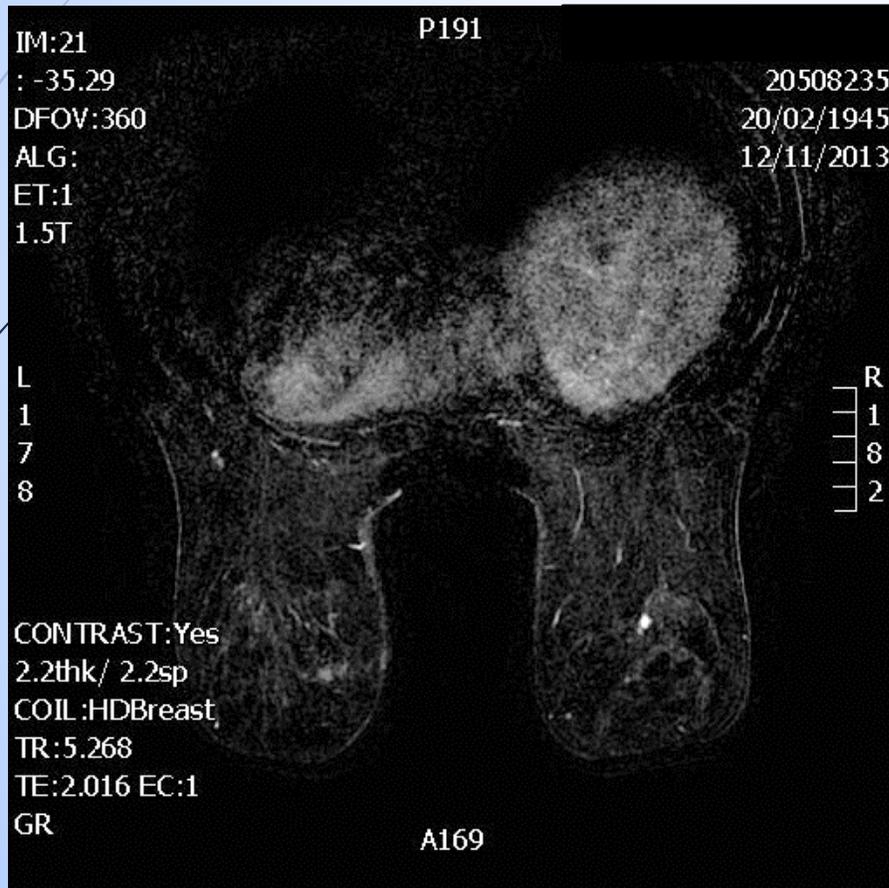
16 octobre biopsie

# IRM du bilan d'extension

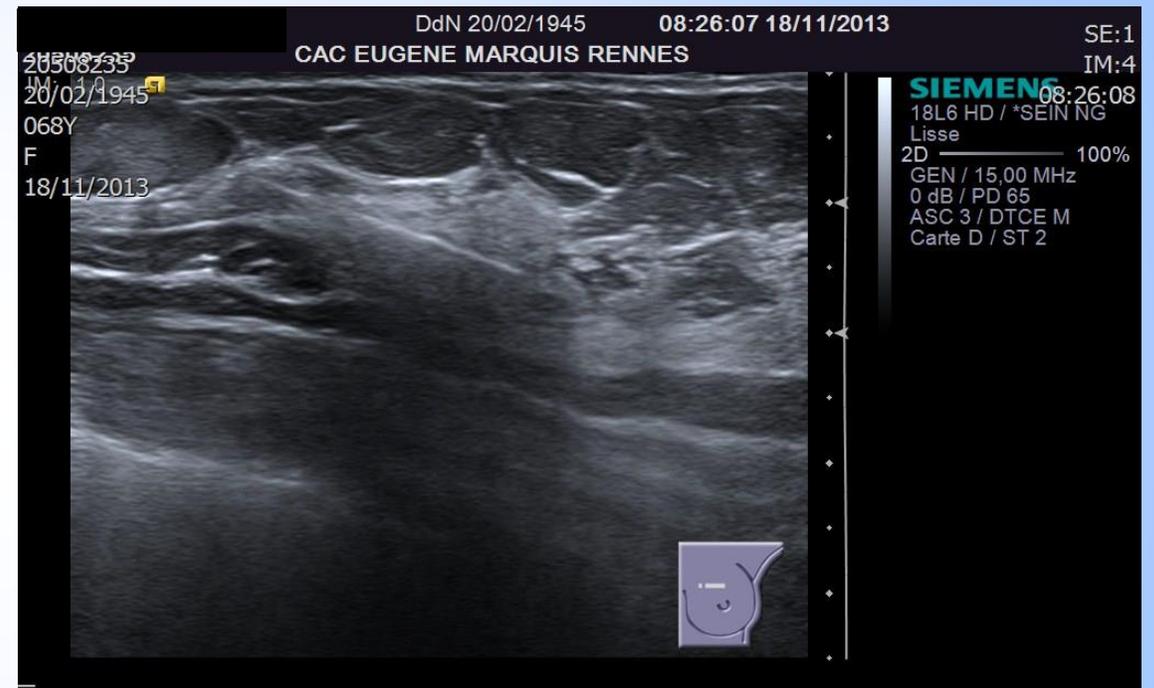
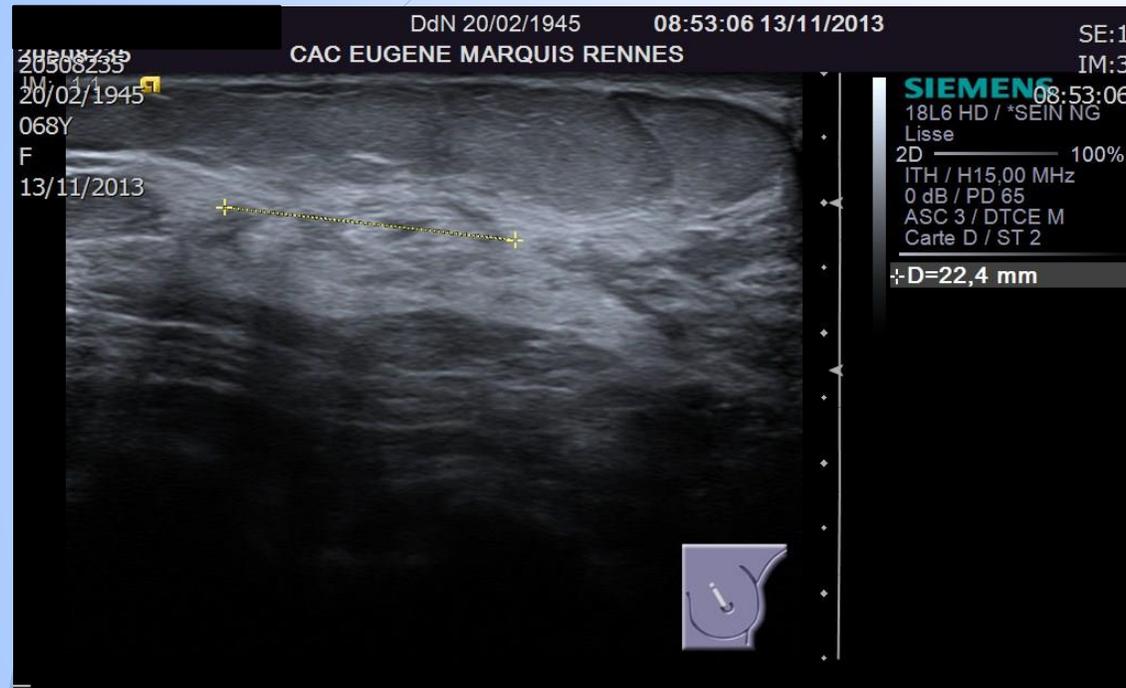


12 novembre IRM n°1

# Le radiologue retient une PDC anormale à l'union des quadrants inférieurs droit

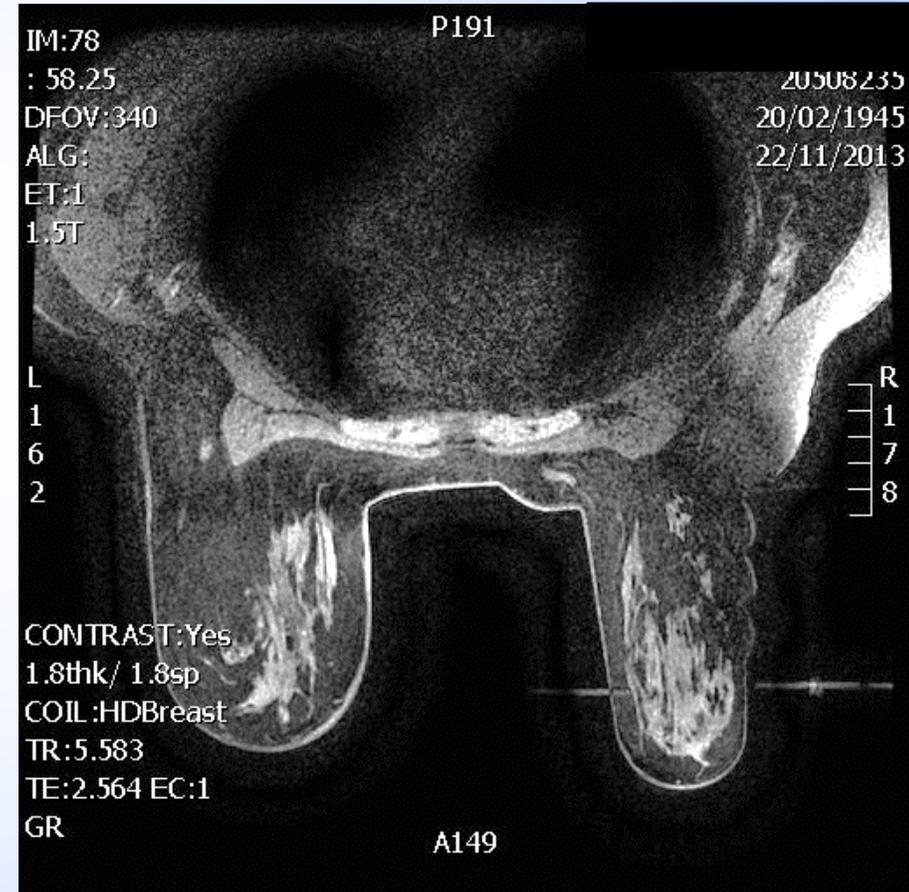
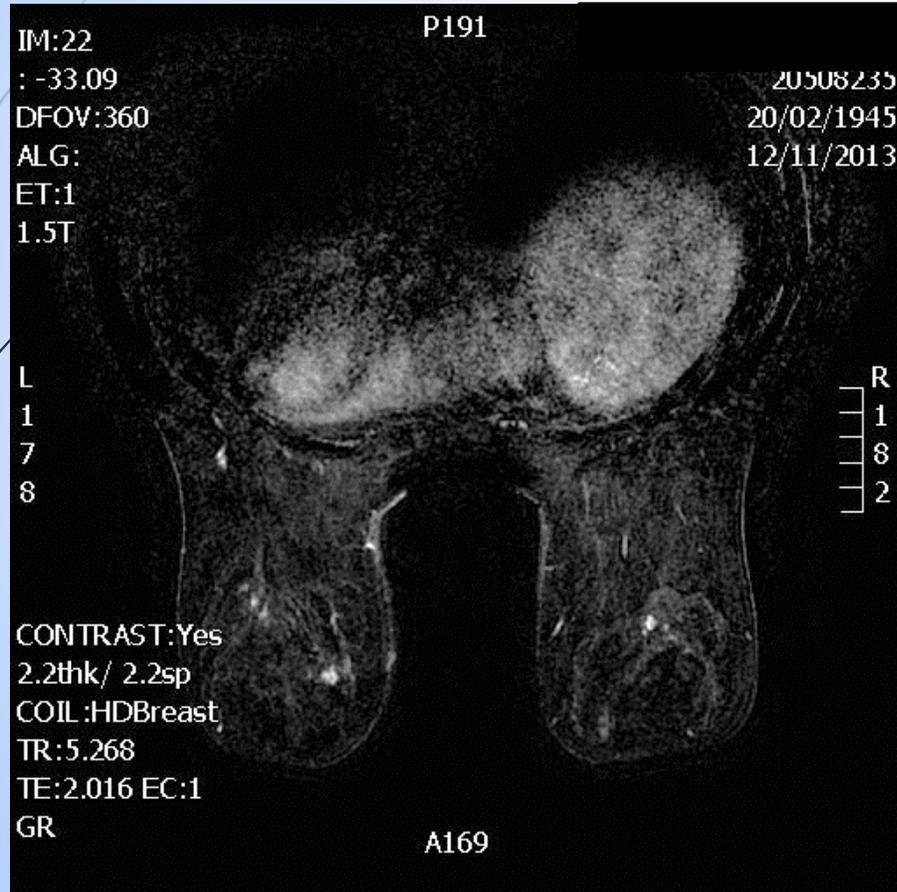


# Echographie de second look

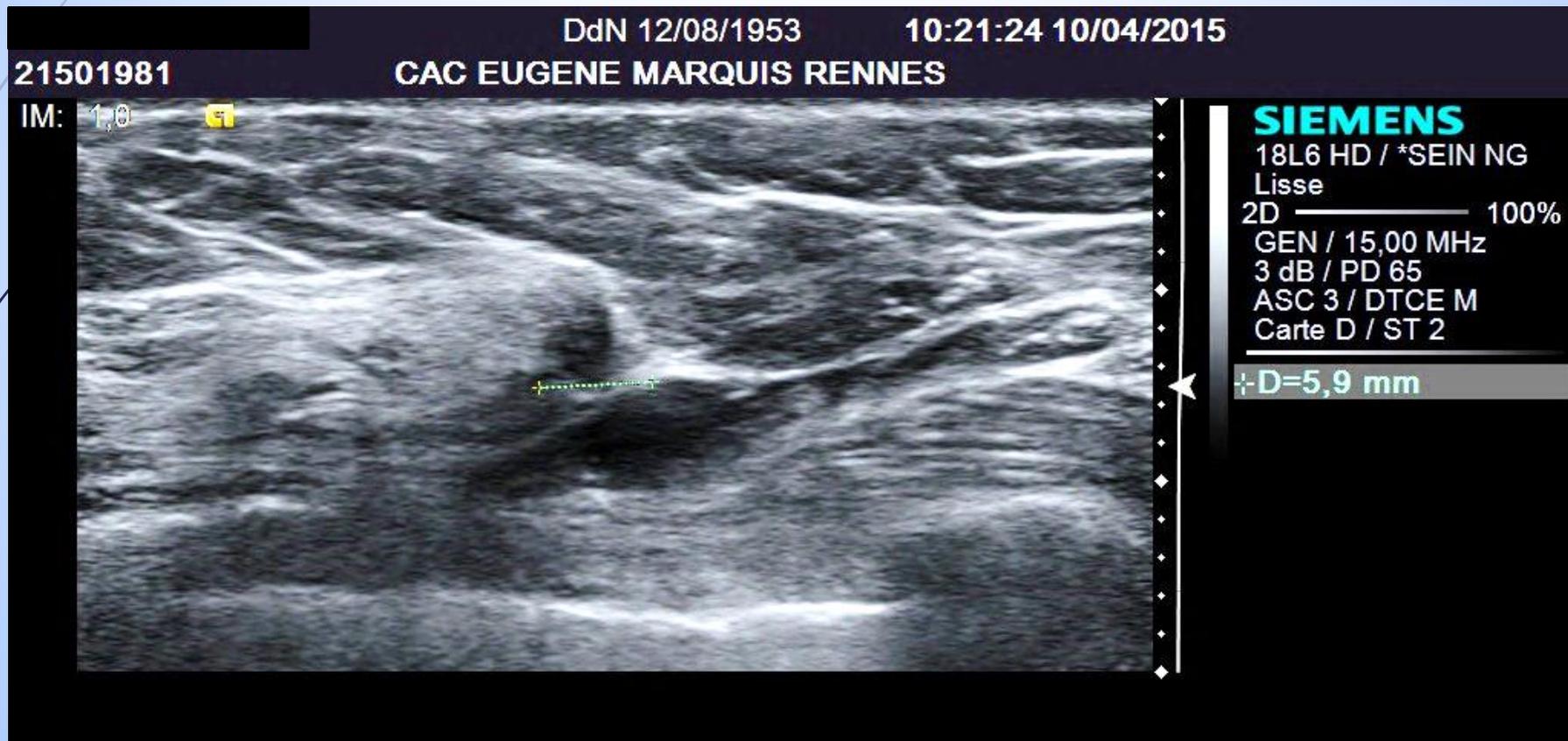


le **13 novembre** proposition d'une micro biopsie du QSI gauche et d'une macro biopsie sous IRM du QIE droit

# Macro biopsie sous IRM, tissu dystrophique avec micro foyers d'adénose sclérosante



**Cas n°2**, dépistage ADECI, bilan d'extension d'un CLI du QIE gauche palpable de **6 mm** dans un sein dense chez une femme de 61ans, sans contexte familial ou personnel de cancer du sein.





# Résultats de la pièce opératoire

- Carcinome lobulaire infiltrant de grade II
- RE+++
- RP+++
- Absence de surexpression de HER2
- 0/4 ganglions sentinelle

IRM faite le 10 avril, 10 jours après la consultation d'annonce

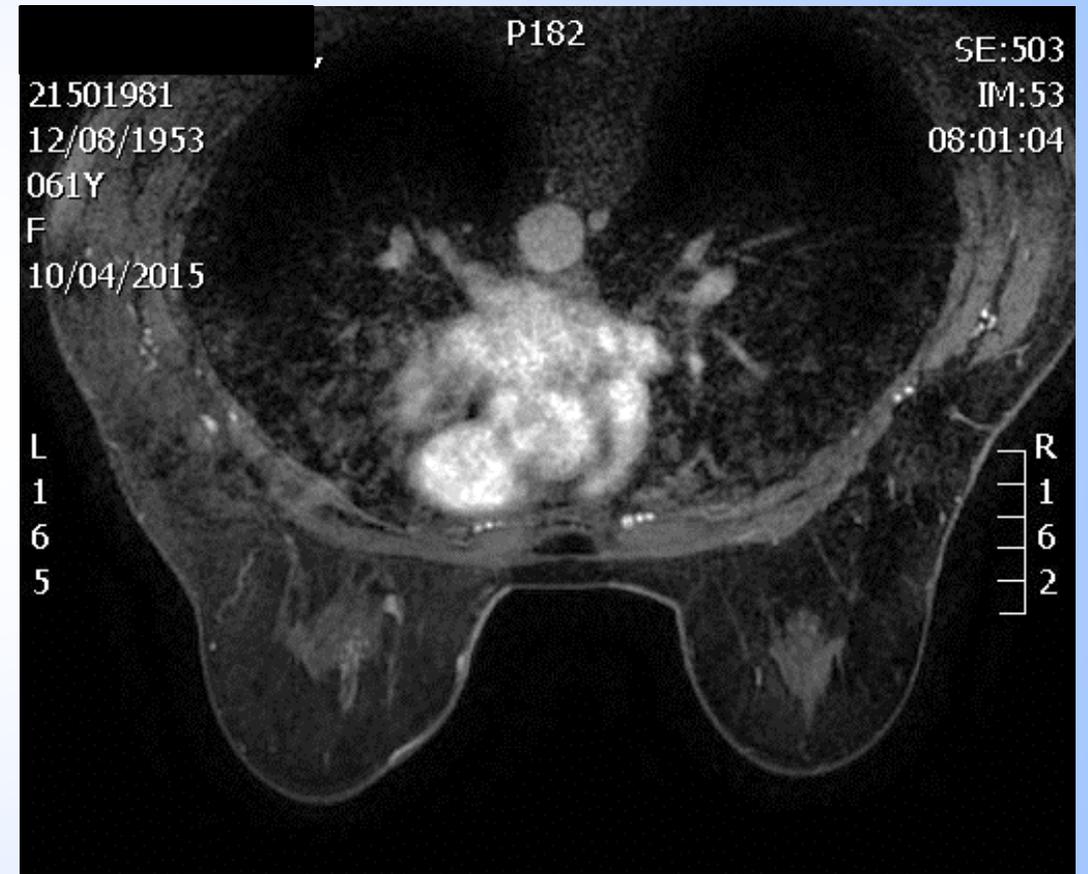
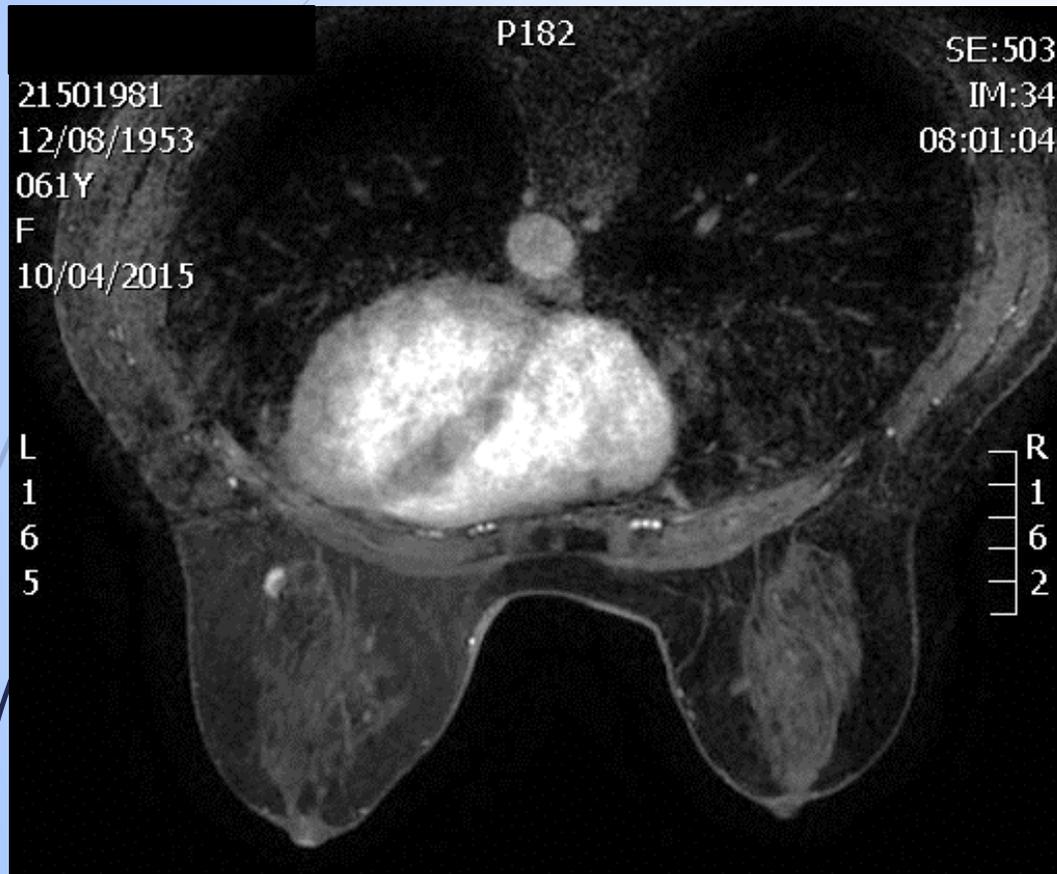


Densité type C

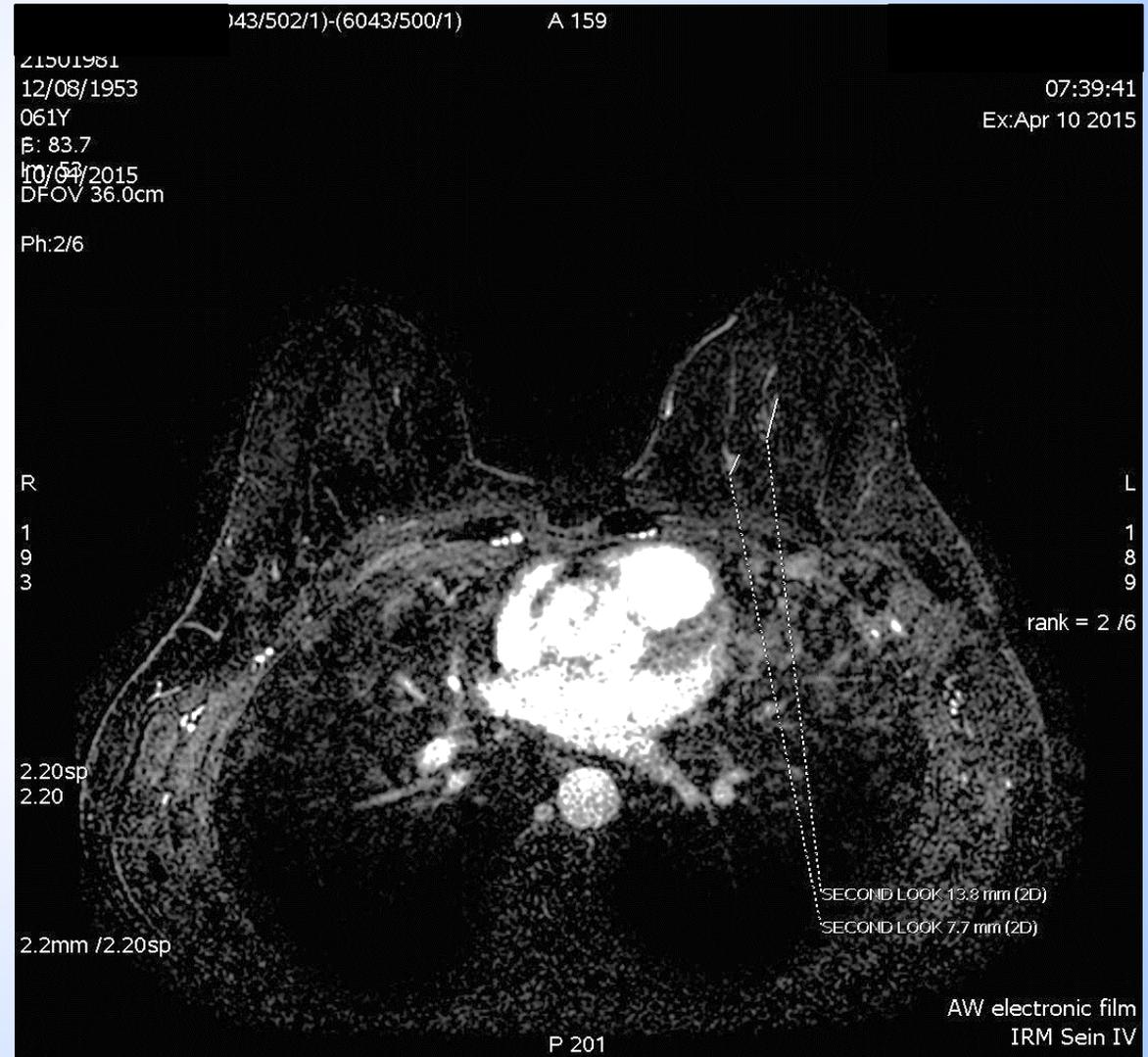
## Aspect pathologique de ganglion axillaire

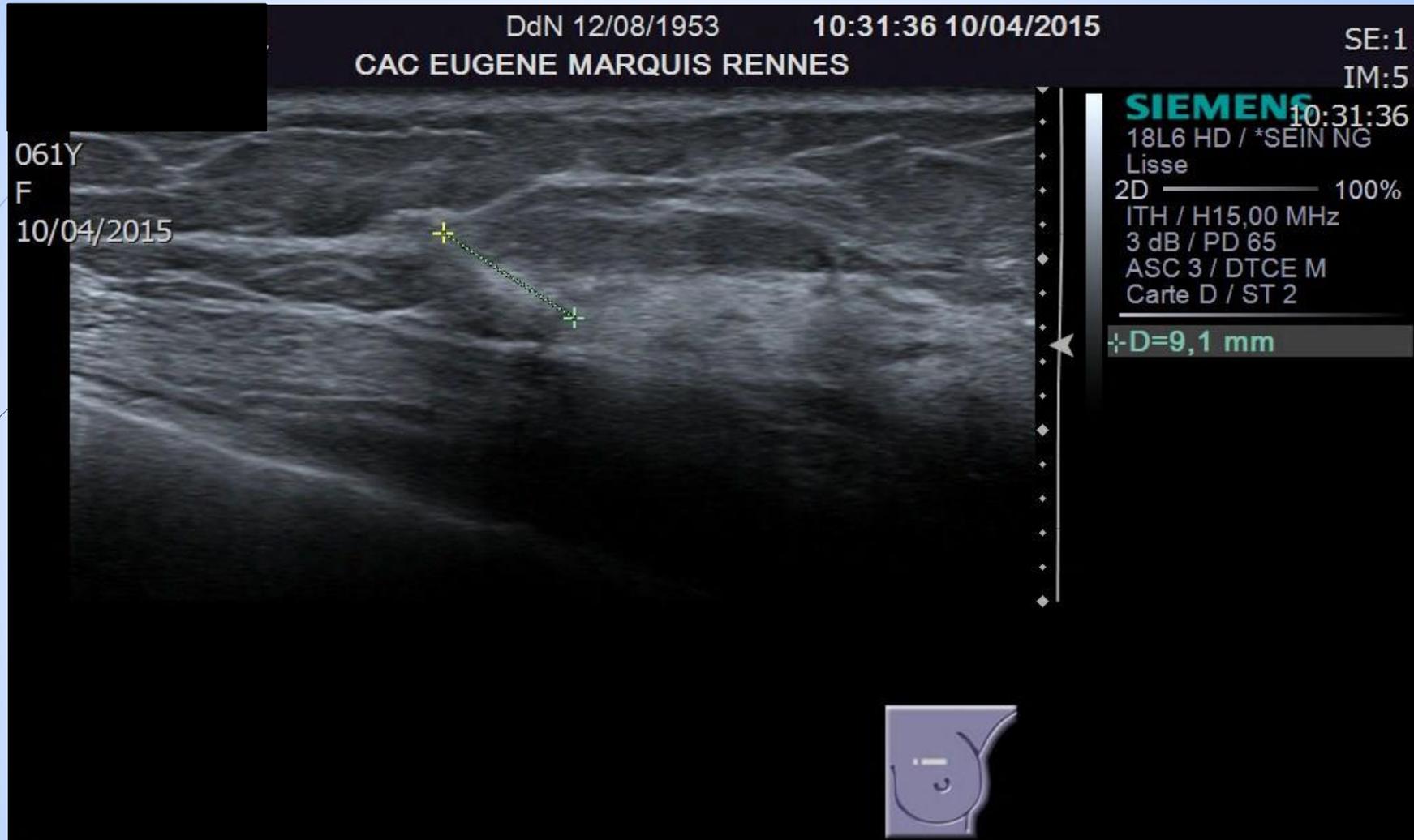


# Rehaussement de fond faible, ou est le cancer?



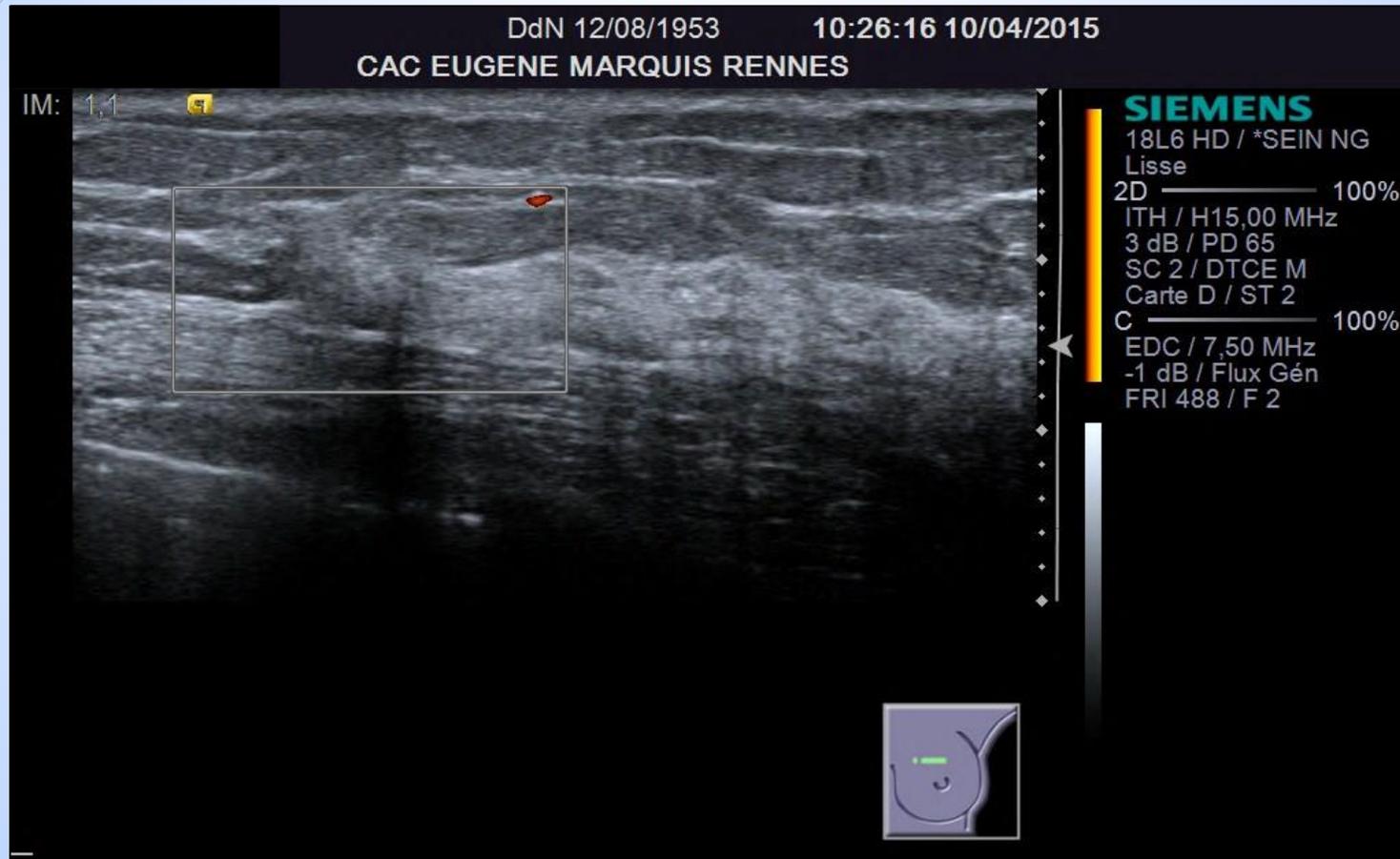
# Deux prises de contraste à rechercher en échographie de second look





Faut il biopsier?

# L'IRM permet le diagnostic d'images échographiques subtiles



C'est un CLI

**CONCLUSION :**

**MAMMECTOMIE GAUCHE**

**CARCINOME LOBULAIRE INFILTRANT BI FOCAL.**

**DEUX TUMEURS MESURANT 6 MM ET 7 MM.**

**GRADE SBR (selon Elston Ellis) : I**

**MSBR : BAS GRADE.**

**INDEX MITOTIQUE : <5 MITOSES/10 CHAMPS AU FORT GROSSISSEMENT.**

**COMPOSANTE LOBULAIRE IN SITU ASSOCIEE (LIN 3).**

**PAS D'EMBOLES NEOPLASTIQUES.**

**MAMELON: INDEMNE.**

**CURAGE GAUCHE**

**17 GANGLIONS METASTATIQUES POUR CERTAINS AVEC RUPTURE CAPSULAIRE (17 N+/17 N)**

**Ki67 : 5%**

**RE : POSITIFS (90%) intensité +++**

**RP : 0% (témoin interne +)**

**ABSENCE DE SUREXPRESSON DE HER2 (score 0)**

Le 05/05/2015

PAGE PRÉC

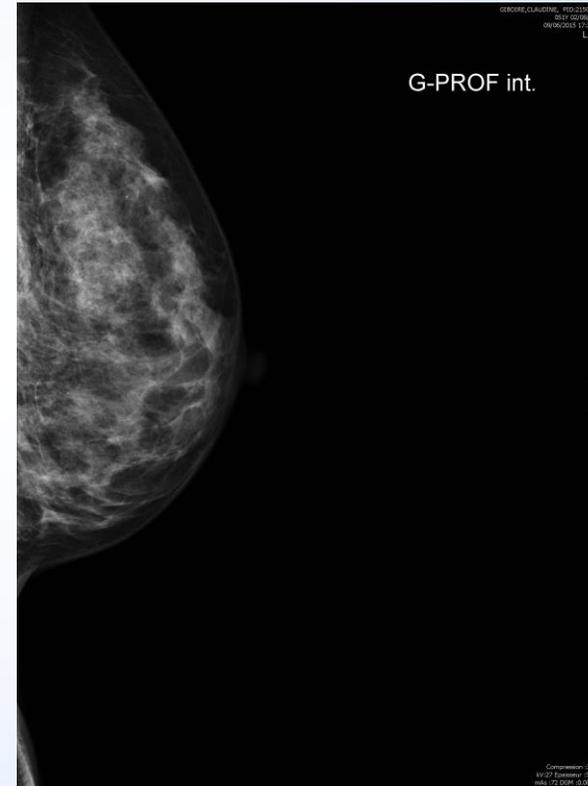
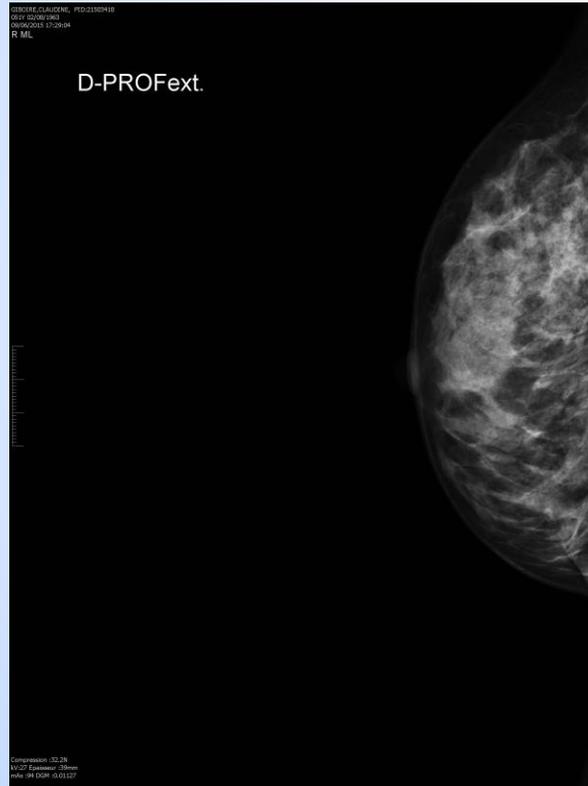
ACTION 1

ACTION 2

ACTION 3



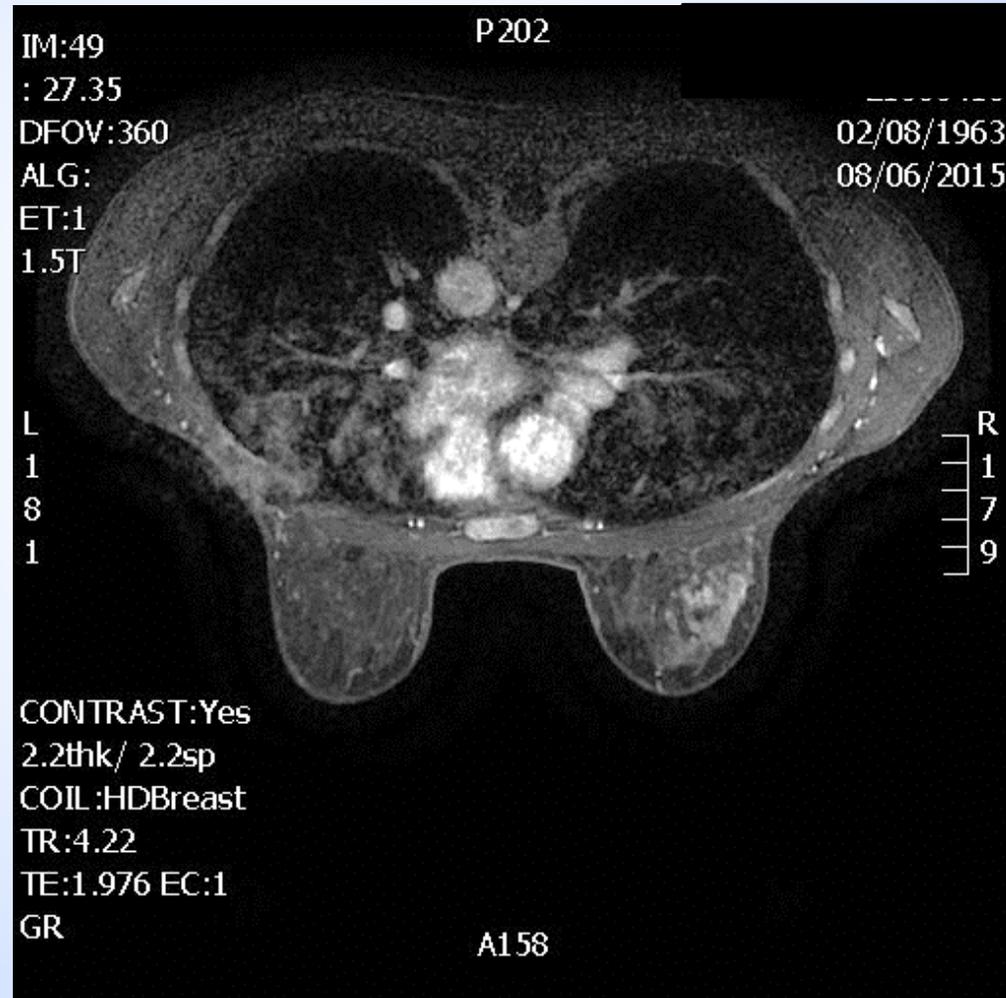
# Cas n°3 déterminer la taille du CLI, masse de 8 cm à la palpation



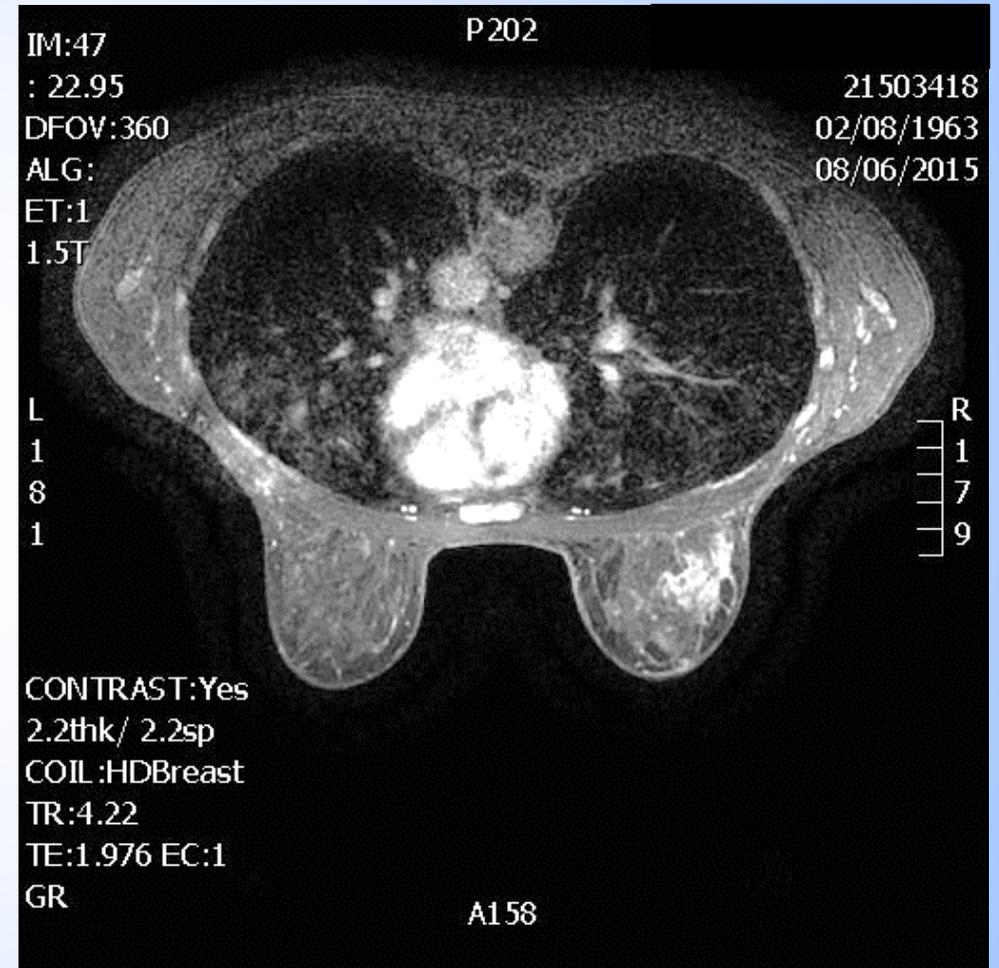
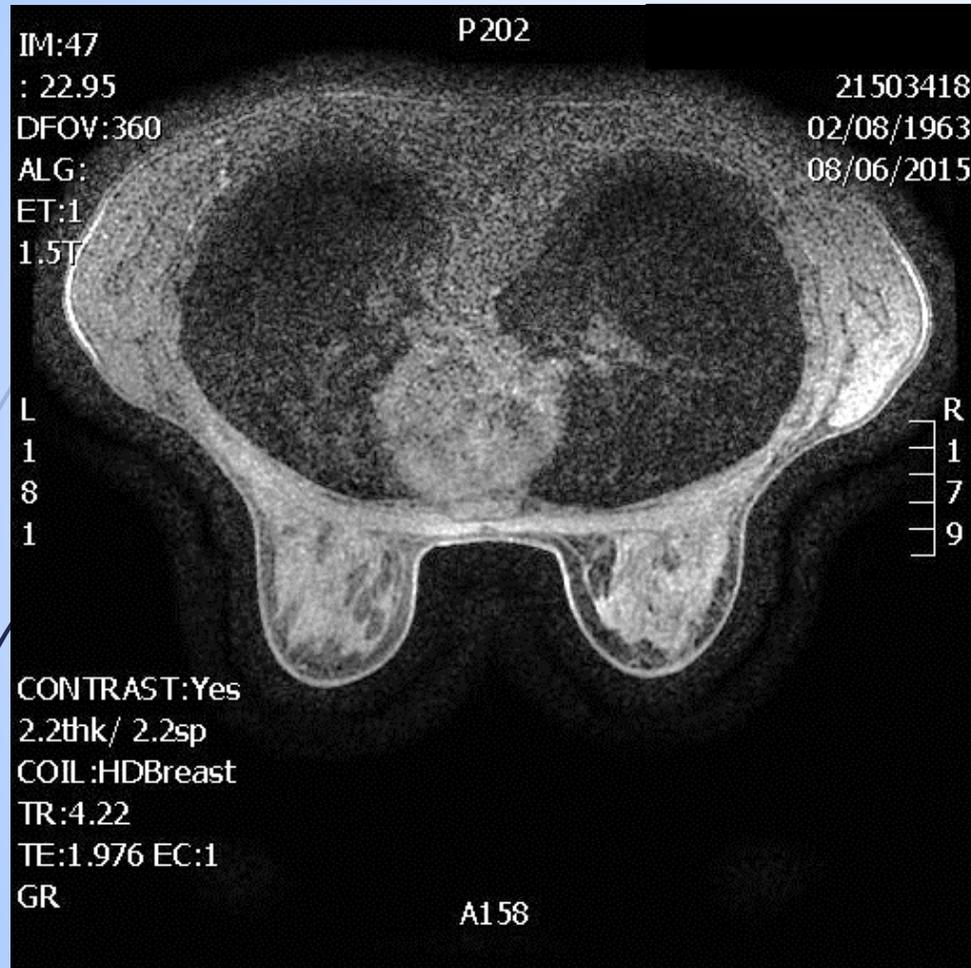
# Le sein est trop hétérogène en échographie



L'IRM est plus performante pour donner la taille lésionnelle.

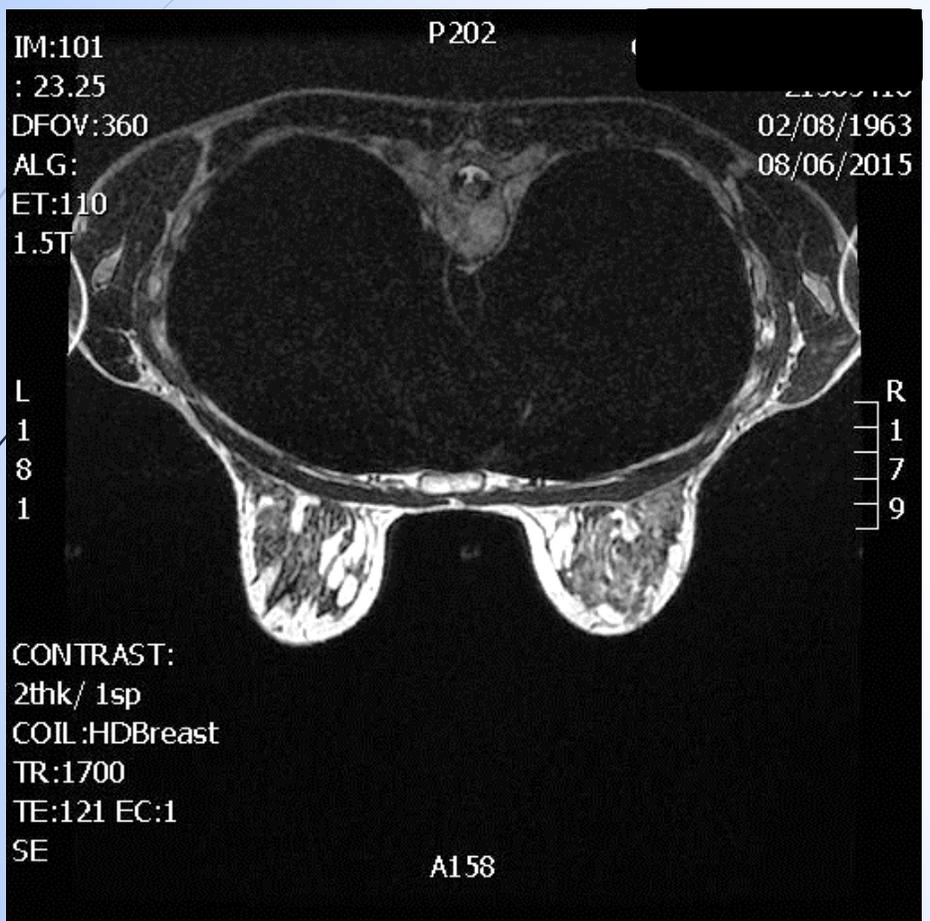


## Sans et après injection

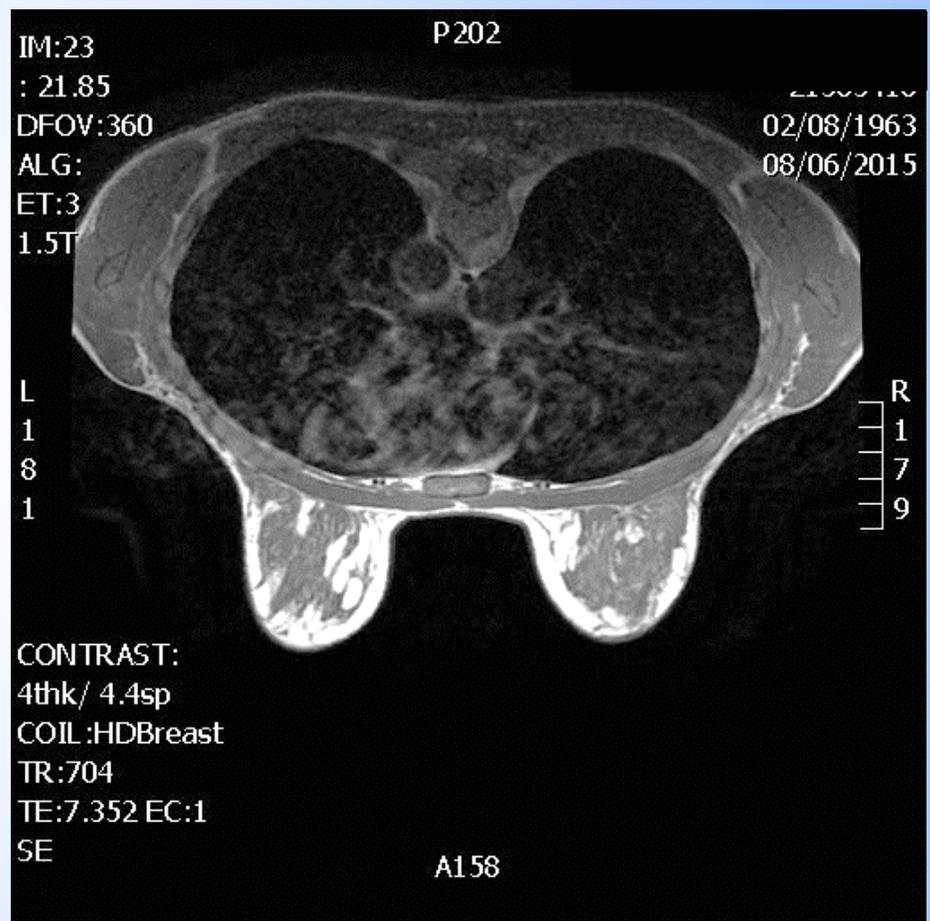


Ce que l'IRM apporte en plus? Et la patiente confie qu'elle a des marqueurs très élevés

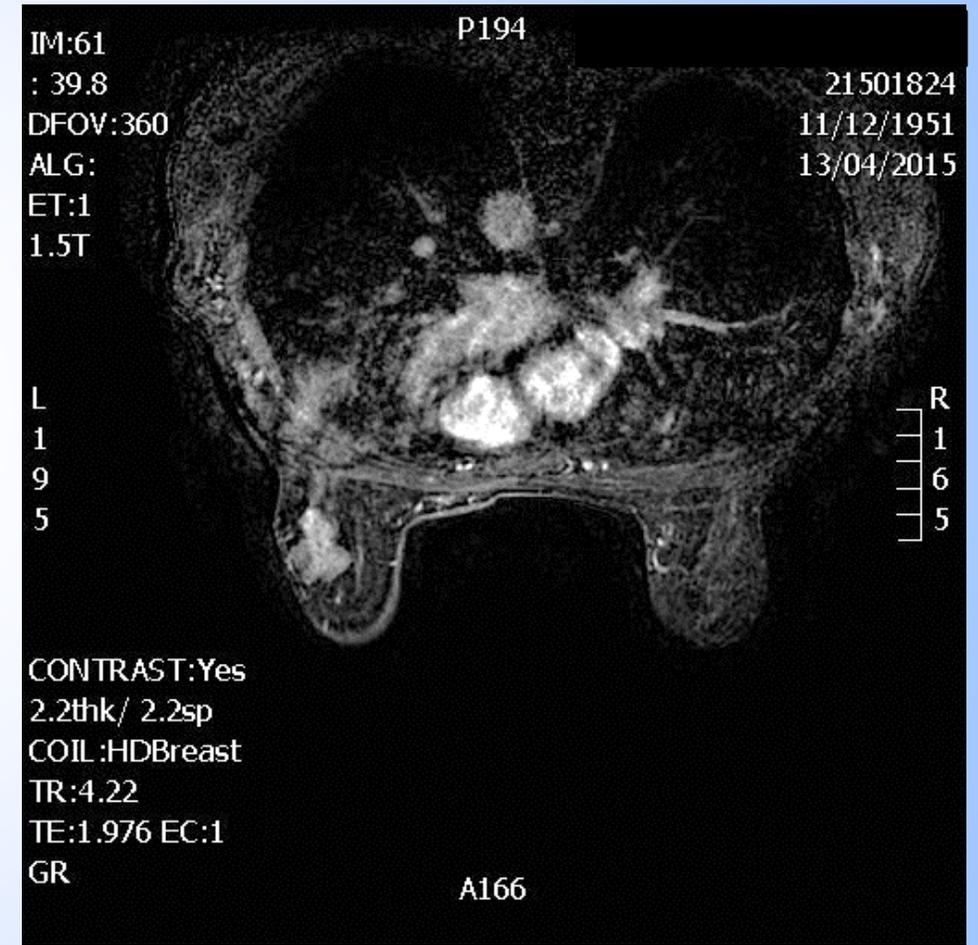
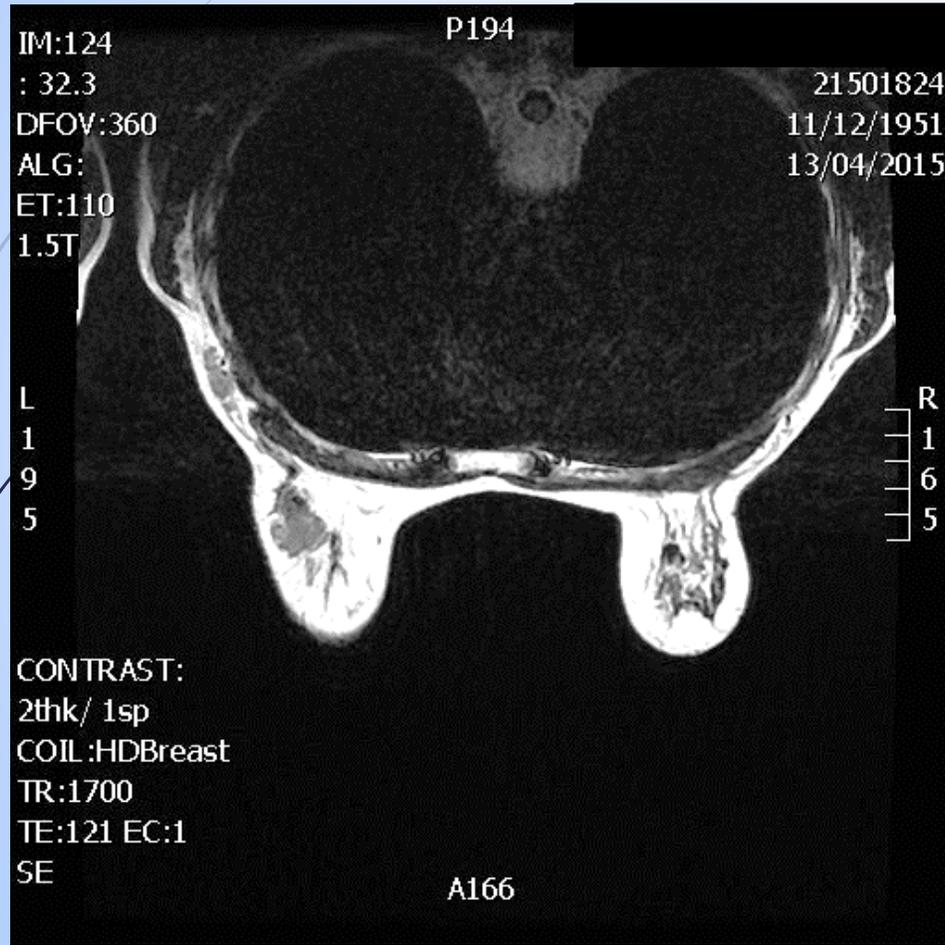
# T2



# T1



## Cas n°4, CLI de type pleomorphe de grade III



L'IRM sert de référence avant chimiothérapie néo adjuvante

**MICRO BIOPSIE A L'AIGUILLE INFERO MEDIANE DU SEIN GAUCHE**  
A l'examen histologique apparait un kyste galactophorique dans un tissu normal

**CONCLUSION :**

**MICRO BIOPSIE A L'AIGUILLE DU QSE DU SEIN GAUCHE**

CARCINOME LOBULAIRE INFILTRANT

SOUS TYPE PLEOMORPHE

S.B.R. III (3.3.2)

8 M / 10 HPF

Ki67 : 25 %

RE : <1 % (témoin interne +)

RP : 0% (témoin interne +)

SUREXPRESSON FAIBLE A MODEREE DE HER2 (score 2+)

**MICRO BIOPSIE A L'AIGUILLE INFERO MEDIANE DU SEIN GAUCHE**



## Pourquoi l'IRM mammaire dans le cancer lobulaire infiltrant?

- Faire une excrèse complète de la ou les lésions (modification de l'attitude thérapeutiques post IRM dans 20 à 44% des cas)
  - Suivre l'évolution sous traitement néo adjuvant
- 



# Les limites de l'IRM du carcinome lobulaire infiltrant

- ▶ Le CLI ne prend pas toujours le contraste à l'IRM.
- ▶ Majoration de l'évaluation de la taille dans environ 36% des cas mais l'IRM reste la meilleure solution pour déterminer la taille.
- ▶ Sensibilité élevée 93 %
- ▶ Spécificité moindre 88 %
- ▶ Disponibilité de la machine d'IRM
- ▶ Disponibilité du radiologue pour l'échographie de second look +/- la biopsie sous échographie ou à l'IRM
- ▶ Ne pas confondre bilan d'extension avec surveillance d'une femme mutée.



# Choix et modalité du traitement, décision collégiale multidisciplinaire

- Gynécologue
- Radiologue
- Anatomopathologiste
- Chirurgien
- Oncologue médical
- Radiothérapeute
- Et Médecin nucléaire pour la TEP et l'onco généticien
- Et le Médecin traitant...