

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.

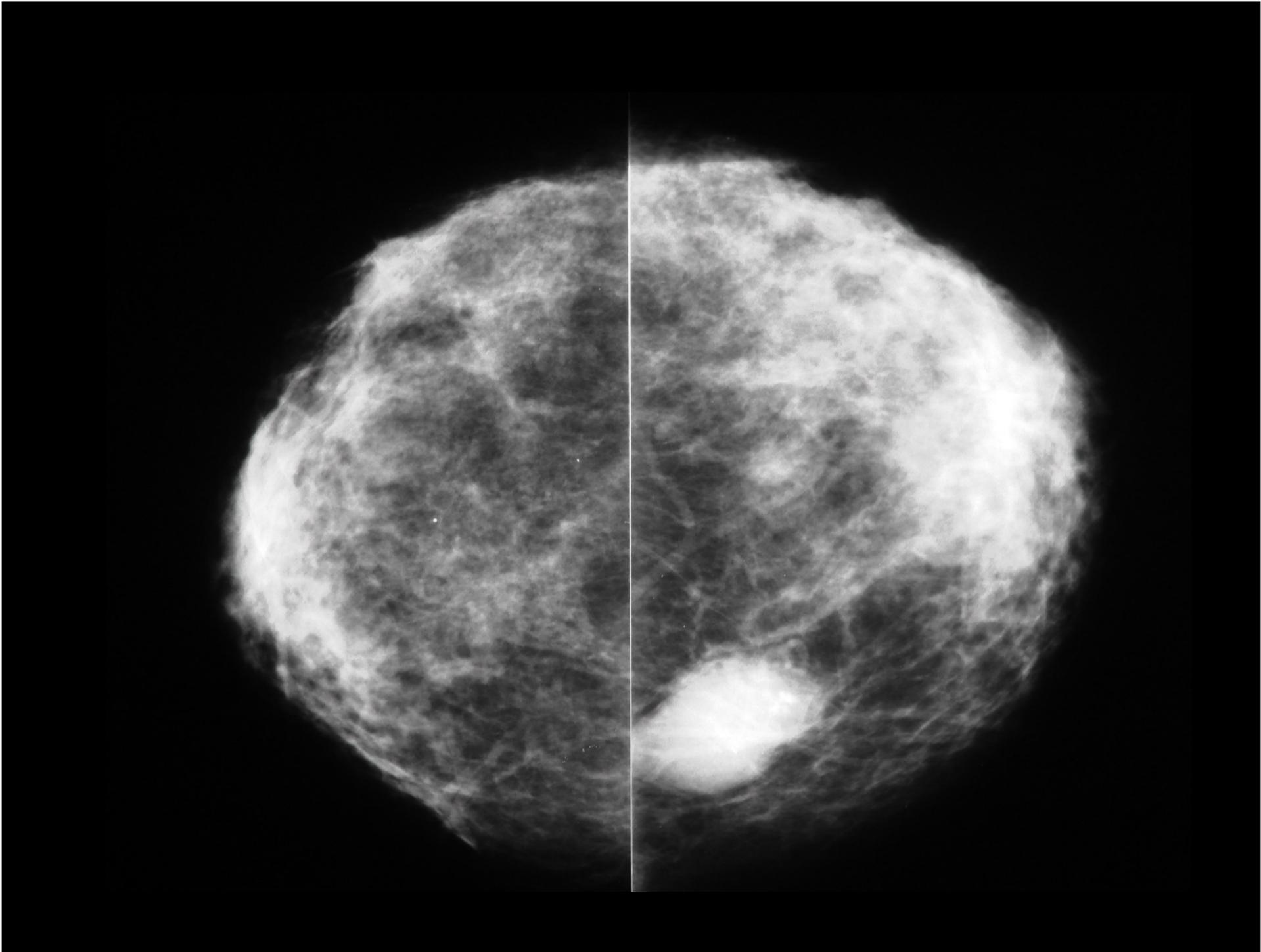
Merci de me donner votre avis ».

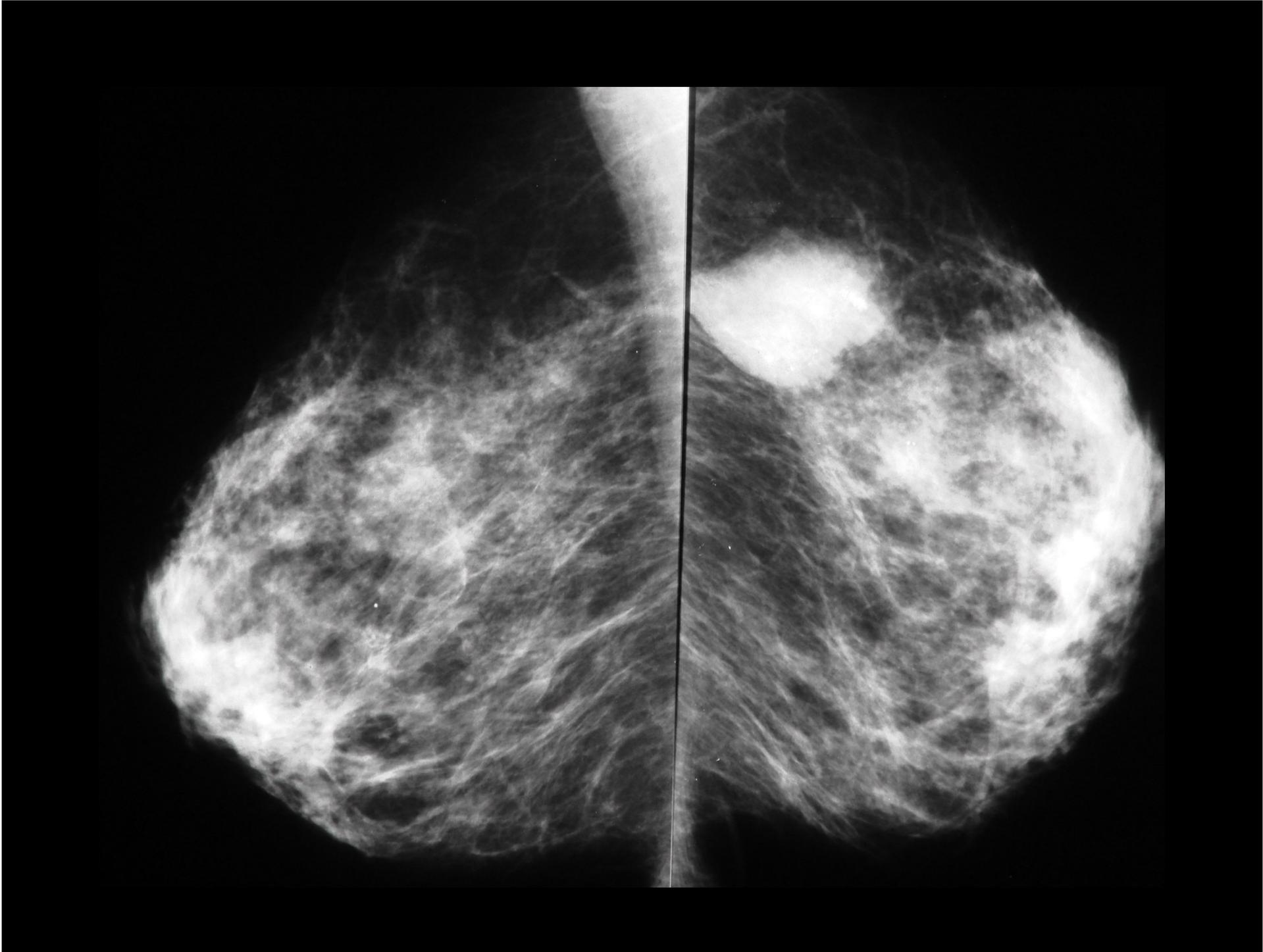
Mme BAD... N...,

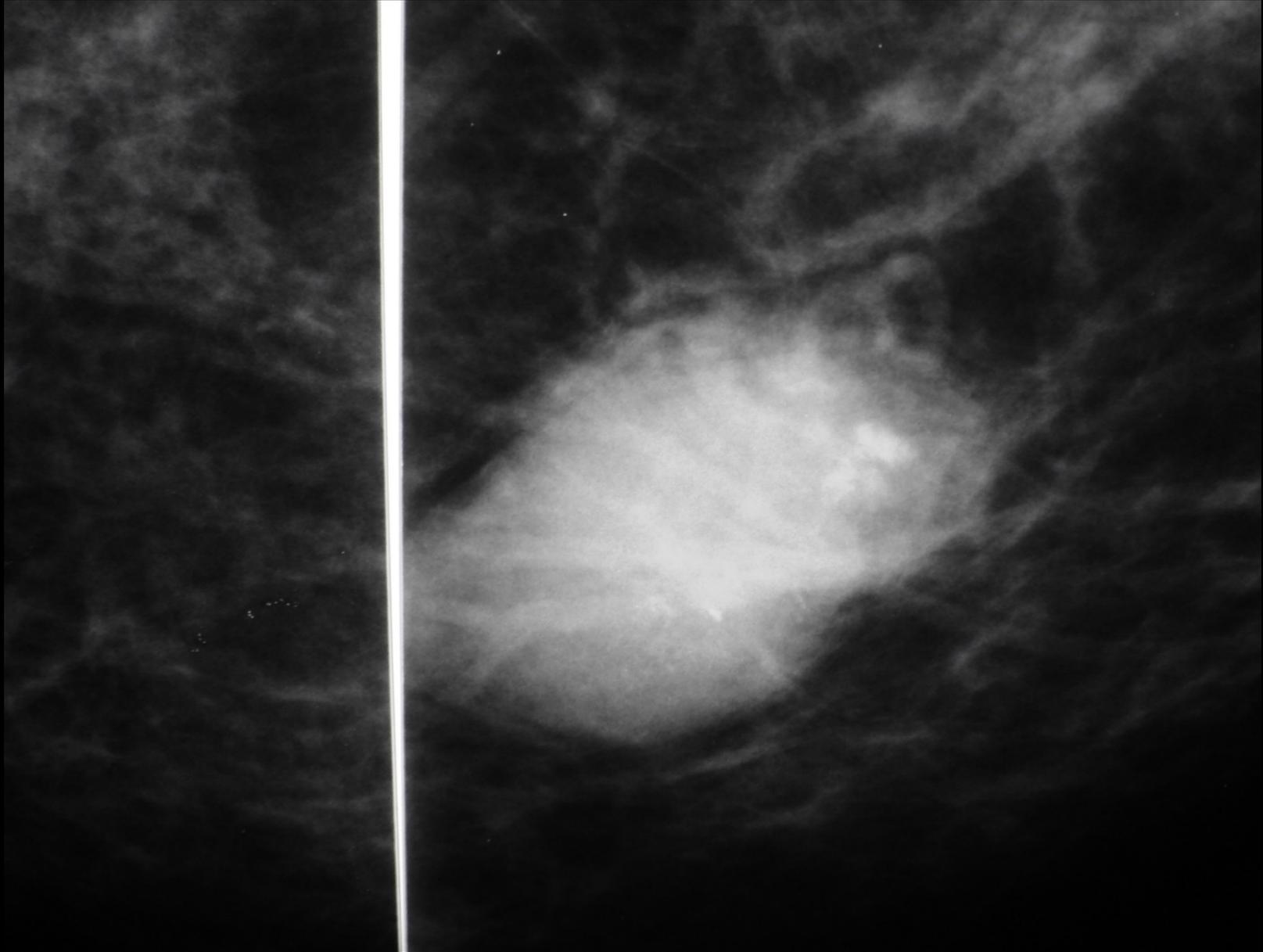
- Cette patiente a donc 42 ans et 9 mois, elle a divorcé après 2 ans de mariage, elle est nulligeste
- Pas d'antécédent gynécologique en-dehors d'un utérus porteur de petits fibromes avec règles d'abondance et de durée normales, sans contraception médicale.
- Elle travaille dans l'hôtellerie et vit seule.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

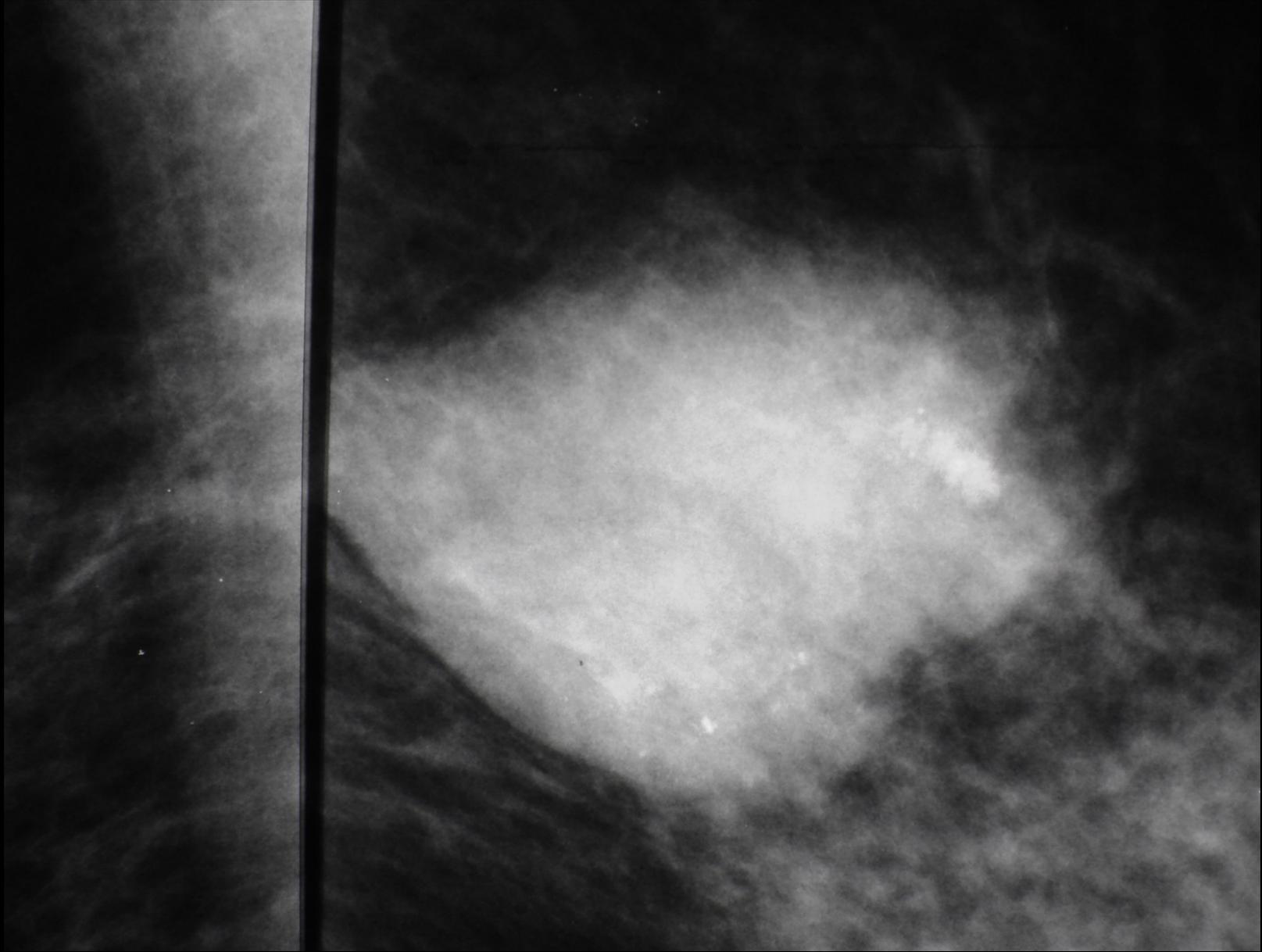
Mme BAD... N...,

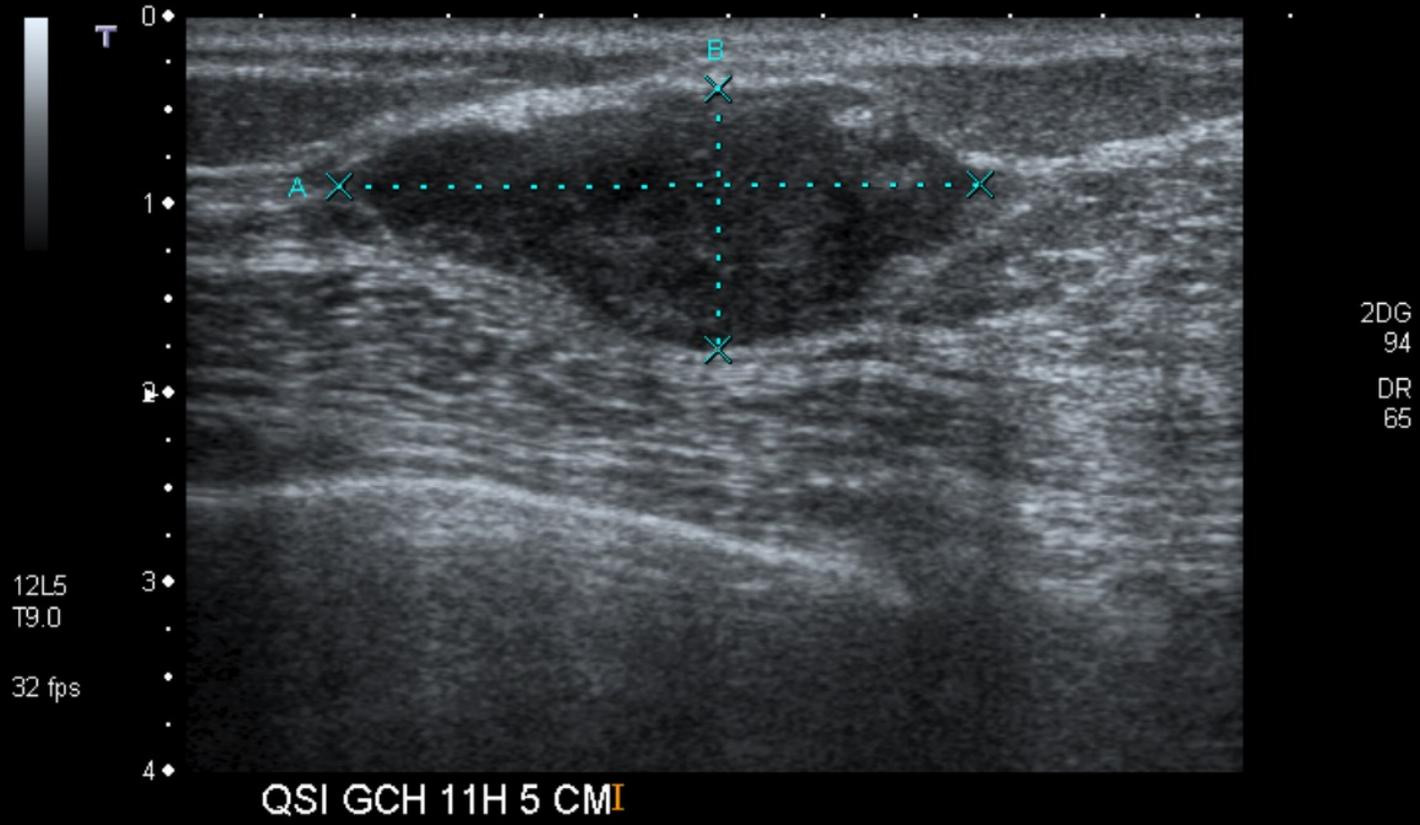
- Cliniquement, la masse du QSI du sein G mesure
- 30 mm x 15 mm. Elle est bien mobile, bien limitée, ferme et discrètement polylobée.
- La peau en regard est saine, sans rétraction, sans inflammation, il n'y a pas d'adénopathie.









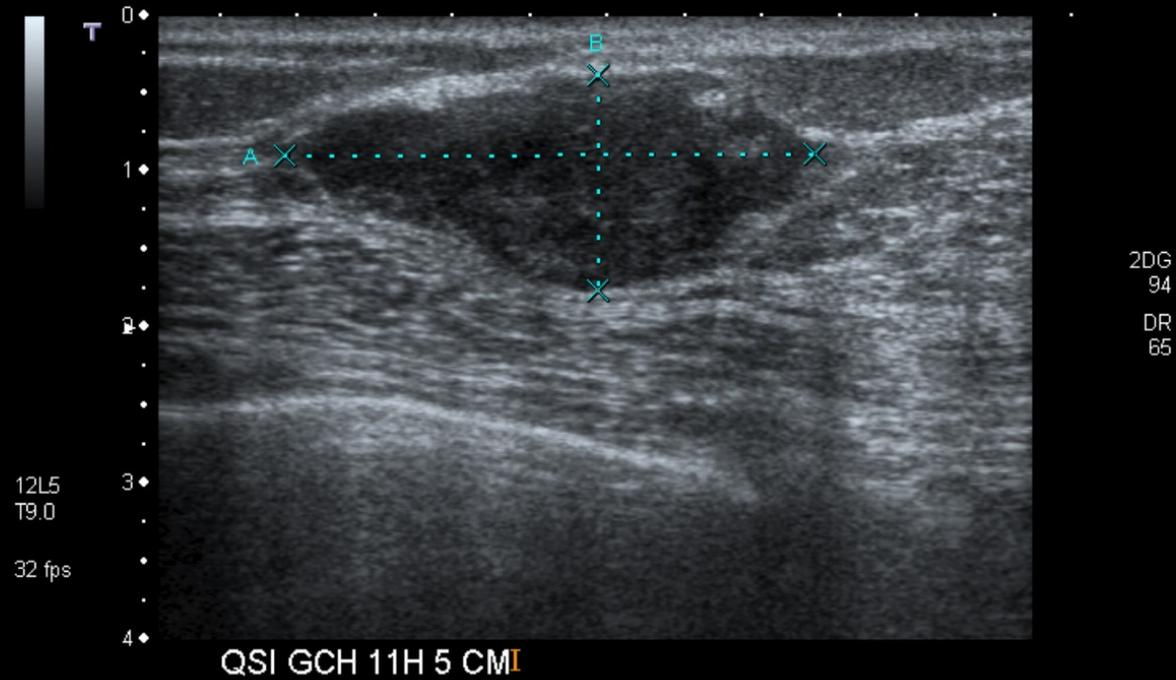


Dist A	34.2 mm	Dist B	13.8 mm		
--------	---------	--------	---------	--	--

BADJO NDEYE
42A 9M,F,3012046948
SI:1
N° dem. : 12074085050
Desc. examen : Breast
<1-1 (TOU7)>

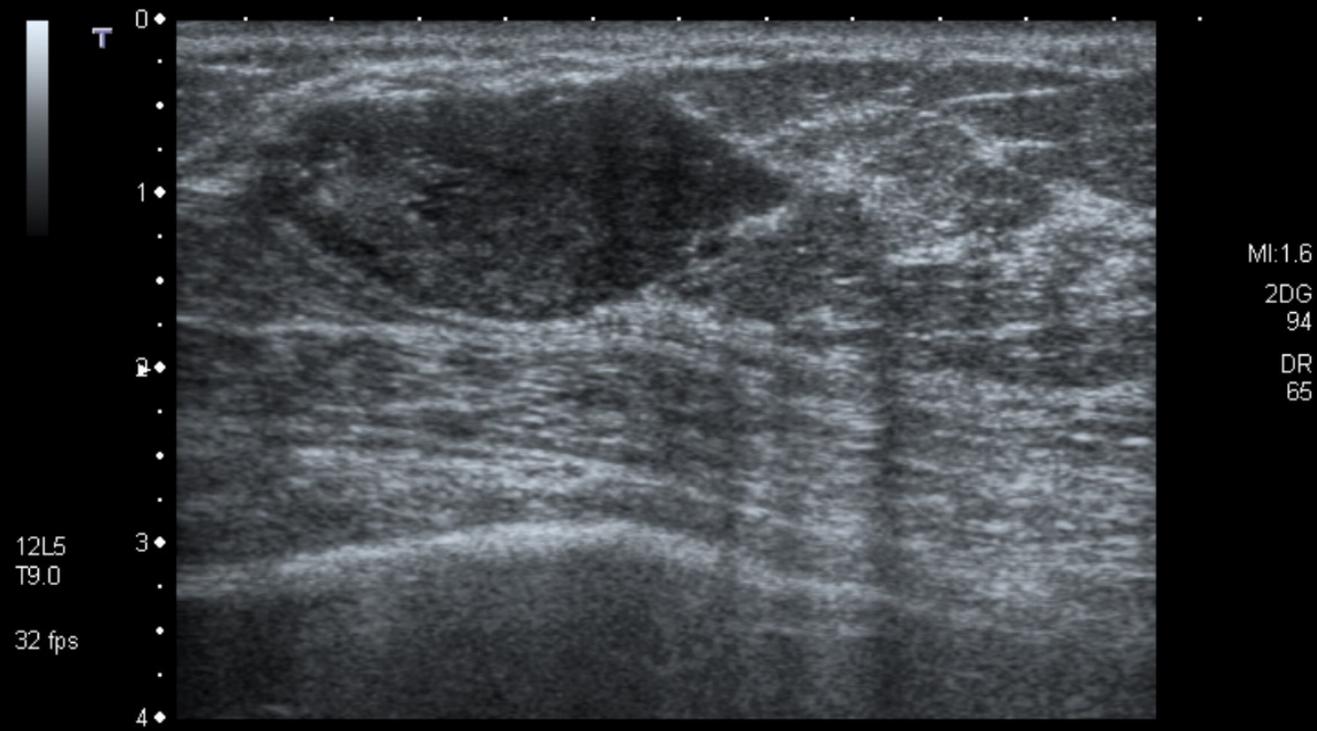
TOSHIBA 3012046948:BADJO NDEYE 42 F 13.11.2012
Hopital Saint Louis - - Seins 16.43.36

Hopital Saint Louis
13/11/2012, 16:43:36
161% Pixel



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

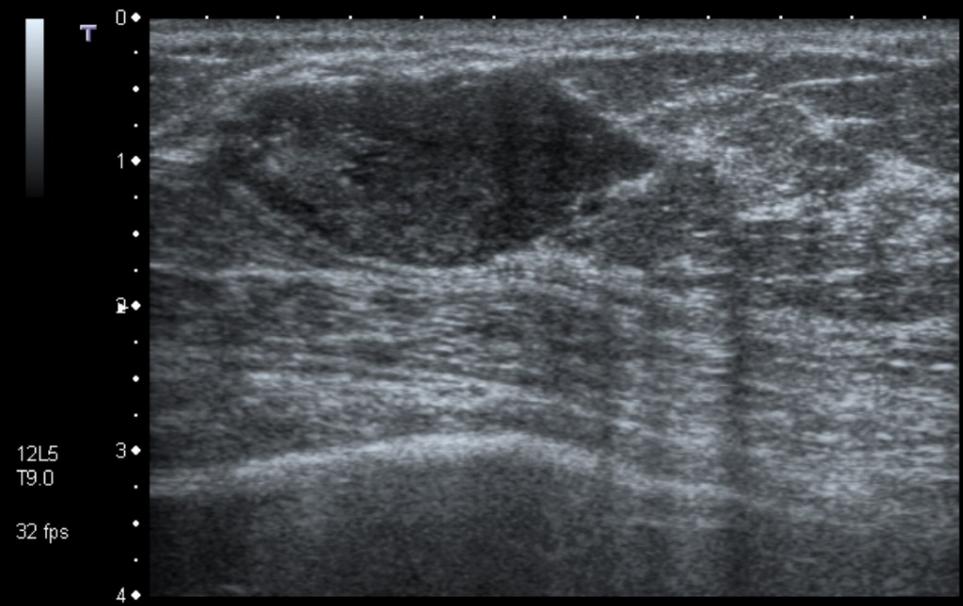
TOSHIBA 3012046948: [REDACTED] 42 F 13.11.2012
Hopital Saint Louis - - Seins 16.44.09



BADJO NDEYE
42A 9M,F,3012046948
SI2
N° dem. : 12074085050
Desc. examen : Breast
<1-2 (TOUT)>

TOSHIBA 3012046948:BADJO NDEYE 42 F 13.11.2012
Hopital Saint Louis - - Seins 16.44.09

Hopital Saint Louis
13/11/2012 , 16:44:09
161% Pixel



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 %

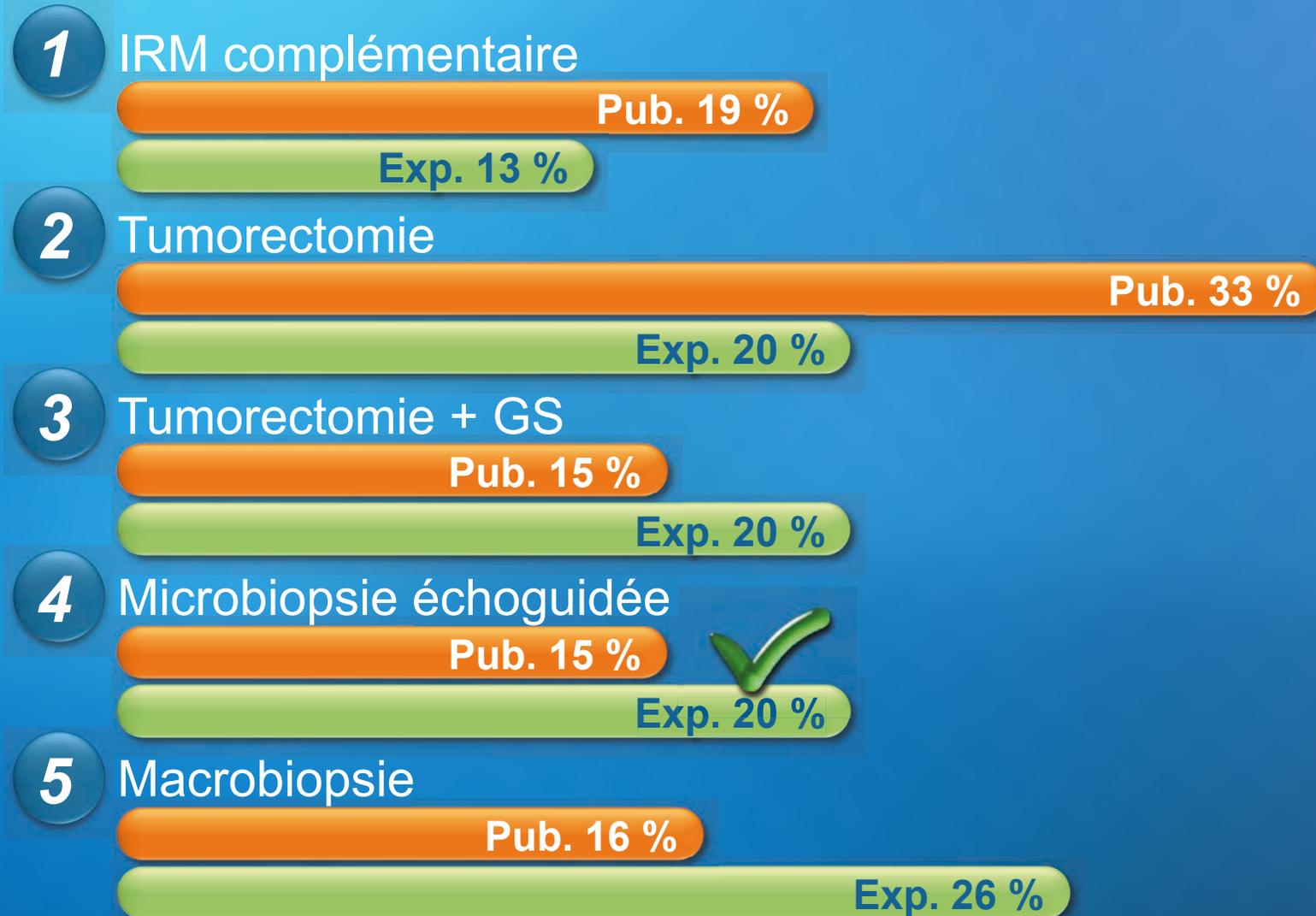
Exp. 53 %

6 Cancer

Pub. 64 %

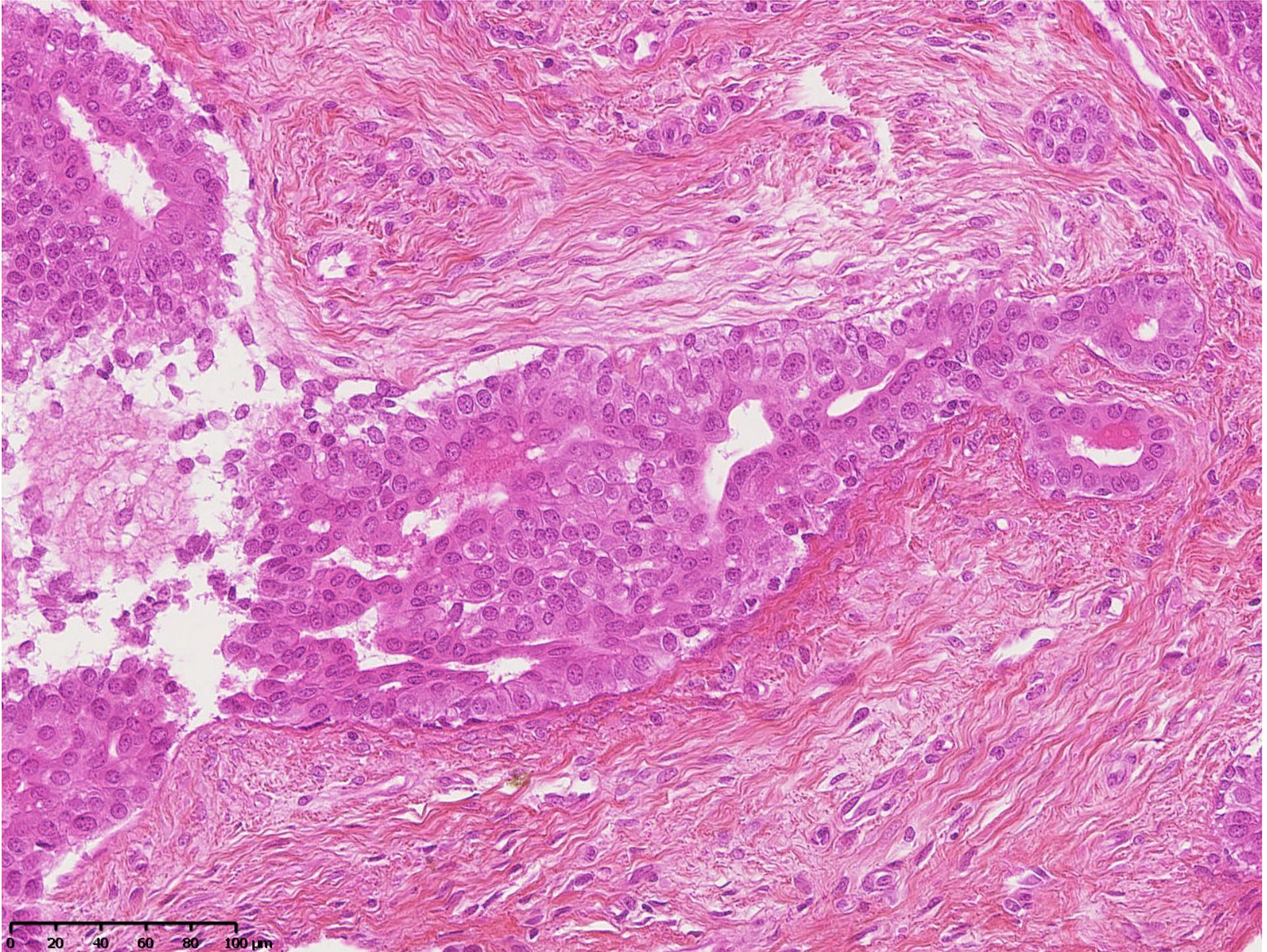
Exp. 73 %

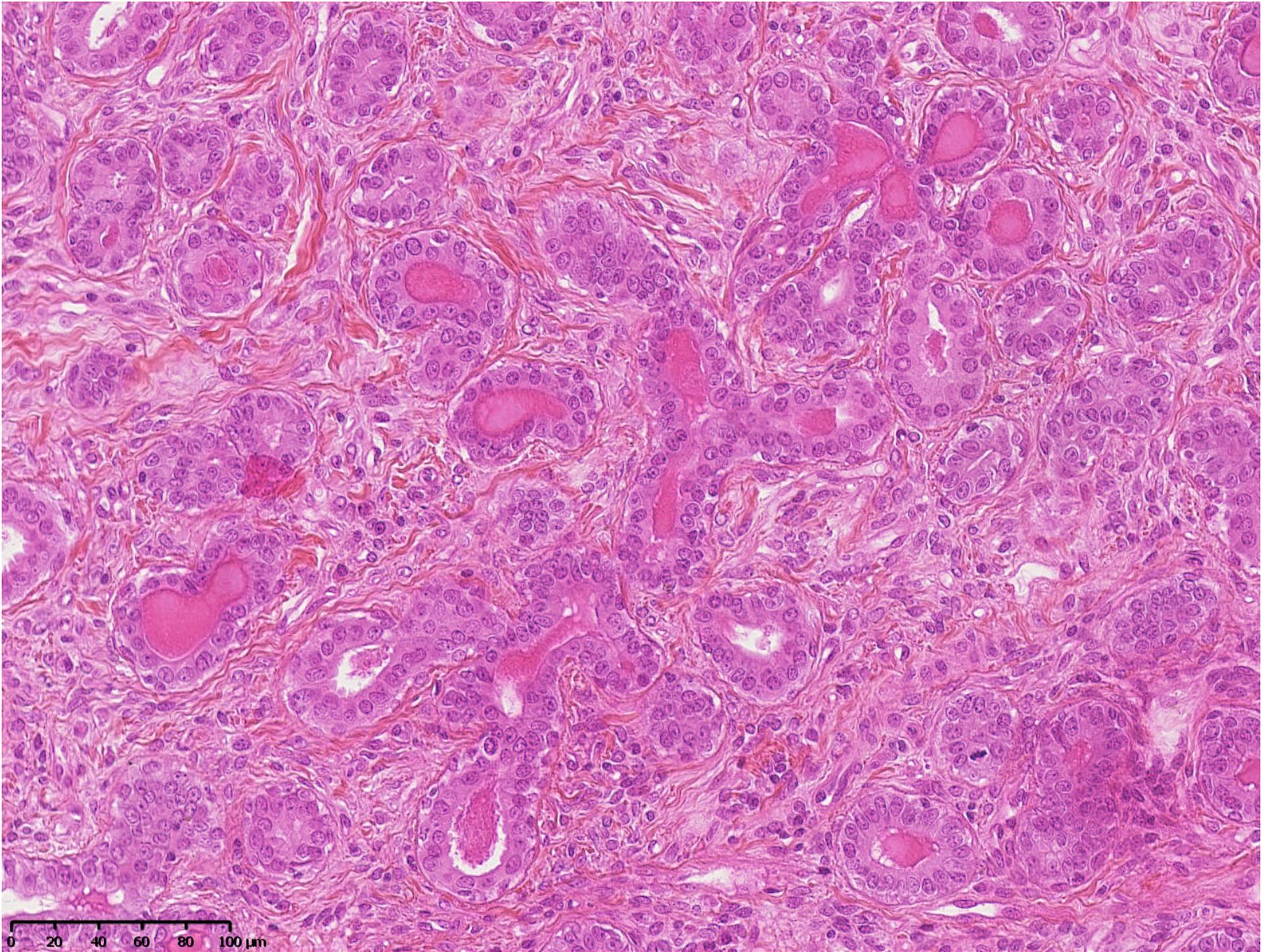
Vous proposez alors : (choix simple)



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





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 %

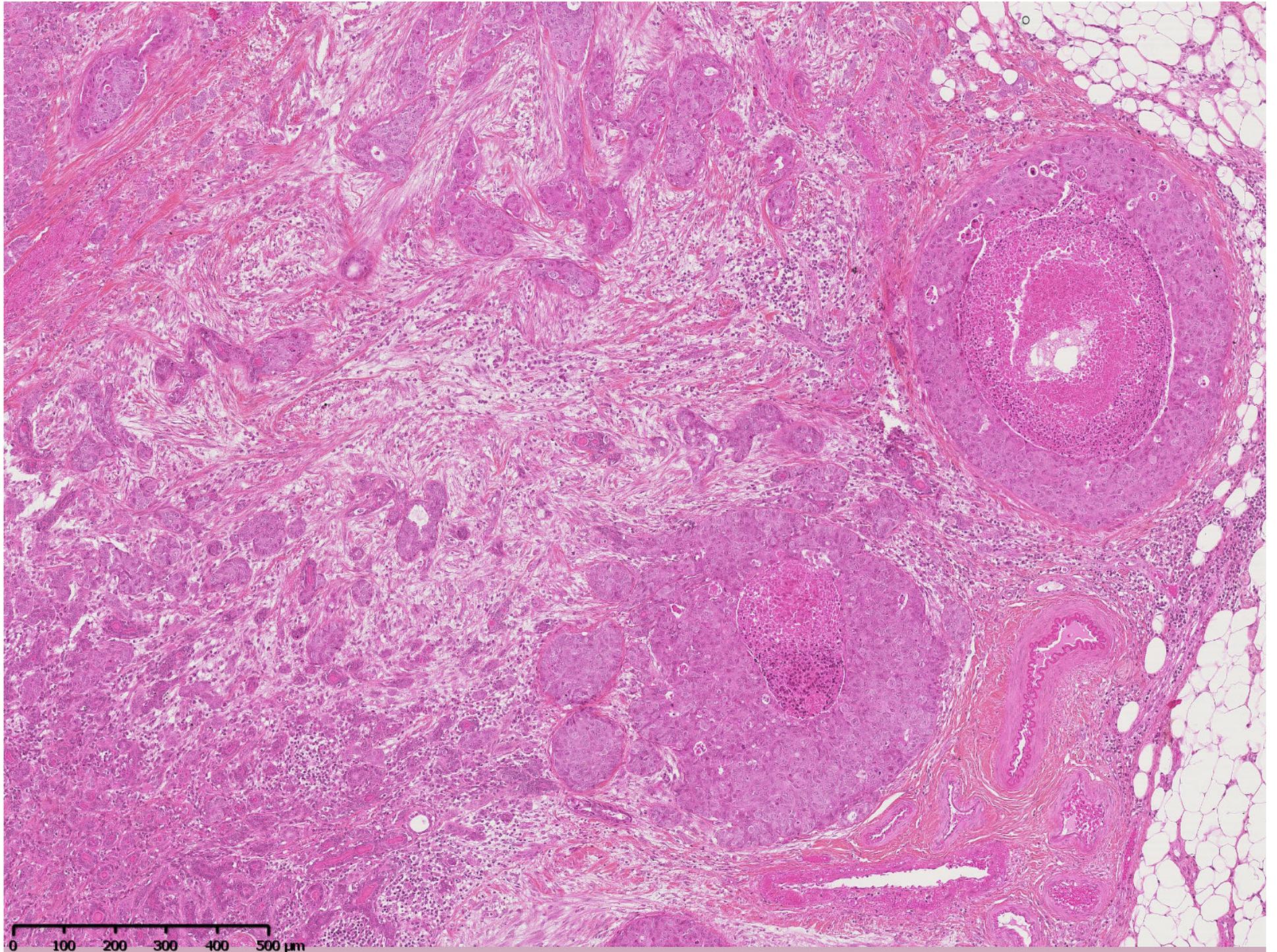
4 IRM mammaire

Pub. 27 %

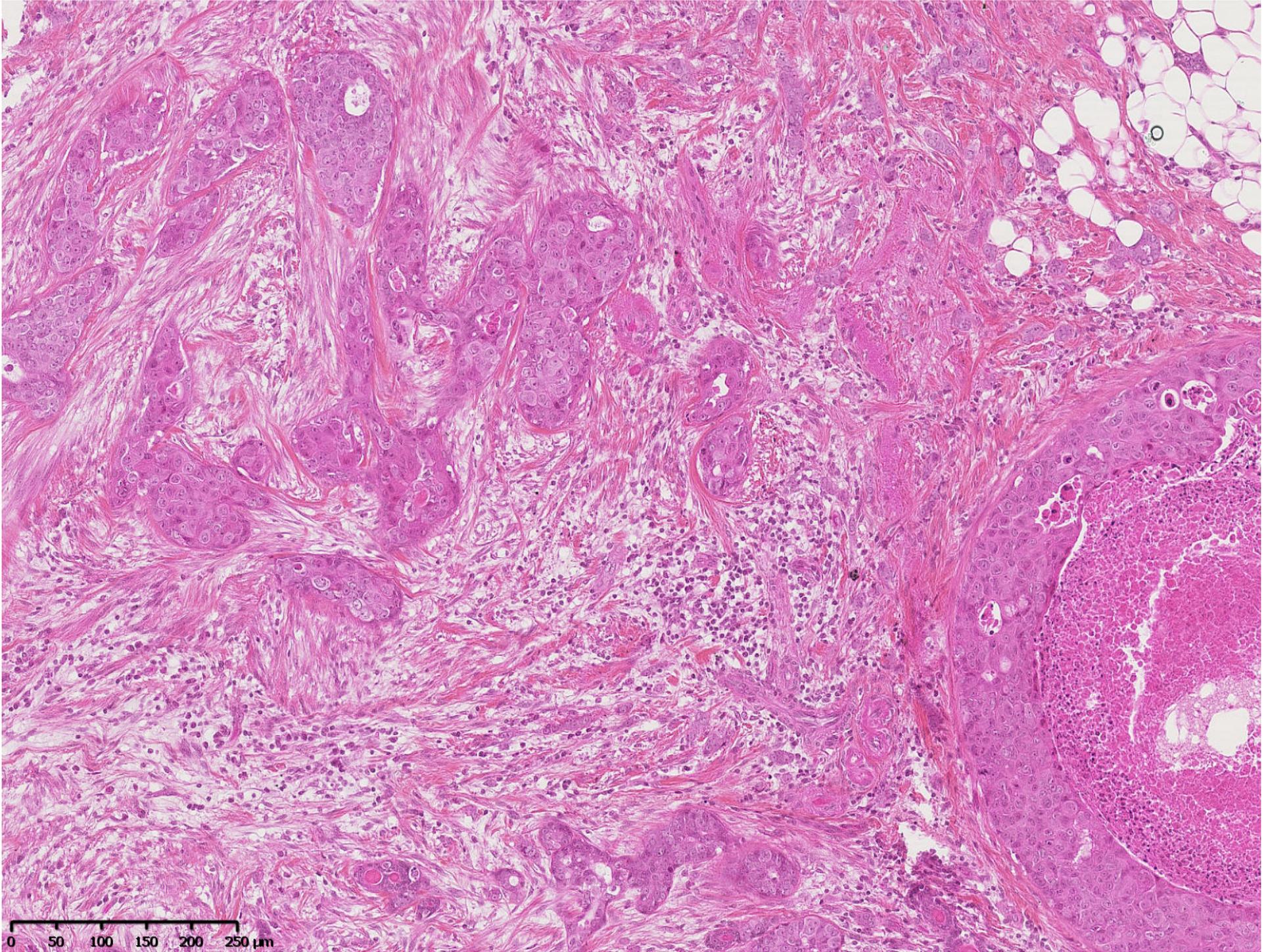
Exp. 6 %

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-canalaire 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



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)



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 %

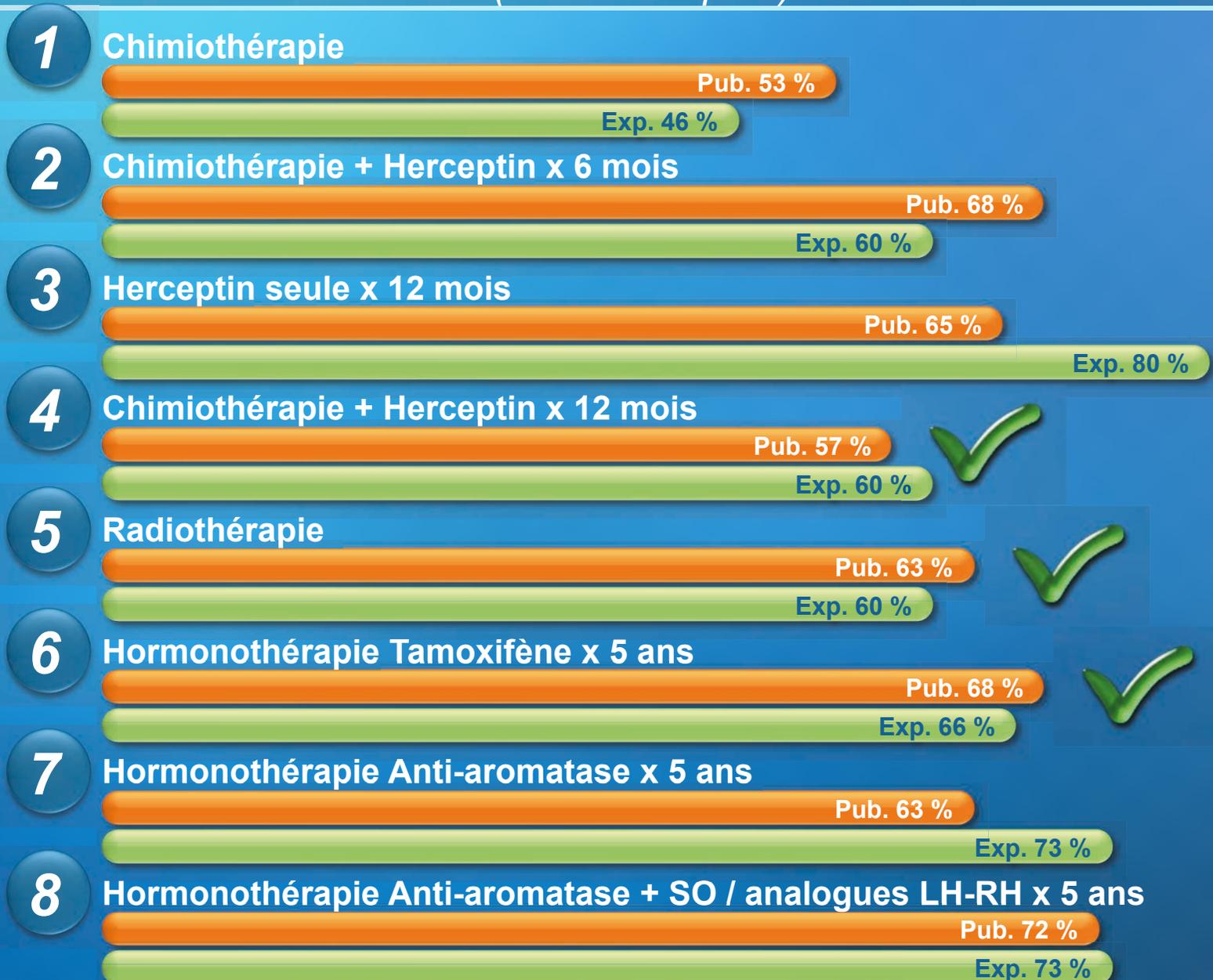


Mme BAD... N...,

- 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