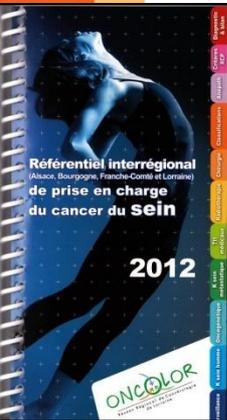


Qu'est-ce qu'un bilan exhaustif?



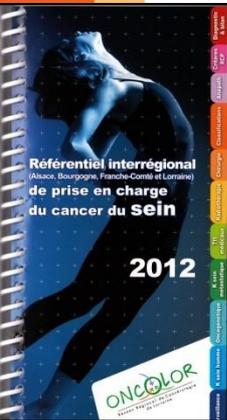
- **Référentiel interrégional** (Alsace, Bourgogne, Franche-Comté, Lorraine)
- **Examen clinique**
- **Mammographie**
 - Incidences face et oblique
 - Le profil permet de préciser la topographie d'une anomalie et la morphologie de certaines microcalcifications. ("Même en cas d'anomalie à l'évidence maligne, il faut réaliser au moins un profil pour situer l'anomalie". Dépistage organisé du cancer du sein ; cahier des charges pour les radiologues : *J.Radiol 2006; 87:1532.*)
 - Si foyer de micro-calcifications : clichés localisés agrandis de face et de profil
 - Si opacité : clichés localisés plus ou moins agrandis.

Qu'est-ce qu'un bilan exhaustif?



- **Référentiel interrégional** (Alsace, Bourgogne, Franche-Comté et Lorraine)
- **Echographie mammaire**
 - Si seins denses ou de densité intermédiaire (composition de type 3 : 51 à 75 % de glande ou de type 4 : >75 % de glande)
 - Si anomalie clinique
 - Si anomalie mammographique (masse)
 - Mesure de la lésion, localisation selon le rayon horaire, la distance au mamelon et la profondeur.

Qu'est-ce qu'un bilan exhaustif?



- **Référentiel interrégional** (Alsace, Bourgogne, Franche-Comté, Lorraine)
- **Echographie ganglionnaire axillaire et sus-claviculaire**
 - en cas de suspicion de cancer du sein
 - avec prélèvement percutané si ganglion suspect (palpable ou critères échographiques :
 - disparition ou caractère excentré du hile, caractère hypoéchogène du cortex, épaissement du cortex >3 mm diffus ou nodulaire, forme ronde du ganglion, vascularisation corticale en mode Doppler)
 - afin d'éviter une procédure d'identification de ganglion sentinelle en cas de positivité.



Recommandations de l'INCa

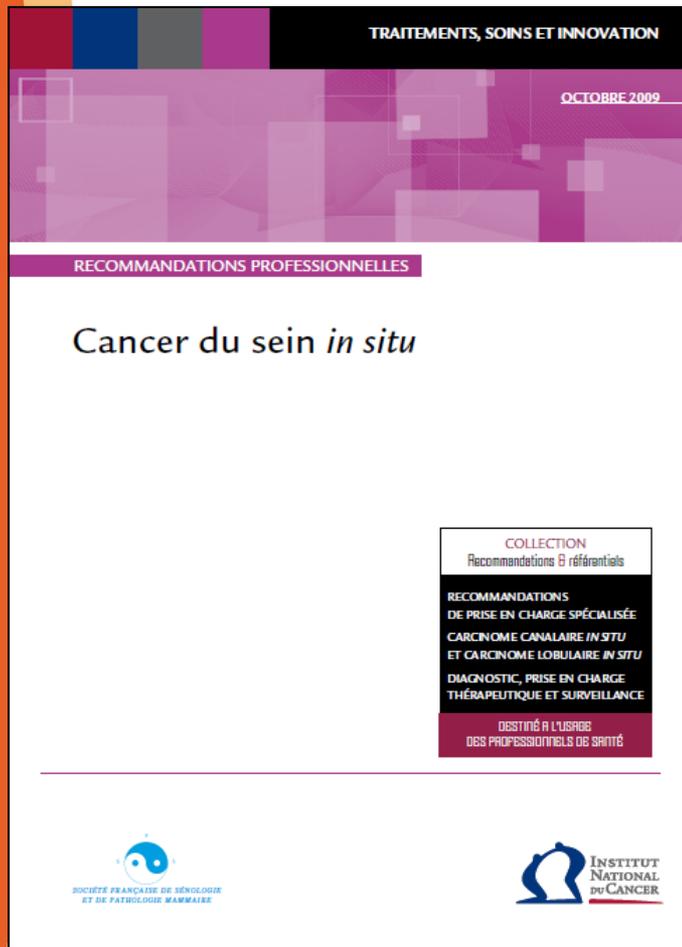


Juillet 2012

- **Recommandations**
- **Il est proposé qu'une exploration échographique axillaire soit réalisée systématiquement** et dans le même temps que l'échographie mammaire diagnostique ou lors de la biopsie tumorale mammaire.
- La présence d'un seul des critères échographiques suivants est suffisante pour justifier un prélèvement ganglionnaire percutané : épaissement cortical global ou localisé, forme arrondie, disparition partielle ou complète du hile.
- Il est proposé que le prélèvement percutané axillaire soit fait, en cas de ganglion(s) suspect(s) dans le même temps que la biopsie tumorale.



Recommandations de l'INCa



Octobre 2009

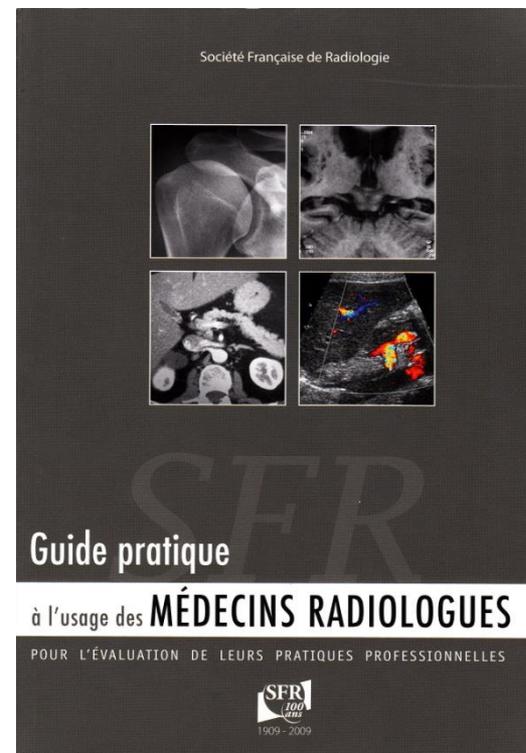
- Concernant l'échographie, la seule étude rapportée, dont l'objectif est la performance de détection des métastases axillaires, conclut à une faible valeur prédictive positive pour la détection des métastases au niveau des nodules lymphatiques axillaires ce qui **ne justifie pas son utilisation en routine pour évaluer l'envahissement axillaire chez la patiente atteinte d'un CCIS [KHAKPOUR2006]**.
- Les auteurs concluent par ailleurs, l'échographie associée à la mammographie semble être utile pour évaluer l'étendue de la maladie chez les patientes atteintes d'un CCIS.



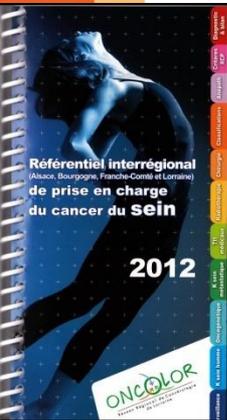
Guide pratique à l'usage des médecins radiologues pour l'évaluation de leurs pratiques professionnelles

publié par la Société Française de Radiologie Juin 2009

- **Bilan d'extension locale d'un cancer du sein: échographie p722**
 - « Rechercher une extension ganglionnaire axillaire, qui en cas de positivité du prélèvement anatomopathologique, permet d'éviter la technique du ganglion sentinelle. »



Qu'est-ce qu'un bilan exhaustif?



- **Référentiel interrégional** (Alsace, Bourgogne, Franche-Comté, Lorraine)
- **IRM:** se réfère au Rapport d'évaluation de la Haute Autorité de Santé « Place de l'IRM mammaire dans le bilan d'extension locorégional préthérapeutique du cancer du sein. » *Mars 2010. 104 p.*
- **La HAS recommande la réalisation d'une IRM mammaire dans le bilan locorégional préthérapeutique dans les situations suivantes :**
 - En cas de **discordance** entre la clinique, la mammographie et l'échographie, pouvant entraîner une modification de la prise en charge thérapeutique.
 - En cas de **choix thérapeutique difficile** (chirurgie oncoplastique, traitement conservateur ou mastectomie, traitement néo adjuvant).
 - Chez des **femmes de moins de 40 ans.**
 - Chez les **femmes à haut risque familial de cancer du sein.**
- En ce qui concerne l'étude du sein controlatéral, aucune donnée ne permet d'affirmer ni d'infirmer l'utilité de la réalisation d'une IRM mammaire



Prise en charge d'une demande d'avis pour une anomalie du sein avant 2011

- **Adressage du dossier d'imagerie aux radiologues et tri selon « urgence »**
 - Bilan complet après plusieurs semaines
- **Premier contact avec le chirurgien**
 - Avis radiologique et nouvelles investigations (microbiopsie, IRM, examens post-IRM, ...)
 - Nouvelle information par le chirurgien avant intervention
- **Premier contact avec le chirurgien et date d'intervention fixée**
 - Avis radiologique et nouvelles investigations à réaliser (avec analyse anatomo-pathologique) avant la date de chirurgie
- **Premier contact avec le chirurgien et date d'intervention fixée sans avis radiologique**
 - Découverte d'anomalies au moment du repérage
 - Report de l'intervention après investigations nécessaires



Parcours coordonné

- **Il est nécessaire de vérifier avant la chirurgie que toutes les informations utiles à la prise de décision sont disponibles**
 - Valider le bilan pratiqué
 - Proposer des compléments
- **En limitant le délai induit par les investigations réalisées (parcours « rapide »)**



Organisation d'un parcours rapide

- **Juin 2011 projet Perf'Action**
- **Prise en charge centralisée des appels sans tri**
- **Objectif de délai de premier contact court en radiologie**
- **Ressources « sanctuarisées »**
 - **Radiologues disponibles**
 - **Manipulateurs et secrétaires**
 - **Machines disponibles**
 - **Créneaux dimensionnés suffisants disponibles à 3j**
- **Synthèse par radiologues et inscription en RCP préthérapeutique à 7j**
- **Programme Personnalisé de Soins PPS**
- **Information par le chirurgien**



Adressage initial en radiologie

- **Est-ce la bonne solution?**
- **« Si vous ne me donnez pas de rendez-vous de chirurgie j'enverrai ma patiente ailleurs! »**
- **« je veux voir un chirurgien et vous m'envoyez voir des radiologues! »**
- **« Puisque je vous dis que les radio ont été faites! »**
- **« On m'a déjà fait une microbiopsie du sein! »**
- **« Pourquoi vous avez recommencé l'échographie que j'avais réalisée? »**



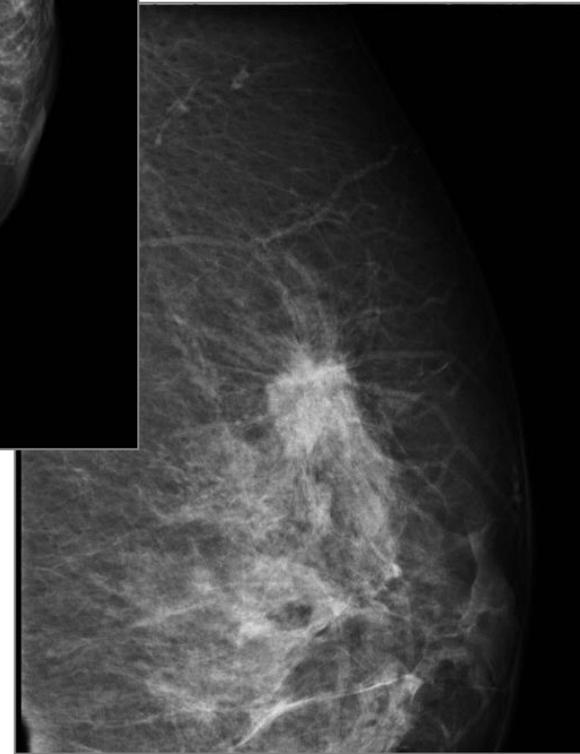
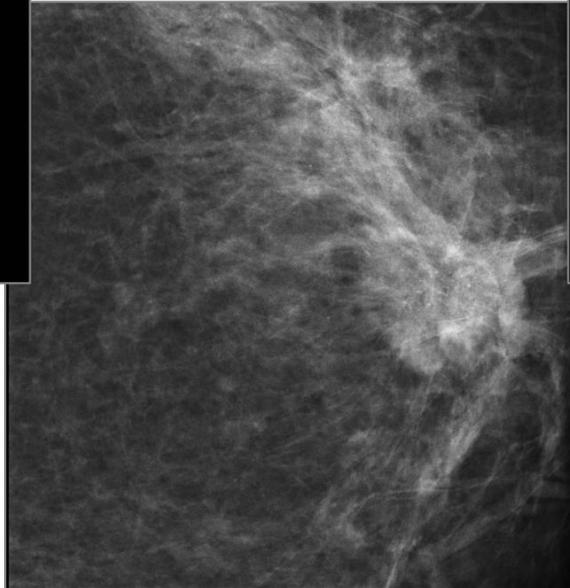
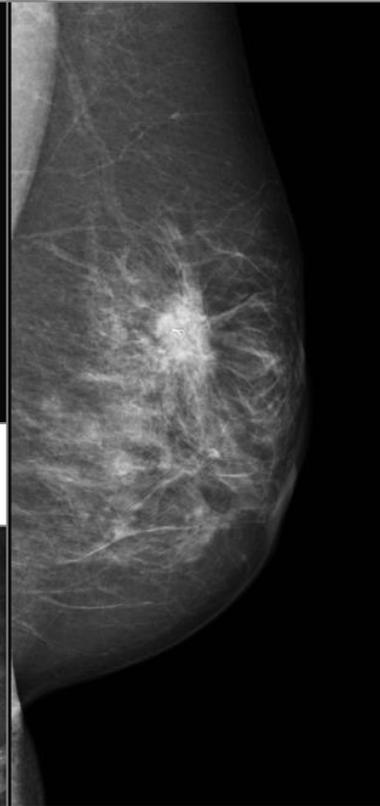
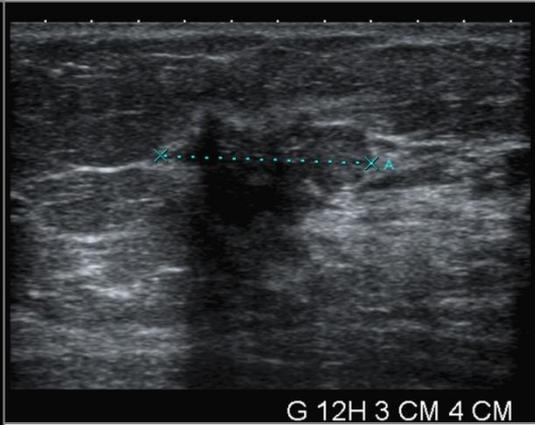
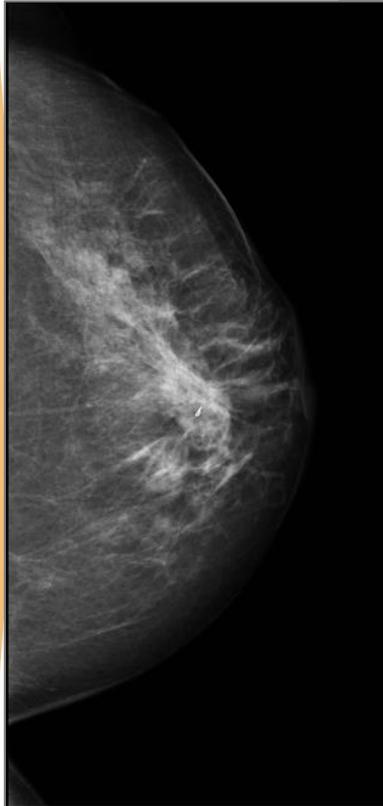
Cas clinique 1

- 40 ans sans antécédent familial de cancer du sein ou de l'ovaire
- Pas d'enfant, normalement réglée sans contraception
- Antécédents : dépression, appendicectomie, tabac 25 PA, 80kg, 1,60m, OMS 0
- HDM: tuméfaction des Q sup du sein G découverte par la patiente à l'occasion d'un traumatisme
- Mammographie proche domicile: masse à contours spiculés ACR 5 de l'union des Q Sup du sein gauche
- Echographie : masse de 23 x 20 x 15 mm à 12h
 - et 2 nodules du QSE de 8 et 5 x 10 mm

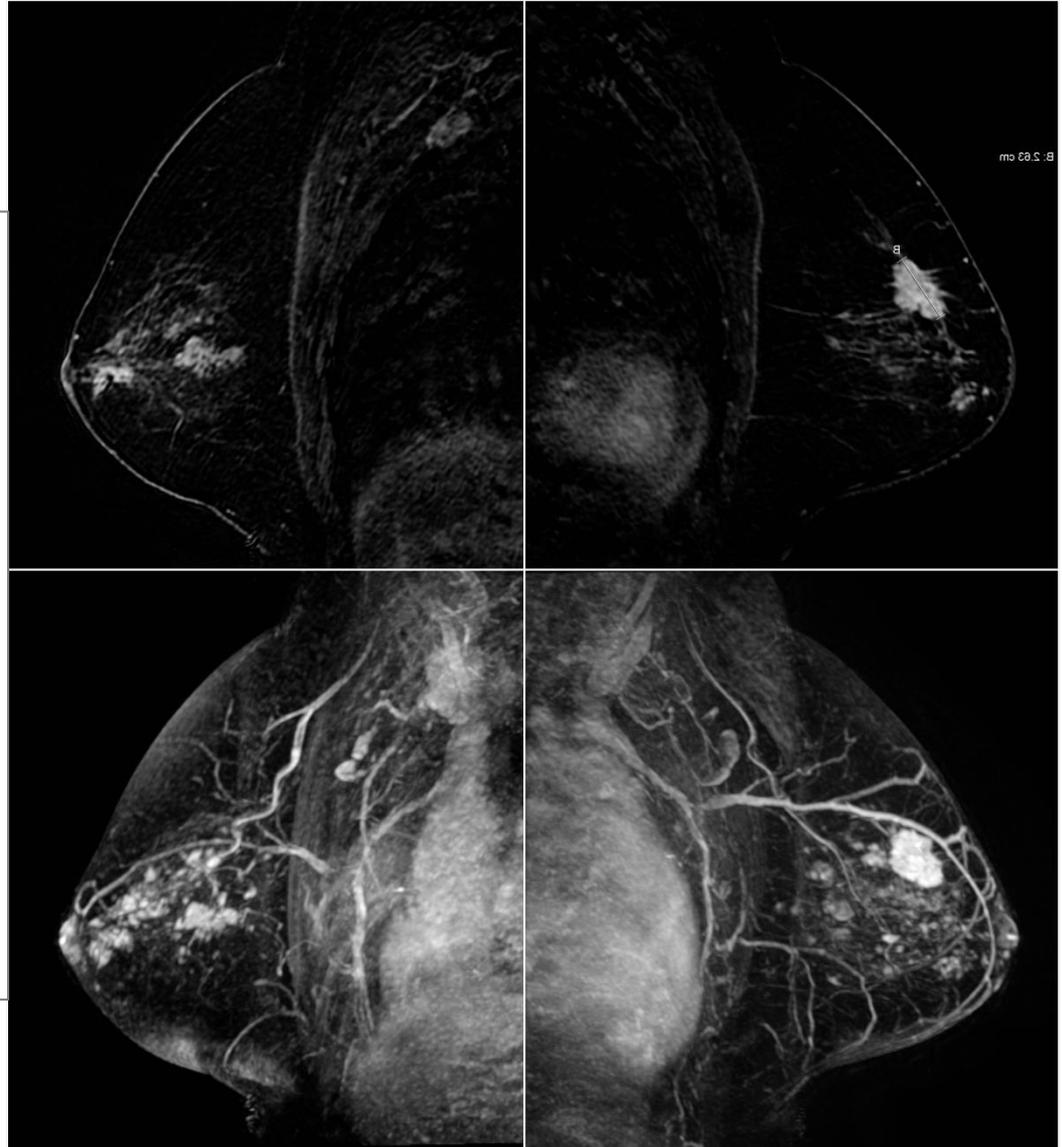


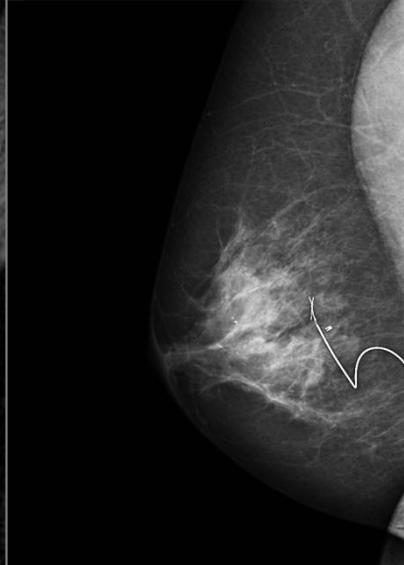
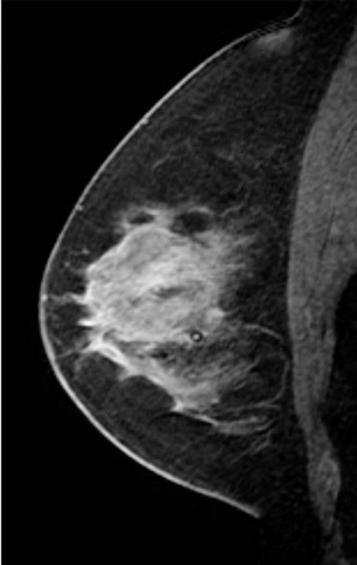
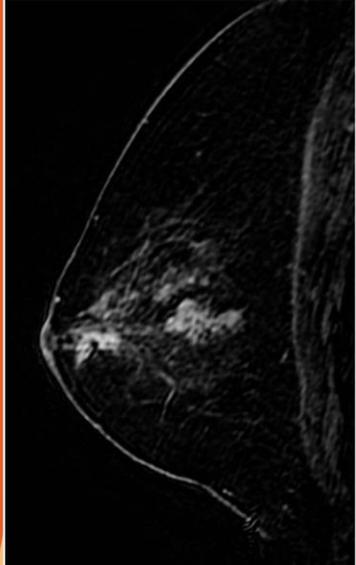
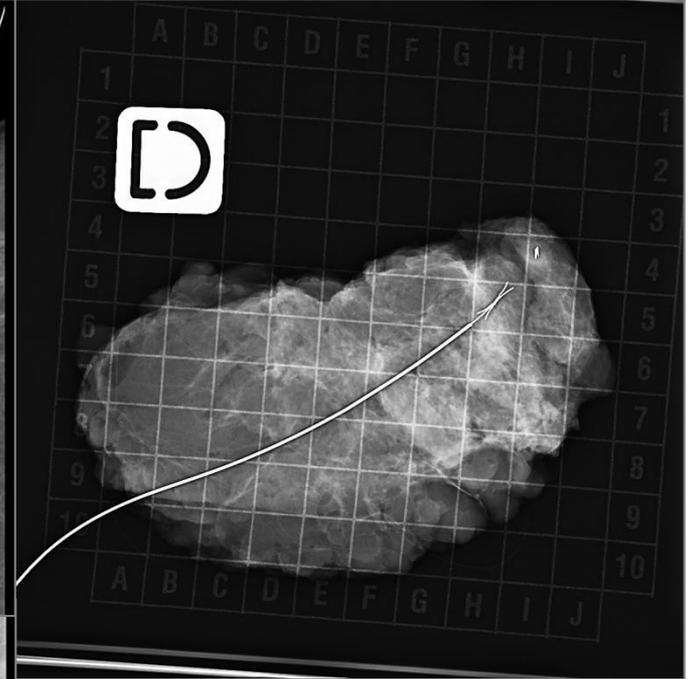
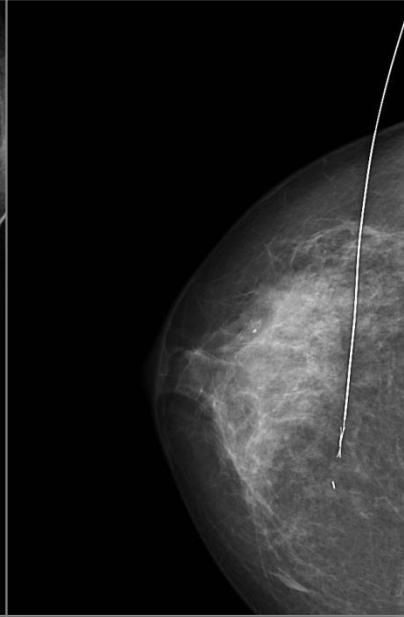
Cas clinique 1

- **Adressée à l'ICL: premier contact en radiologie**
- **Examen : seins 100B, masse de 4 cm de l'UQSup du sein G à 3 cm du mamelon**
- **Microbiopsie masse palpable: CCI de grade SBR I**
 - **A 23 mm à 2h, nodule 10 x 6 mm, cytoponction : aspect dystrophique**
 - **A 45 mm à 2h, nodule de 9 x 8 mm, cytoponction: fibroadénome**
 - **A 3h et 5 cm du mamelon, nodule de 12 x 9 mm, cytoponction: cytologie bénigne aspécifique**
- **RCP pré-thérapeutique 3j plus tard : chirurgie première**
- **Demande IRM pour extension locale**



- **Masse ACR 6 du sein G** de 40 mm et multiples zones de rehaussement
- **Sein D controlatéral:** rehaussement non masse micronodulaire segmentaire de l'UQExt
- **Echographie post-IRM** sans cible retrouvée
- **Avis staff Radio-sénologique:** indication de **macrobiopsies guidées par IRM**





Macrobiopsies guidées par IRM :
Carcinome Intraductaire de type
cribriforme de grade intermédiaire
sans nécrose
Clip mis en place



Cas clinique 1

- **Mastectomie totale gauche + curage ganglionnaire axillaire:**
 - Tumeur de 2,6 x 2,2 x 1,5 cm à 1,5 cm du plan cutané et 1,5 cm du plan profond
 - CCI de grade SBR II (2 + 2 + 3) avec composante intracanaulaire minime, RE+, RP+, absence de surexpression IHC de c-erbB-2
 - Curage ganglionnaire axillaire gauche: micrométastase ganglionnaire : 1/12

- **Mastectomie partielle droite. Ganglion sentinelle**
 - Pièce de 80g de 10 x 6 x 3 cm
 - Nodule de 0,8cm correspondant à des lésions d'adénose complexe partiellement fibrosante avec métaplasie cylindrique et hyperplasie épithéliale canalaire, associées à des aspects de carcinome intracanaulaire d'architecture cribriforme et de grade nucléaire intermédiaire sans nécrose.
 - Présence de remaniements fibro-inflammatoires cicatriciels post-biopsie.
 - Absence de métastase ganglionnaire 0/1



Cas clinique 1

- **RCP post-thérapeutique**
 - **Chimiothérapie retenue**
 - **Radiothérapie sein droit**
 - **Radiothérapie paroi gauche**
 - **Hormonothérapie**

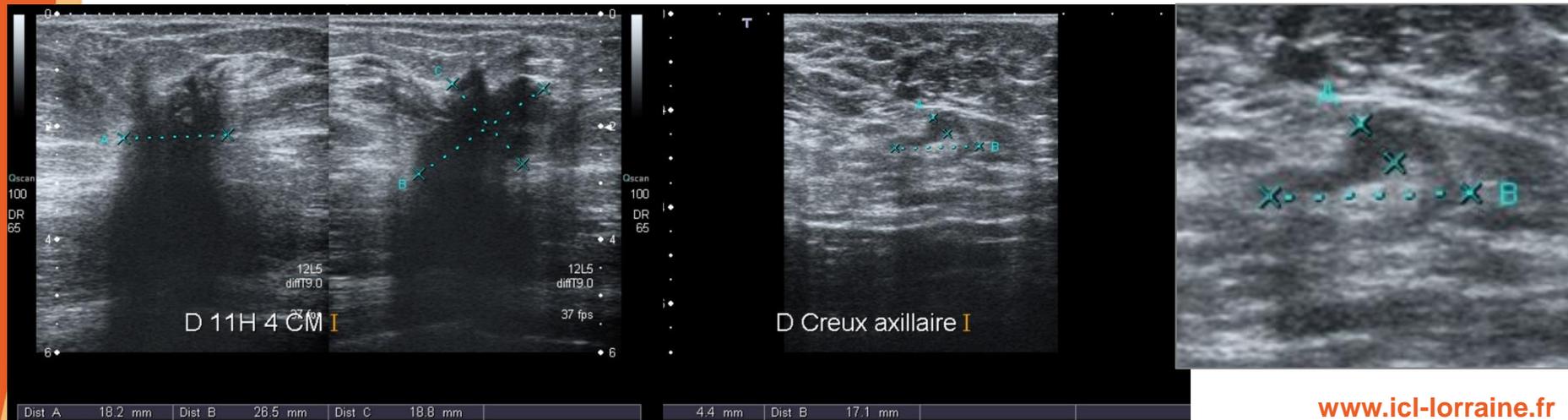


Cas clinique 2

- 53 ans sans antécédent familial
- Mère de 2 enfants, en périménopause
- Antécédents d'hystérectomie il y a 14 ans (bénin)
- 1,66m, 90 kg, OMS 0
- Constataction par la patiente d'un capiton supéro-externe D
- Bilan proche du domicile:
 - Clinique : rétraction cutanée à 10h
 - Mammographie : **masse** à contours spiculés associée à des **microcalcifications** du QSE droit ACR 5
 - Echographie: masse de 33 mm du sein D à 10h
 - CR: « Il n'y a pas d'adénopathie axillaire... ».
 - Microbiopsie: CCI de grade II, RE+, RP+, absence de surexpression IHC de c-erbB-2

Cas clinique 2

- Adressée à l'ICL, premier contact en radiologie :
- Examen clinique: hématome post-biopsie, masse de 3,5 x 2,5 cm à 10h et 5 cm du mamelon D
- Echographie :
 - masse de 26 x 19 x 18 mm
 - Présence de quelques ganglions axillaires dont l'un présente un cortex irrégulier, légèrement épaissi de 4 mm, cytoponction: localisation axillaire d'un adénocarcinome





Cas clinique 2

- **Au terme du bilan d'imagerie:**
 - **Rencontre de l'infirmière coordonatrice à l'issue de l'examen**
 - **Inscription en staff radio-sénologique**
 - **Inscription en RCP pré-thérapeutique**
 - **Consultation de chirurgie programmée**



Cas clinique 2

■ Staff radio-sénologique:

- Si chirurgie conservatrice retenue, repérage du foyer de microcalcifications le plus inféro-externe par rapport à la lésions principale

■ RCP pré-thérapeutique: validation de chirurgie première

■ Consultation chirurgie: décision de chirurgie non conservatrice

- CCI de grade SBR II de 3 x 2,5 x 2,5 cm, composante intracanaulaire faible, absence d'emboles lymphatiques.
- Présence de quelques foyers de carcinome intracanaulaire au voisinage de la tumeur
- Curage ganglionnaire : 7/26, ganglions, 5 à l'étage I et 2 à l'étage II, avec foyers tumoraux de 0,3 à 1 cm
- Ki 67 : 14%

- **RCP post-thérapeutique**
 - **Chimiothérapie**
 - **Radiothérapie loco-régionale**
 - **Hormonothérapie**



Evaluation du parcours patient

- **Cohorte des patientes accueillies entre septembre et décembre 2012: 213 nouveaux cas de cancer du sein**
- **106 adressées sans diagnostic anatomopathologique**
- **107 adressées avec diagnostic de cancer du sein obtenu à l'extérieur**
 - **8/107: cytologie seule**
 - **7/107: pas d'immuno-histochimie**
 - **92/107: diagnostic histologique complet**



Evaluation du parcours patient

- **92/107: diagnostic histologique complet obtenu à l'extérieur**
- **50/92: pas de nouveaux prélèvements**
- **42/92: nouveaux prélèvements à l'ICL (parfois plusieurs par patiente)**
 - **19/42: cytoponction mammaire (4 lésions malignes, 15 sans anomalie suspecte)**
 - **19/42: cytoponction axillaire (12 métastatiques, 7 normales)**
 - **2 cytoponctions sus-claviculaires : métastatiques**
 - **12 microbiopsies mammaires: 5 lésions malignes, 7 bénignes**
 - **3 macrobiopsies mammaires: 2 lésions malignes, 1 bénigne**



Evaluation du parcours patient

- **107 adressées avec diagnostic de cancer du sein obtenu à l'extérieur**
 - **Clichés de profils absents réalisés à l'ICL: 54/107**
 - Exhaustivité dans la détection
 - Essentiels pour prouver la concordance topographique clinique/mammo/échographique
 - Déterminent les modalités de repérage
 - **8/107 sans échographie réalisée**
 - **54/107:échographie réalisée mais ne mentionnant pas dans le CR la réalisation d'une exploration ganglionnaire**
 - Bilan ganglionnaire réalisé à l'ICL
 - 15/54 cytoponctions axillaires
 - 8 métastatiques, 7 normales
 - 1/54 microbiopsie axillaire : normale



Evaluation du parcours patient

- **107 adressées avec diagnostic de cancer du sein obtenu à l'extérieur**
 - **44/107: échographie réalisées et mentionnant dans le CR la réalisation d'une exploration ganglionnaire**
 - **Réalisation à l'ICL de nouveaux prélèvements: 9/44 se sont avérés malins**
 - 4 cas: ganglions axillaires signalés dans le CR, non ponctionnés
 - 2 cas: ganglions sus-claviculaires non signalés
 - 1 cas: lésion supplémentaire du sein + ganglion axillaire non signalés
 - 1 cas: ganglion axillaire non signalé
 - 1 cas: ganglion axillaire signalé, non ponctionné + autre lésion du sein et ganglion sus-claviculaire non signalés



Discussion

- **Certaines patientes ne « bénéficient » pas du premier contact en radiologie**
 - 50/107: pas de nouveau prélèvement
- **Mais**
 - **Validation du caractère complet du bilan d'imagerie**
 - Profils pour localiser la lésion
 - Echographie complète dont ganglionnaire
 - Intégration de l'IRM éventuellement utile et de ses suites avant la consultation chirurgicale
 - **Contact avec l'infirmière coordonatrice**
 - **RCP pré-thérapeutique à délai court**
 - Options envisagées avant consultation chirurgicale
 - Screening pour la recherche clinique
 - **Au final: bénéfice pour la patiente et le chirurgien**



Discussion

- **Tous les actes supplémentaires réalisés ne modifieront pas la stratégie thérapeutique**
 - Ex: cytoponction d'une adénopathie axillaire si curage ganglionnaire
- **Mais ils seront pris en compte dans la décision dans les cas « limites »**
 - Ex: 3^e lésion prélevée dans un même sein en cas de réflexion sur une double mastectomie conservatrice
- **Et leur utilité réelle ne sera connue qu'au terme de la synthèse en RCP**
 - Ex: chimiothérapie néoadjuvante et non pas chirurgie non conservatrice comme envisagée?
 - Mettre un clip dans la lésion
 - Prouver l'envahissement d'un ganglion axillaire suspect de 2 cm



Bilan du temps pré-thérapeutique

- **Vérifier l'exhaustivité du bilan local**
 - Topographie de la lésion
 - Mensurations précises
 - Multifocalité/controlatéralité
- **Vérifier le statut ganglionnaire**
 - Eviter le recours inutile à la technique du ganglion sentinelle en cas de ganglion métastatique
 - Recommandation HAS, ONCOLOR, SFR
- **Juger la nécessité de mise en œuvre de techniques supplémentaires et les organiser**
 - IRM et investigations post-IRM
 - Macrobiopsies de microcalcifications



Bilan du temps pré-thérapeutique

- Fournir une information construite, graduée et progressive, sans contradiction ni atermoiements
- Accompagner la patiente dans son parcours de soins (infirmières coordonatrices)
- Initier le PPS à l'issue de la RCP pré-thérapeutique
- PPS proposé à la patiente par le chirurgien en colloque singulier