



**Institut
de Cancérologie
de Lorraine**

Alexis Vautrin

Ensemble, construisons l'avenir

17 mai 2025

Multifocalité – Multicentricité – Oncoplastie mammaire

Dr Maxime RICHARD

Chirurgie sénologique et gynécologique à l'ICL



Introduction

- Cancer du sein : 1er cancer féminin en incidence (**61 214 nouveaux cas par an en France**)
- Survie globale à 5 ans : 88%
- Aujourd'hui : double objectif : **guérir et préserver**
- Emergence de l'oncoplastie : combiner efficacité oncologique et résultat esthétique

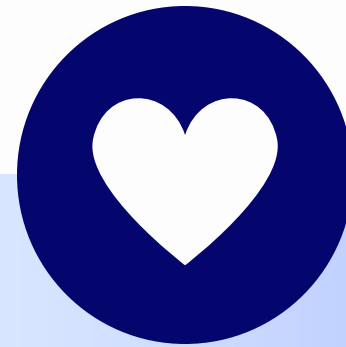


Quand ? Comment ?

“Un traitement conservateur peut être proposé à toutes les patientes dont la chirurgie est en berges saines et en monobloc, et avec un résultat esthétique attendu de bonne qualité, quels que soient l’âge, la taille, l’histologie et le nombre de lésions”



Obtenir des marges
d'exérèse saines



Maintenir une symétrie
mammaire



Eviter la mastectomie
totale :
réduction des
complications
psychologiques

Consultation

1

- **Analyse des examens d'imagerie**
- **Examen clinique**
- **En cas de multifocalité : évaluation des possibilités de conservation**

2

Dessins chirurgicaux en fonction des lésions connues

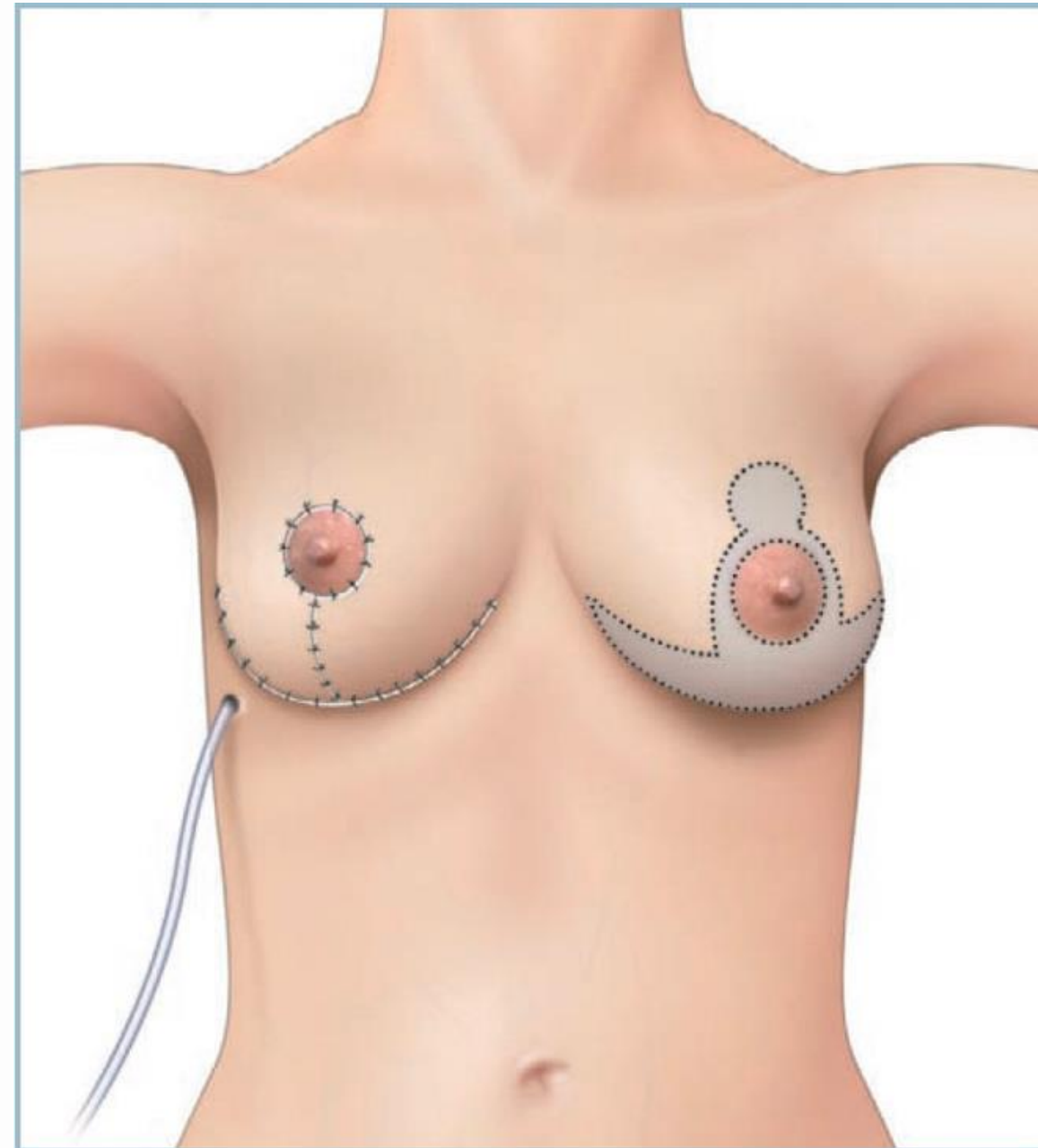
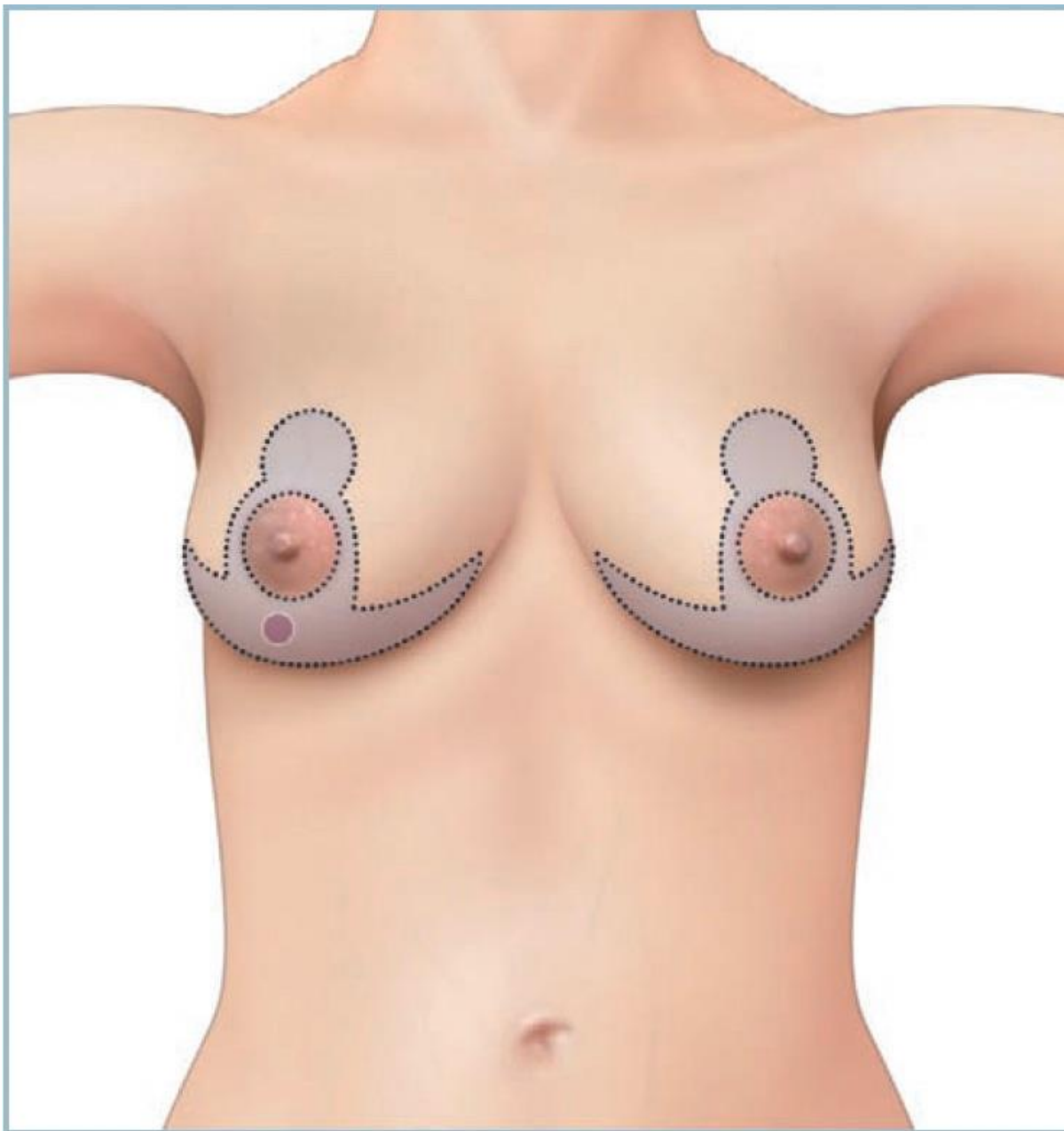
3

- **Programmation de la chirurgie**
- **Demande de repérage précise**

Repérage pré-opératoire



Exemple : le T inversé

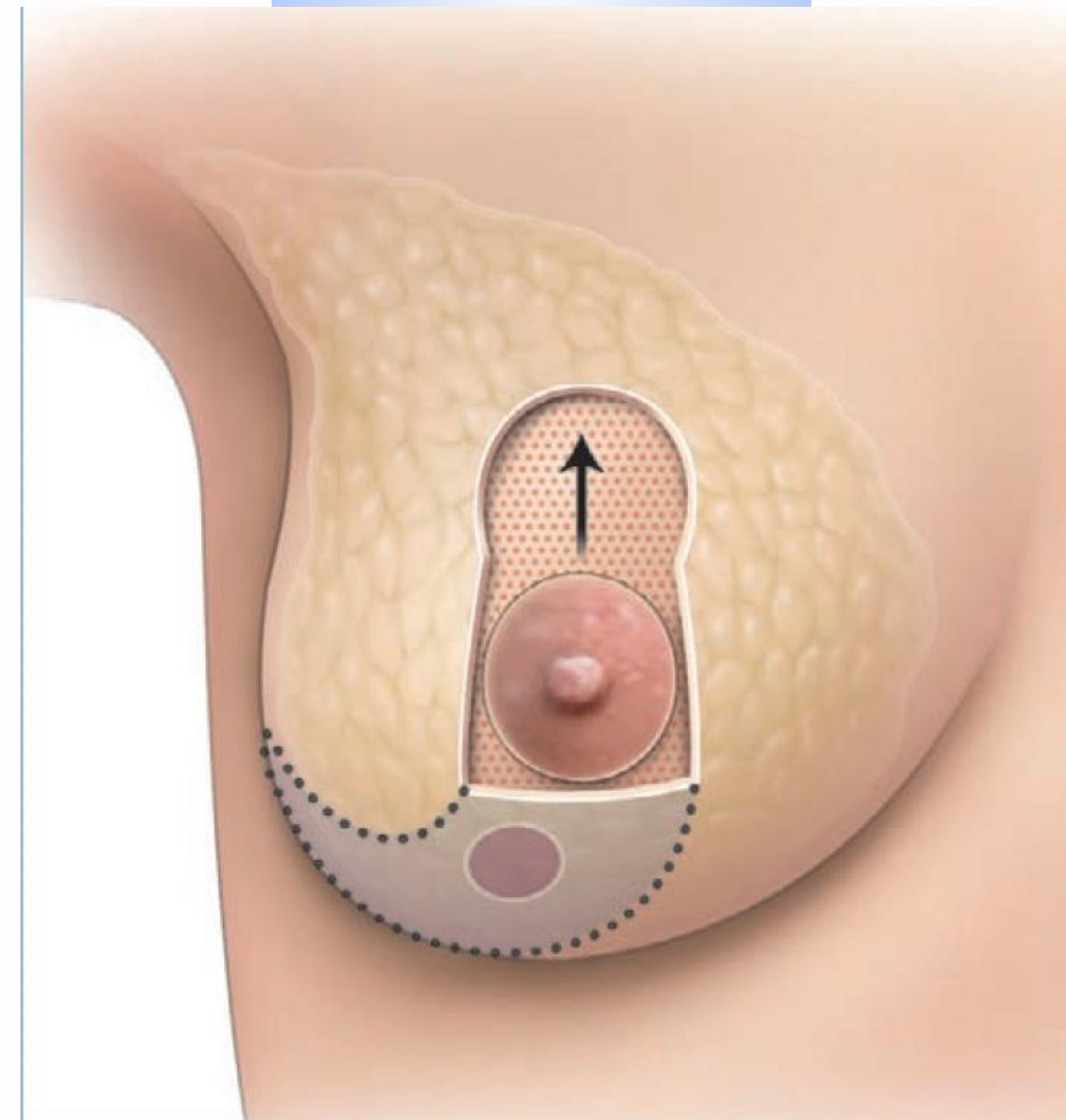
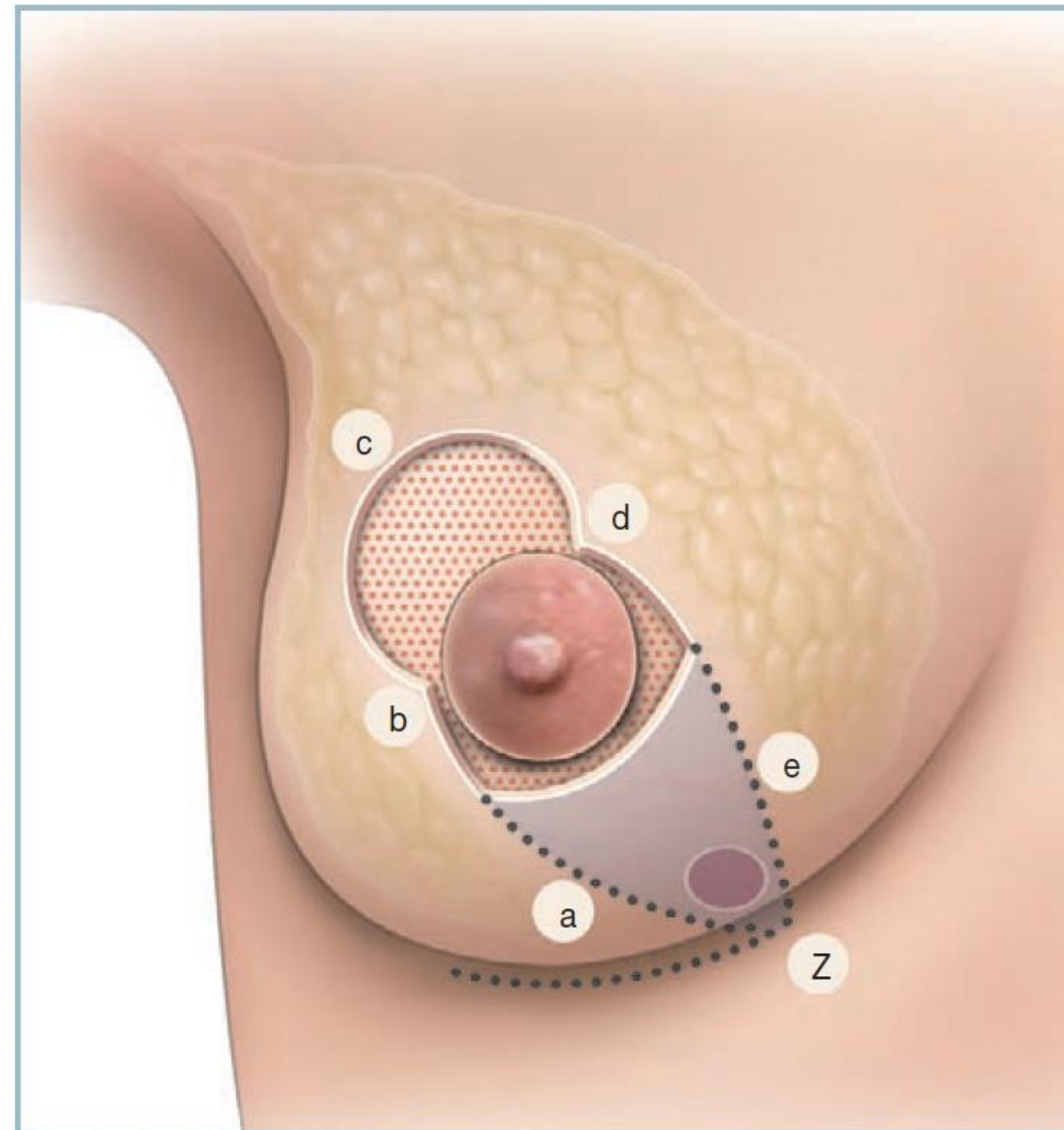
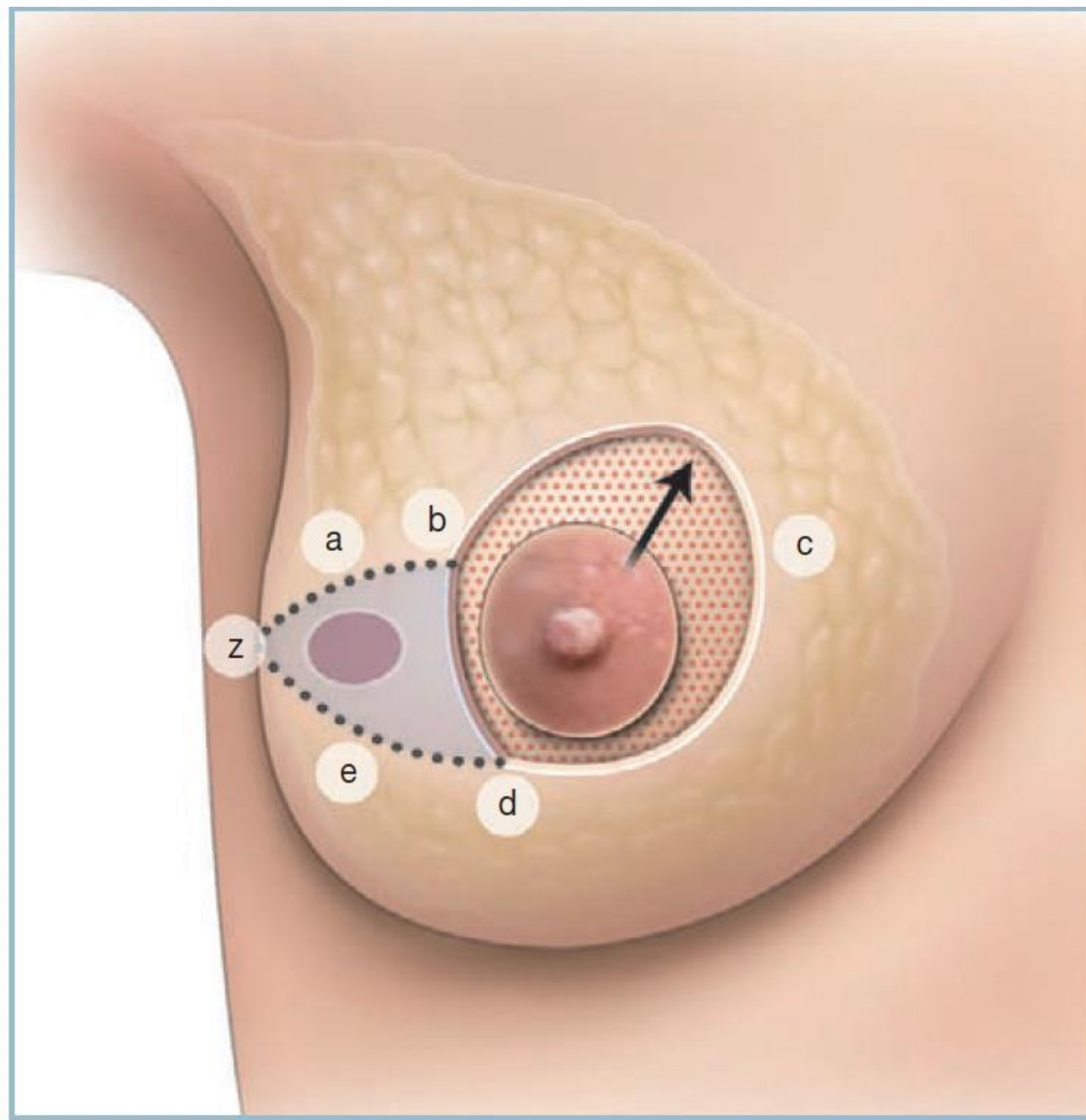


Corrige également la ptose mammaire
Plurifocalité/centricité sur les quadrants inférieurs
Mais également possible pour d'autres quadrants

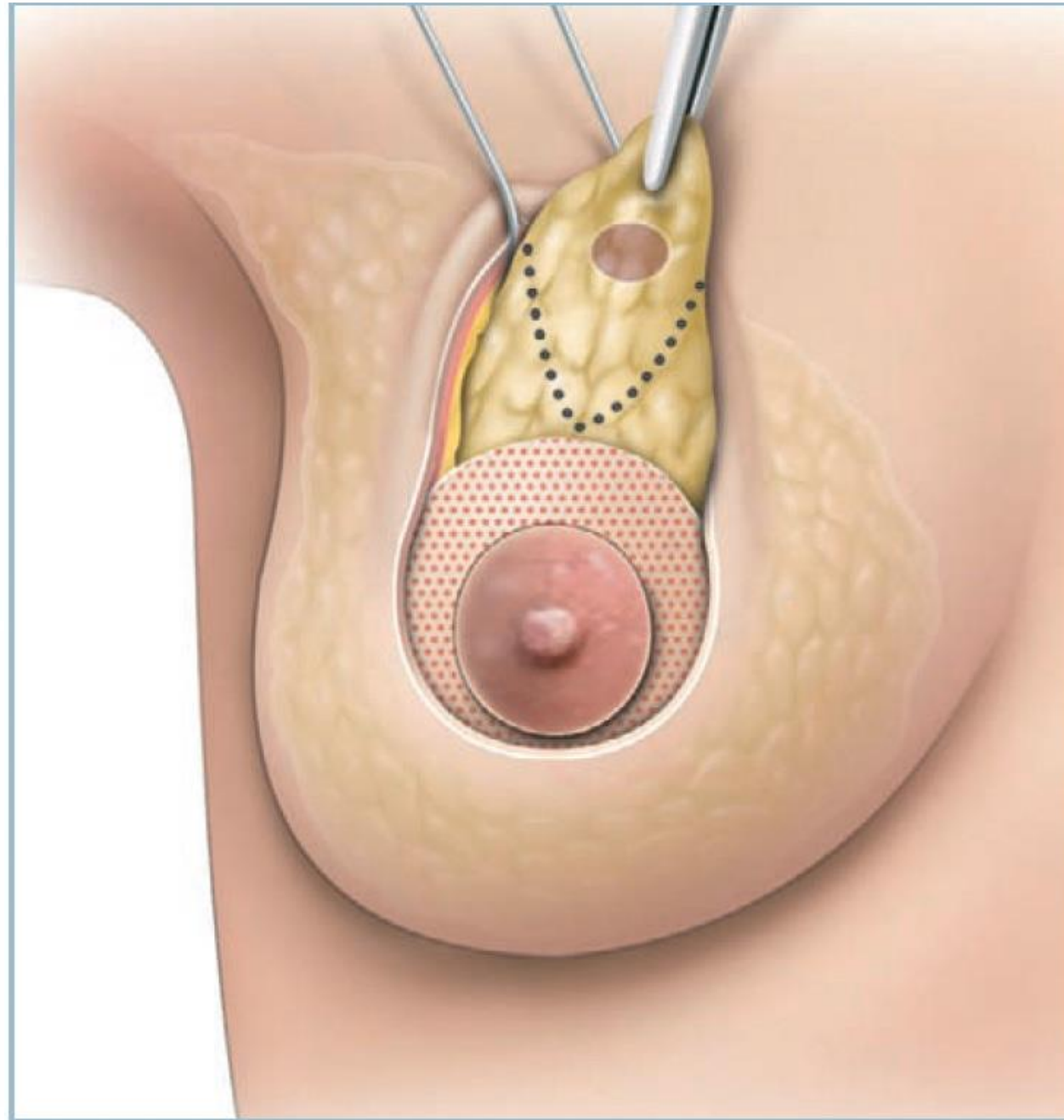
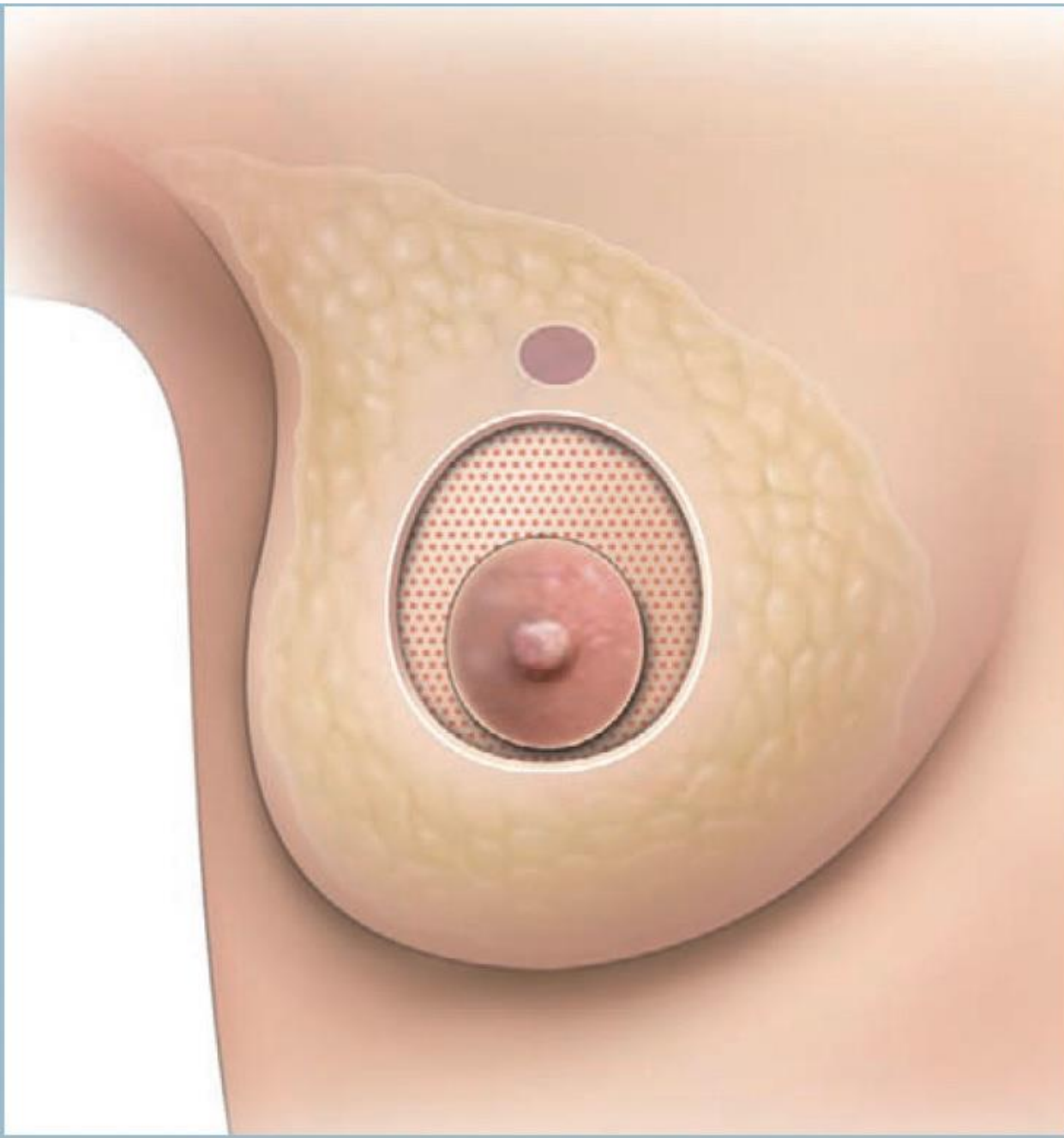
Exemple : le T inversé



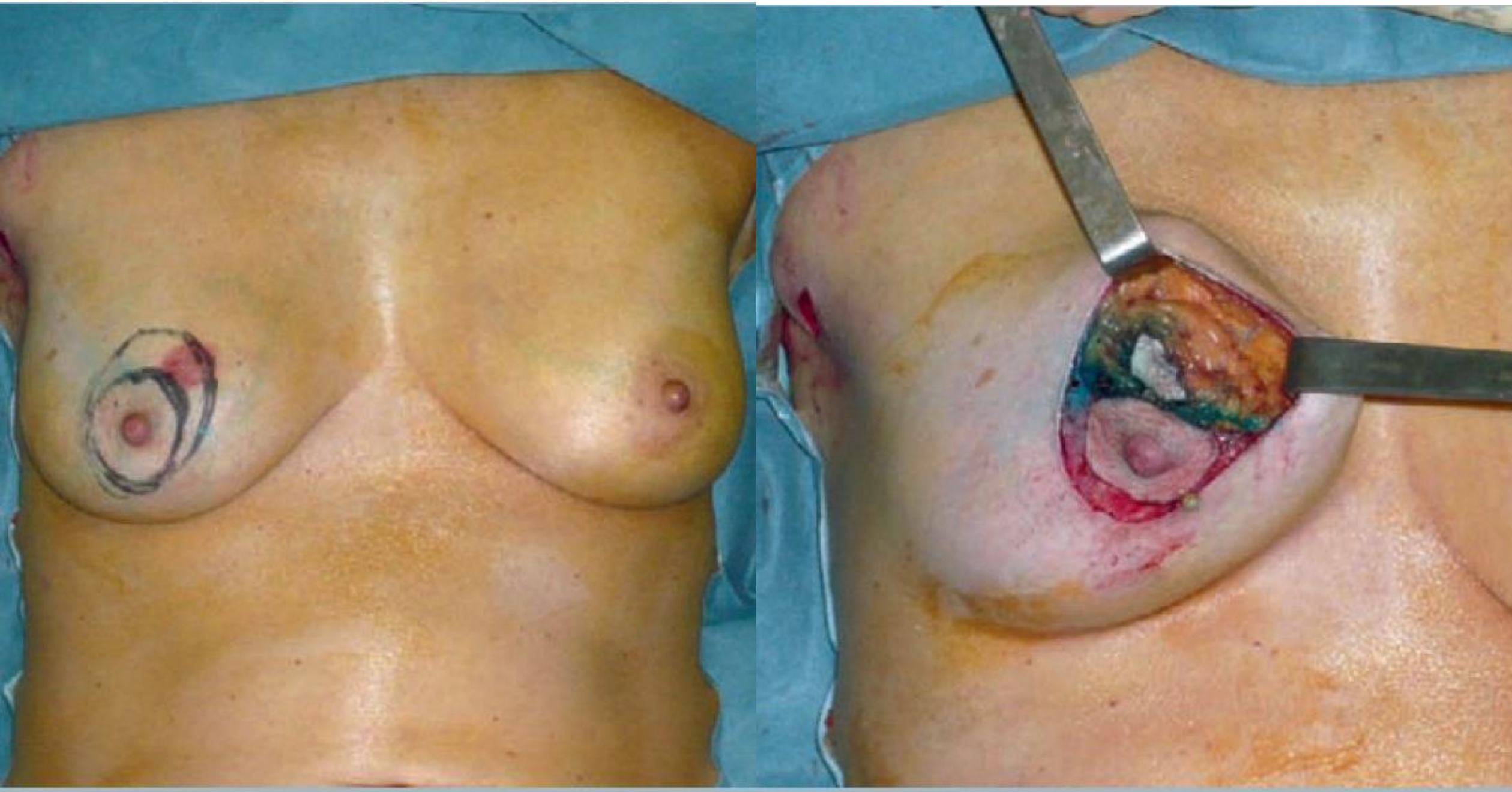
Exemple : l'oncoplastie externe J



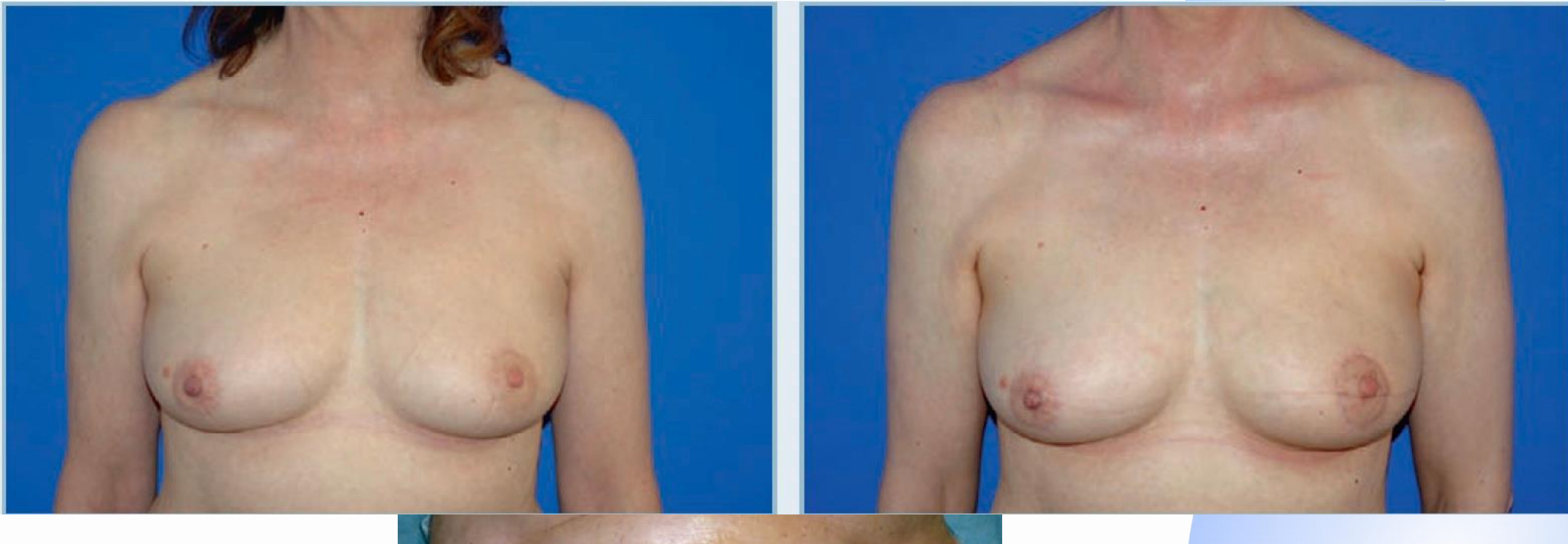
Exemple : le Roundblock

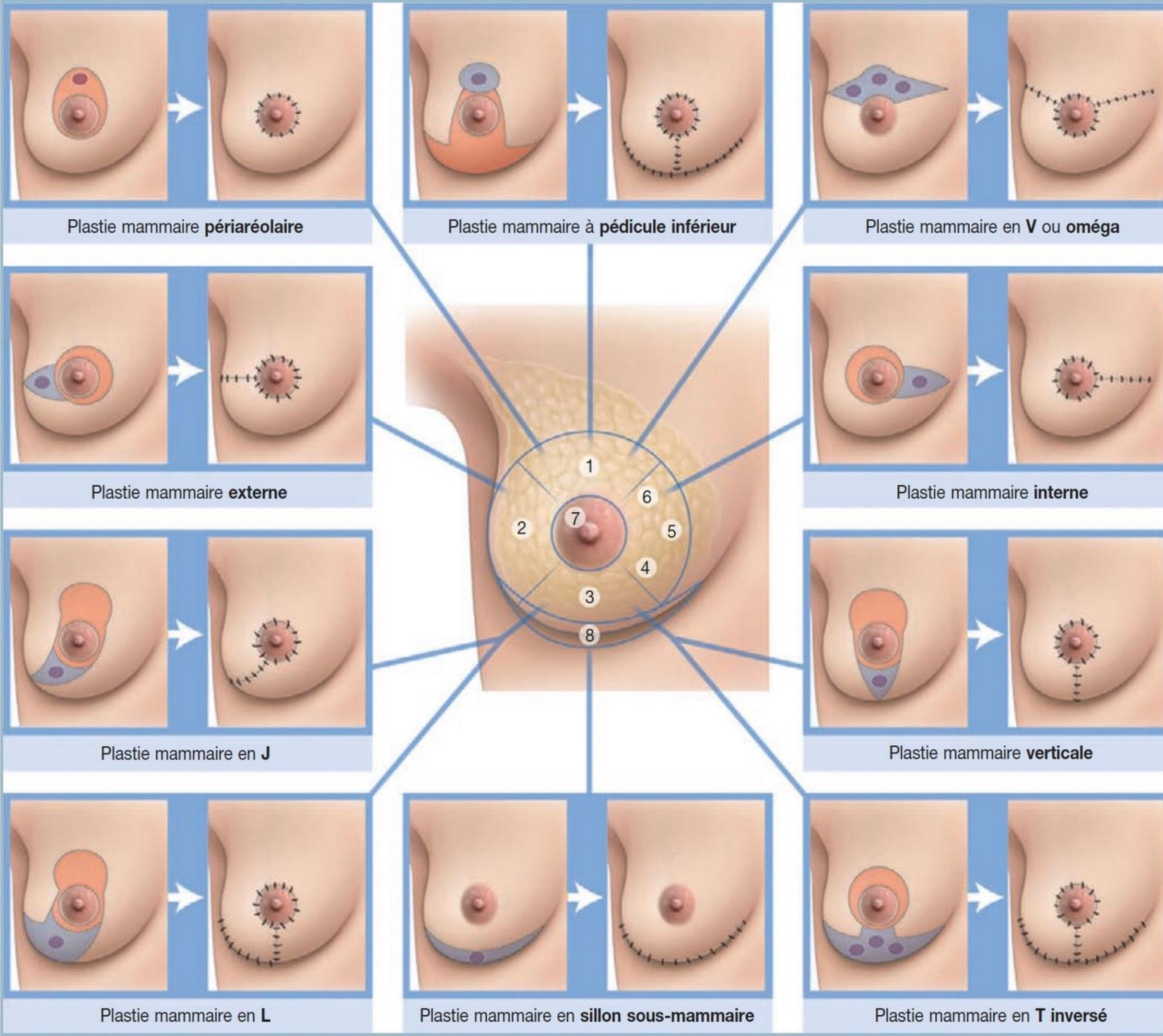


Exemple : le Roundblock



Exemple : le Roundblock

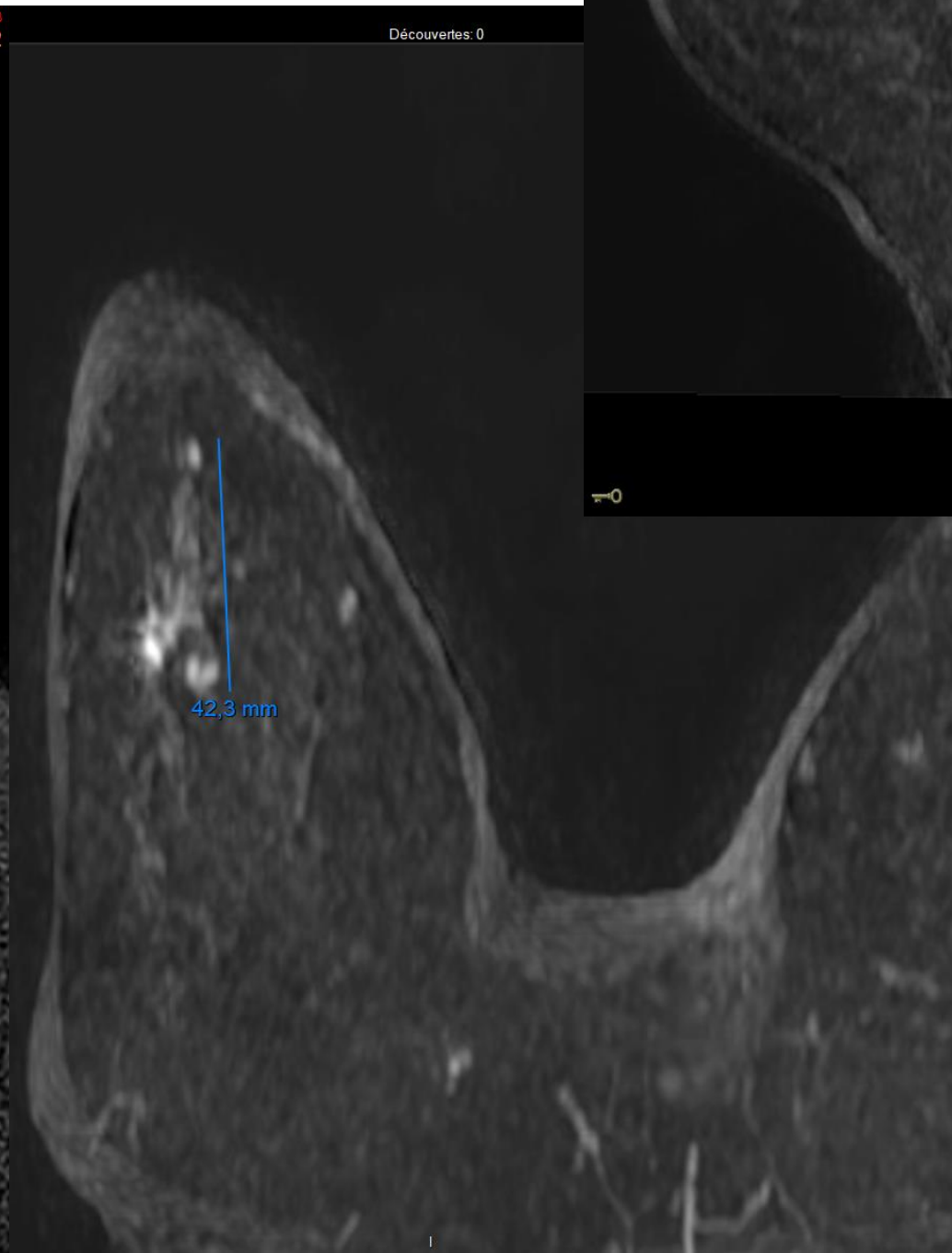
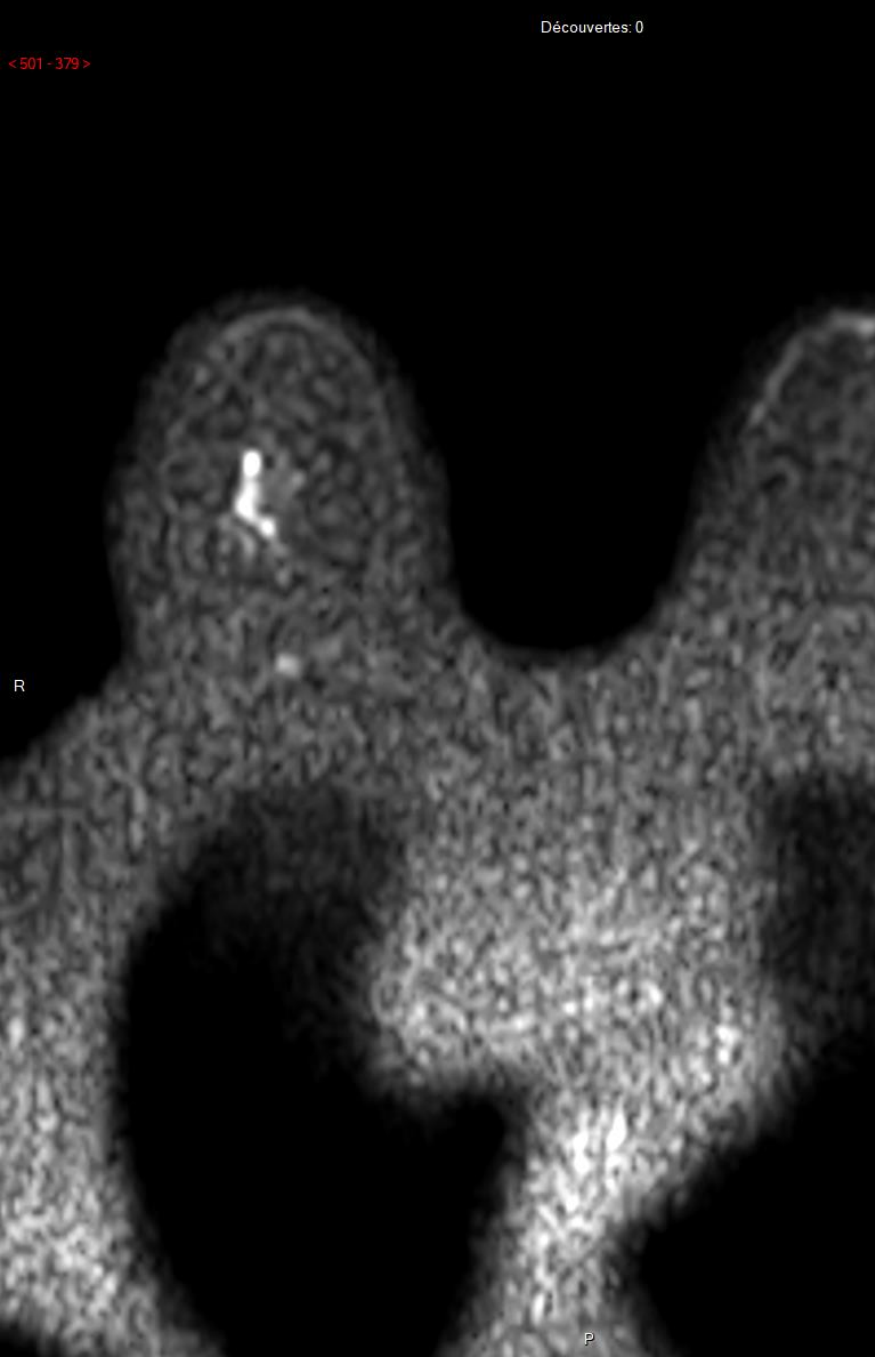
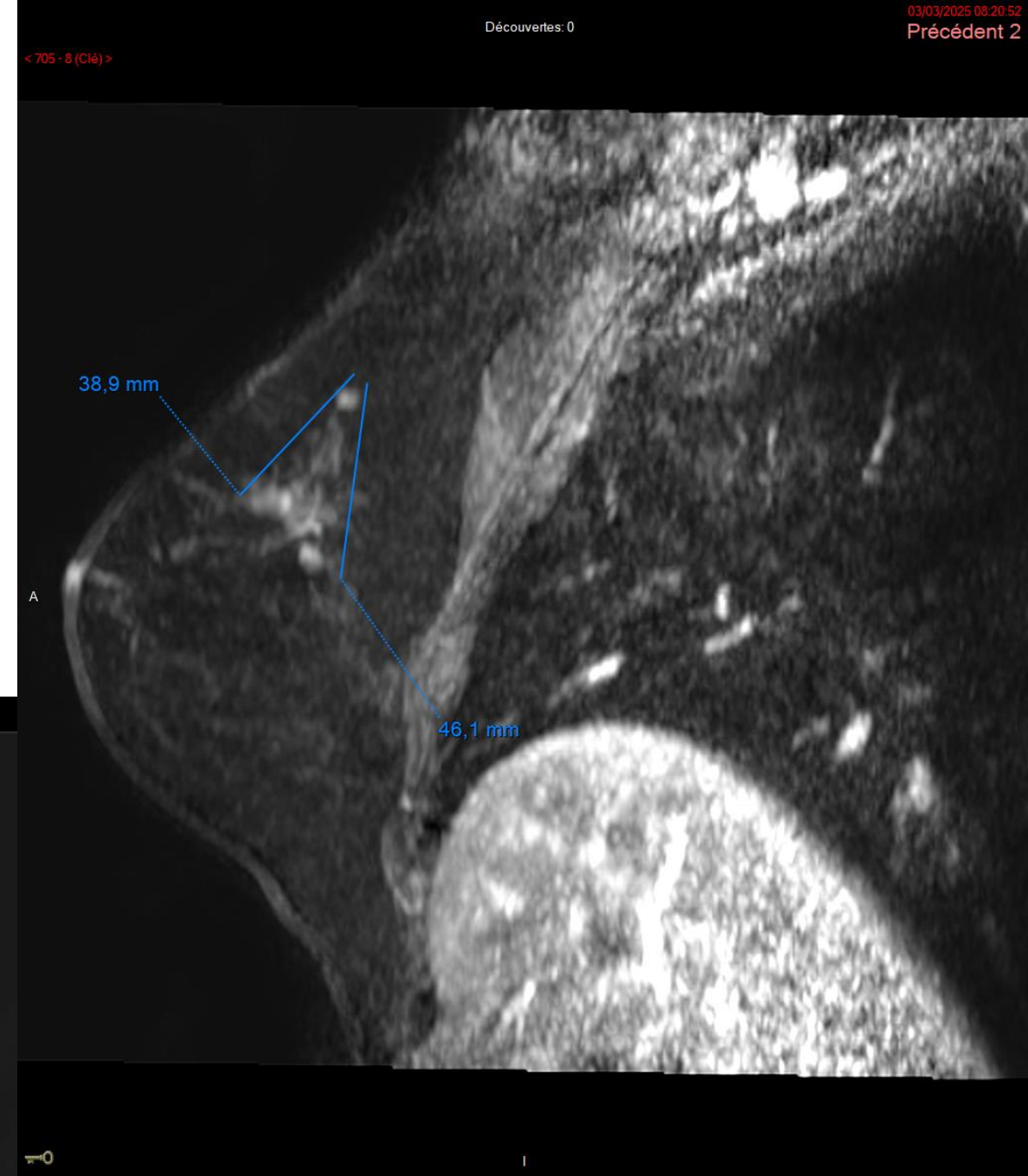


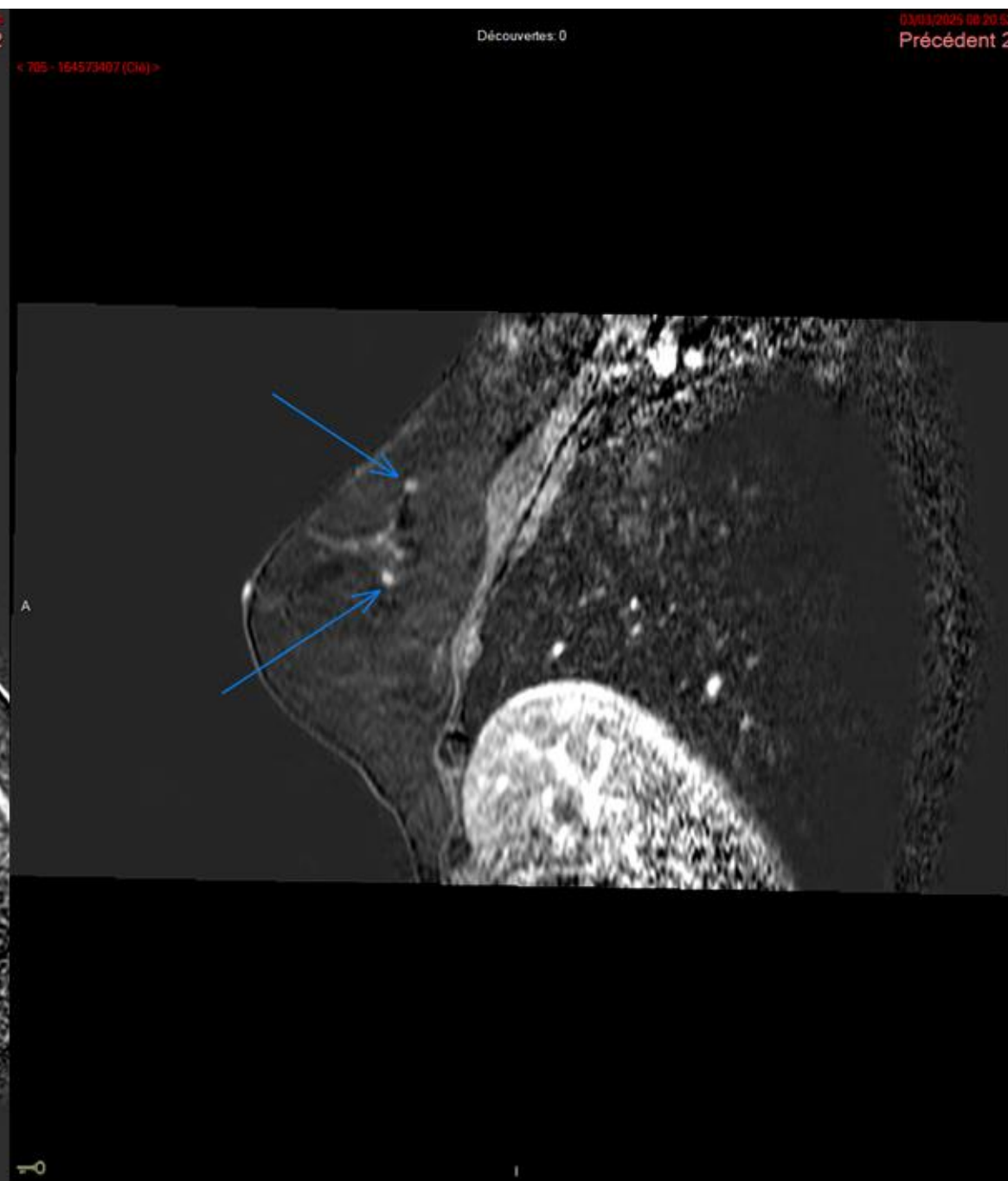
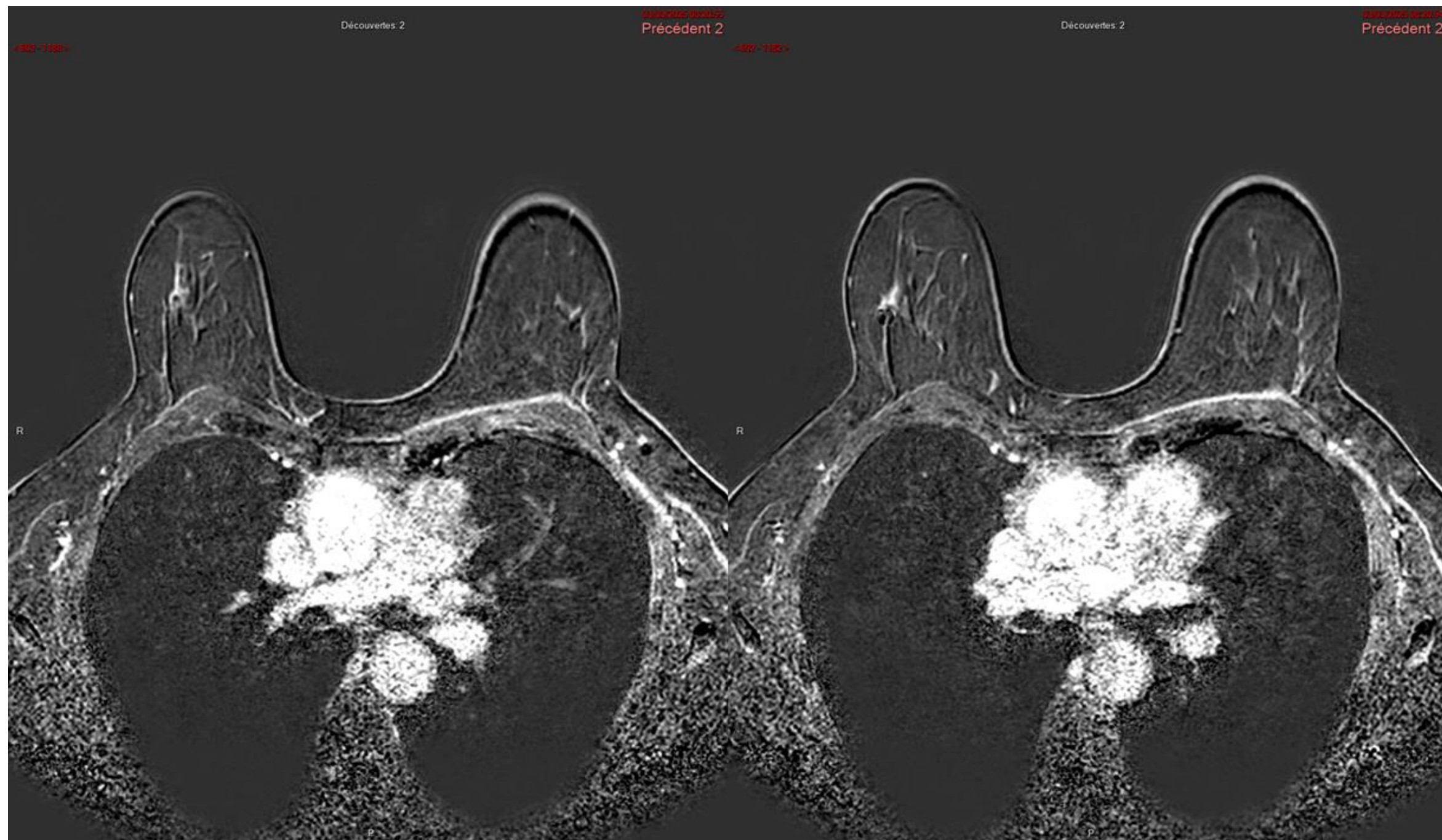


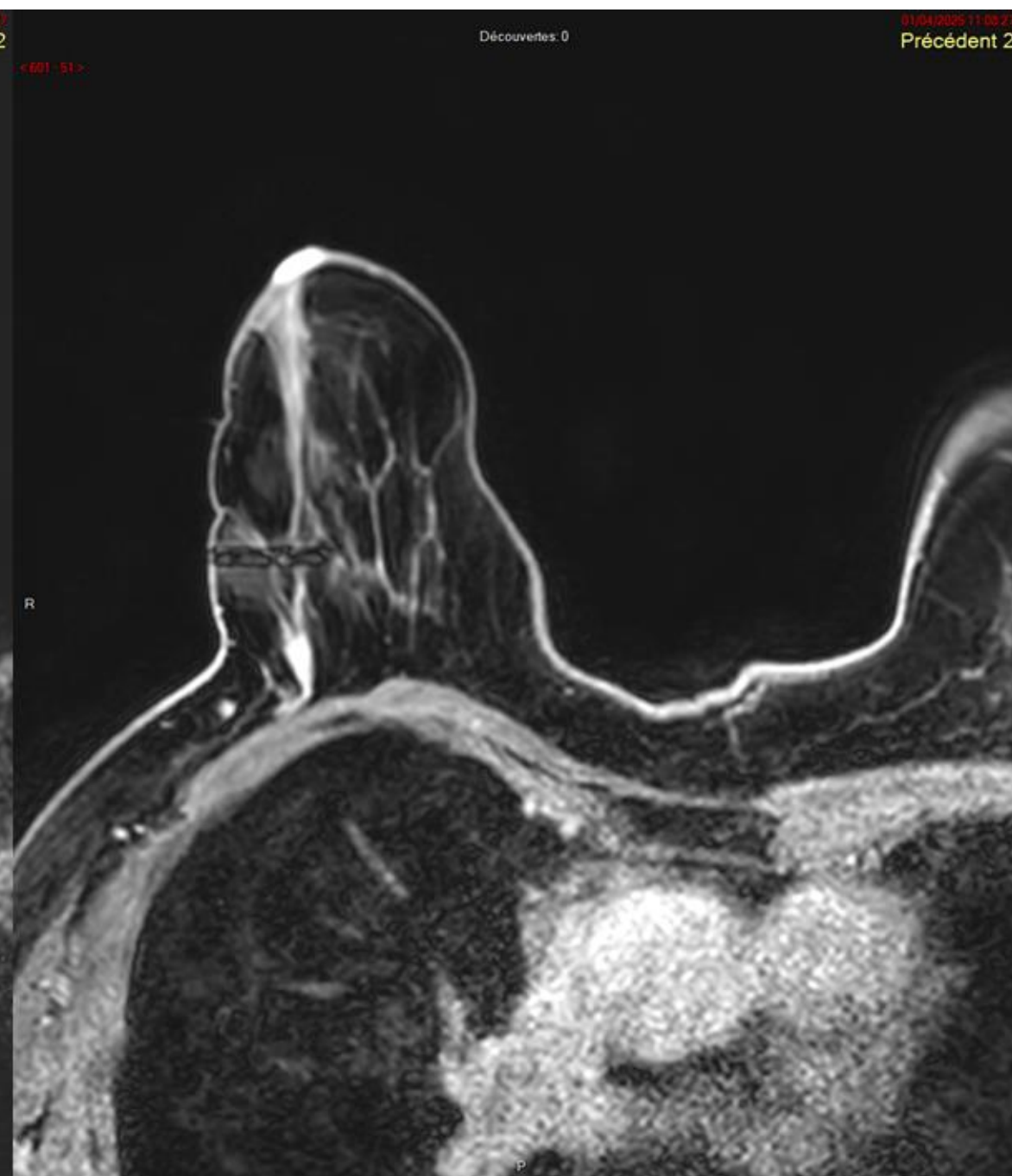
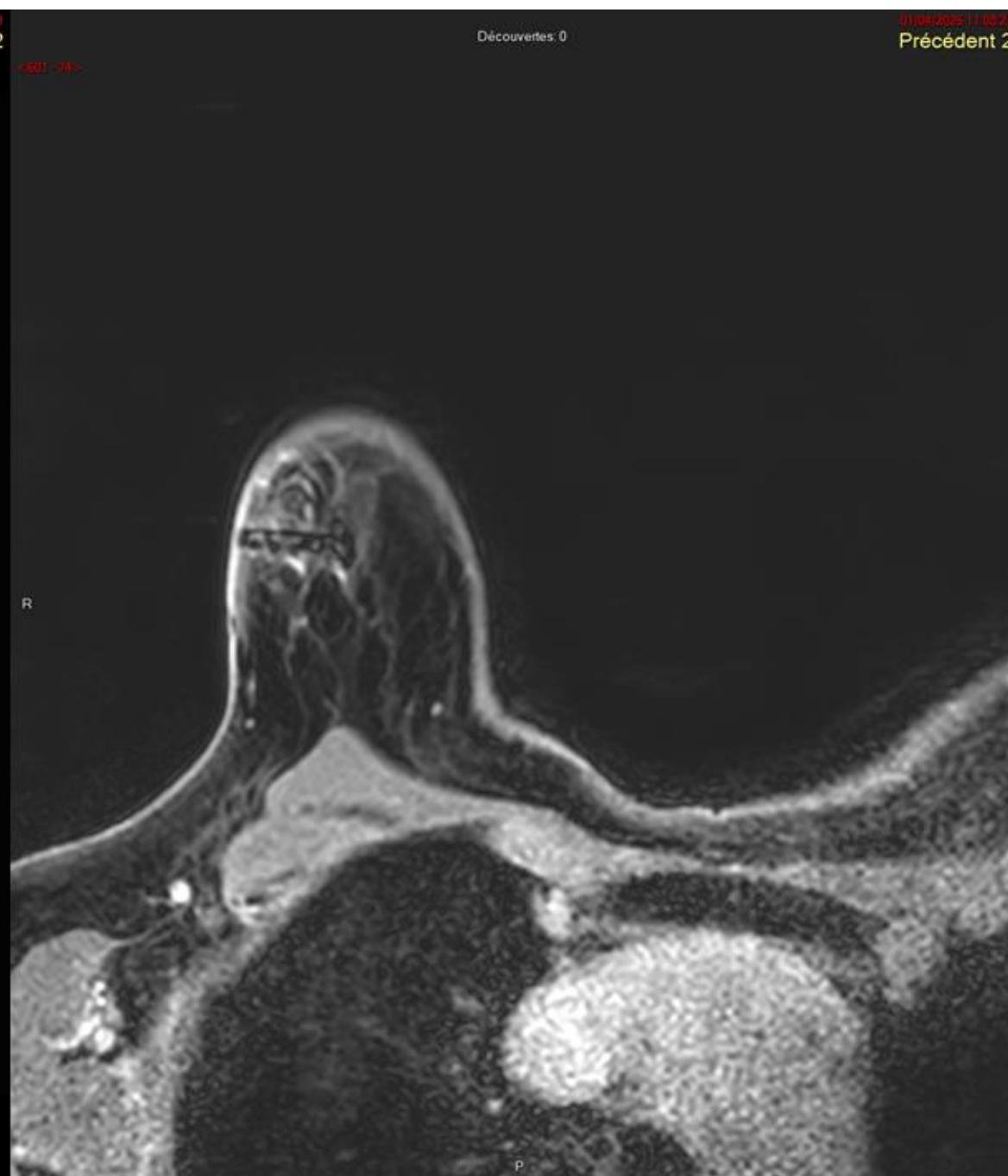
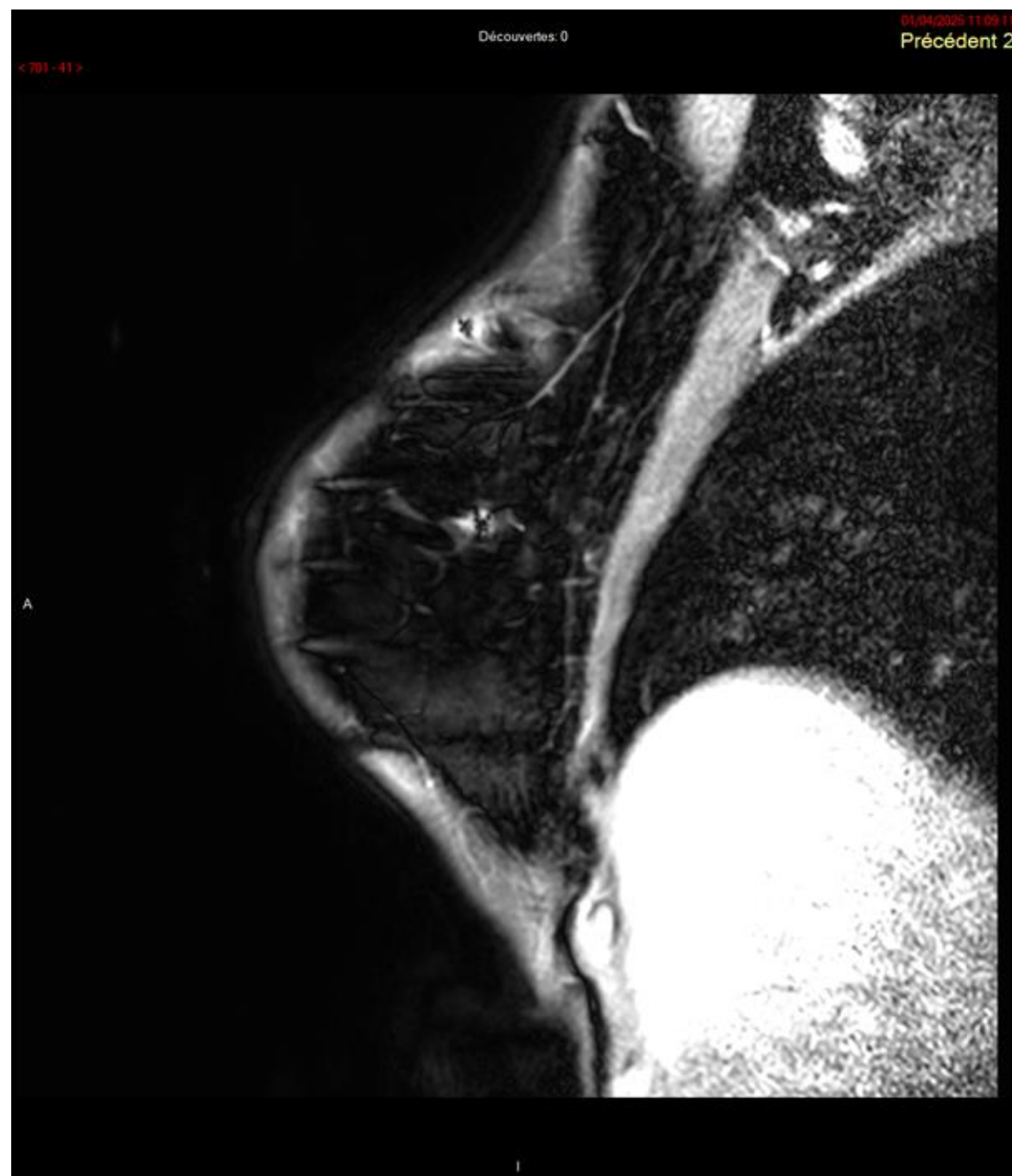
Implications pour le radiologue: cas cliniques

Cas clinique 1

- 54 ans DOCS pas d'antcdt, examen clinique normal.
- 27/01/25 Mammo: Distorsion architecturale QSE droit
- Echo : 10h/6cm du mamelon, lésion hypoéchogène mal limitée de 4 mm à proximité de microcalcification + placard kystique à 10h/4 cm de 14 mm pouvant être en rapport avec la distorsion architecturale ACR 4
- 07/02/25 : microbiopsie 16G/écho 4 prélèvements + clip (dans la zone de distorsion)
- CARCINOME INFILTRANT TNS de grade I (2.1.1), RE 100%, RP 40%, HER2-, Ki67 à 7%







Mastectomie partielle

Pièce d'exérèse orientée de 70 g, mesurant 4,5 x 8,5 x 2 cm, comportant deux harpons et accompagnée d'une radiographie.

* Tumeur de 1,2 x 1,1 x 0,9 cm, avec clip, située à 0,6 cm du plan superficiel, à 0,3 cm du plan profond, distante de 1,5 cm de la berge la plus proche (berge interne).

Type histologique : CARCINOME INFILTRANT de TYPE NON SPECIFIQUE Grade SBR-EE : I (2+2+1). Tumeur d'architecture trabéculaire et glandulaire avec anisocaryose modérée.

Index mitotique atteignant moins de une mitose par mm².

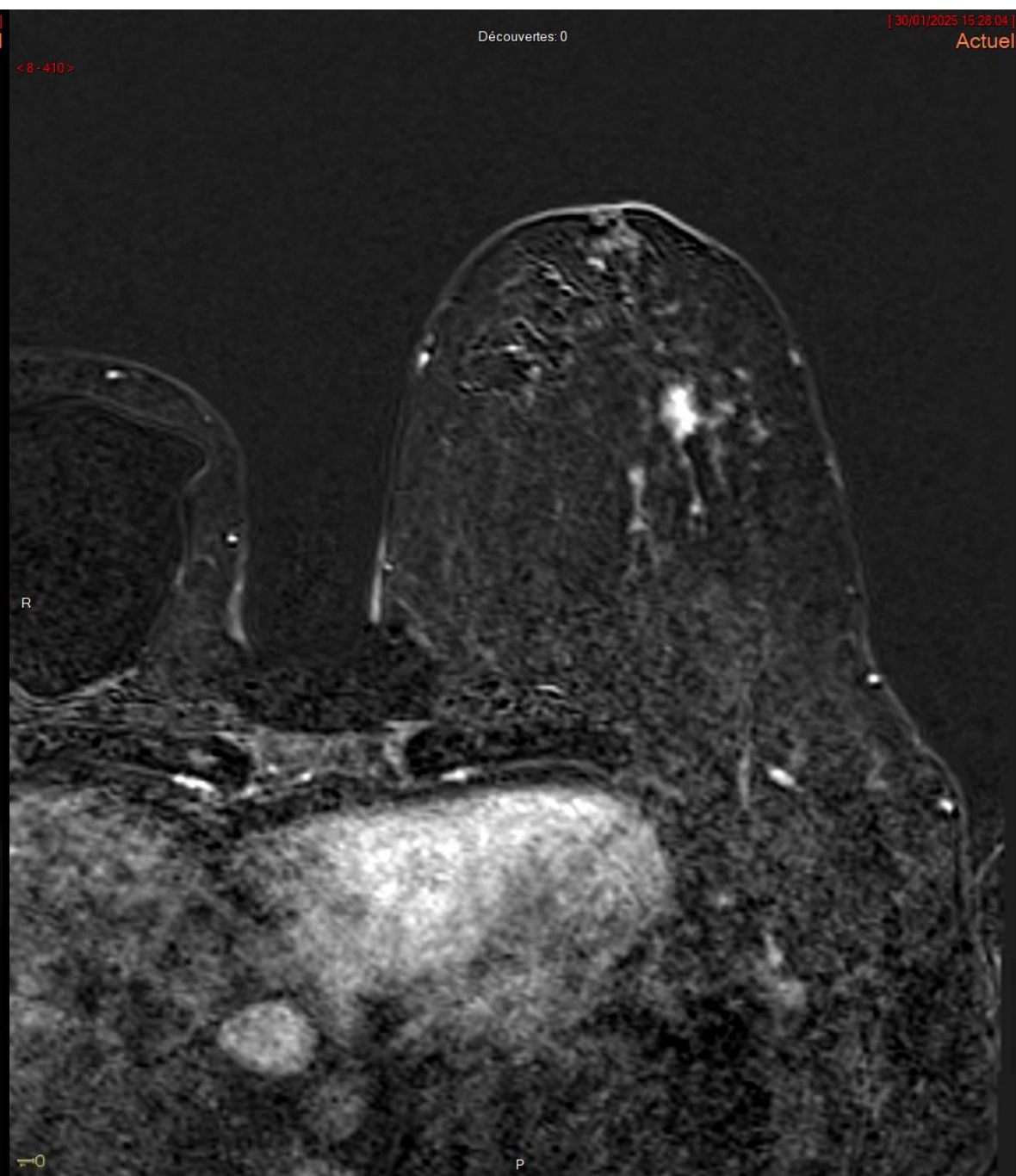
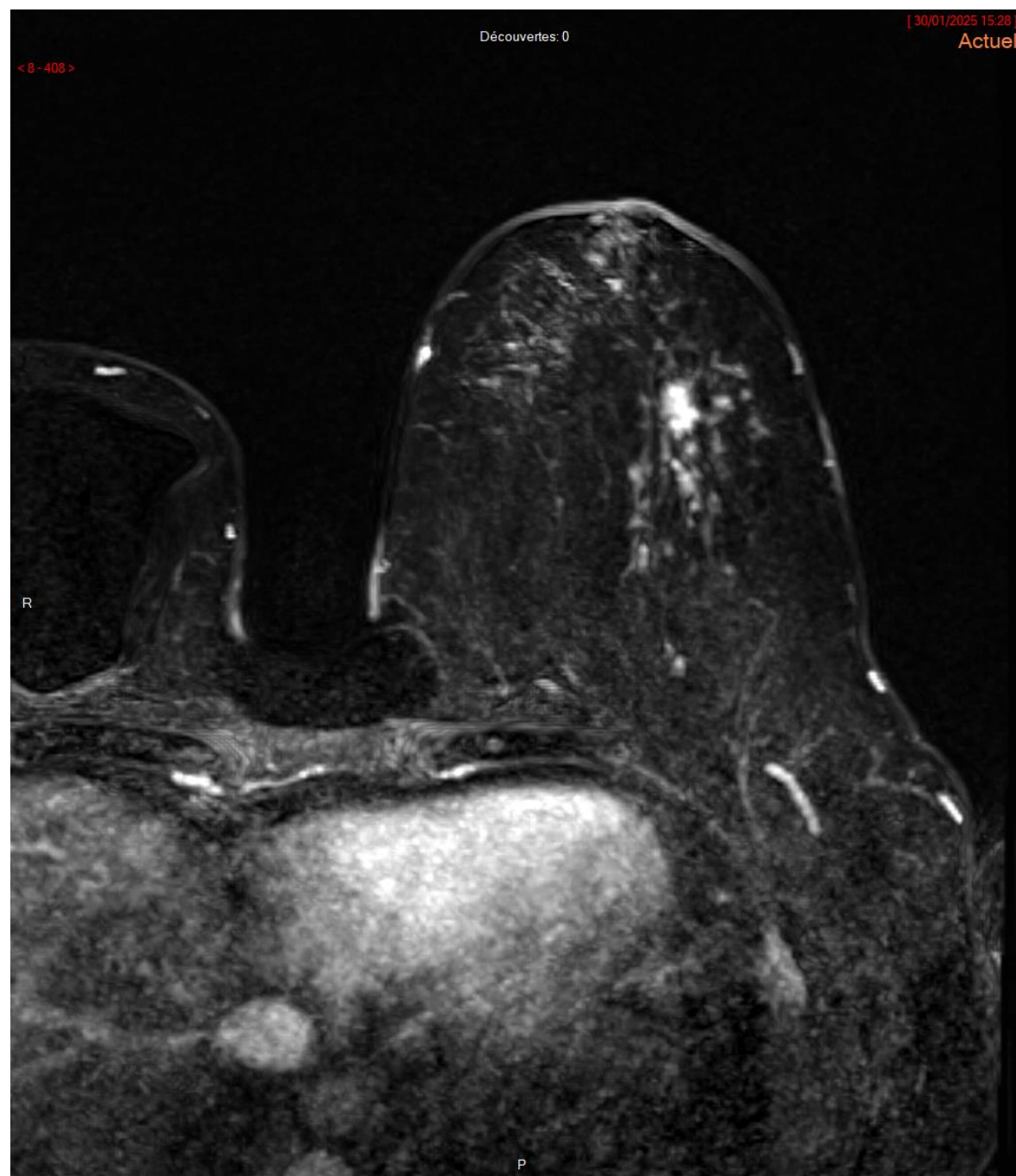
Composante intratumorale et périumorale de CARCINOME CANALAIRE IN SITU DE GRADE INTERMEDIAIRE sans nécrose, d'architecture cribriforme, s'étendant sur 1,3 cm, distante de 0,3 cm du bord le plus proche (plan profond). Stroma-réaction fibreuse peu inflammatoire (TILs <5%). Pas d'embolies lymphatiques périumorales.

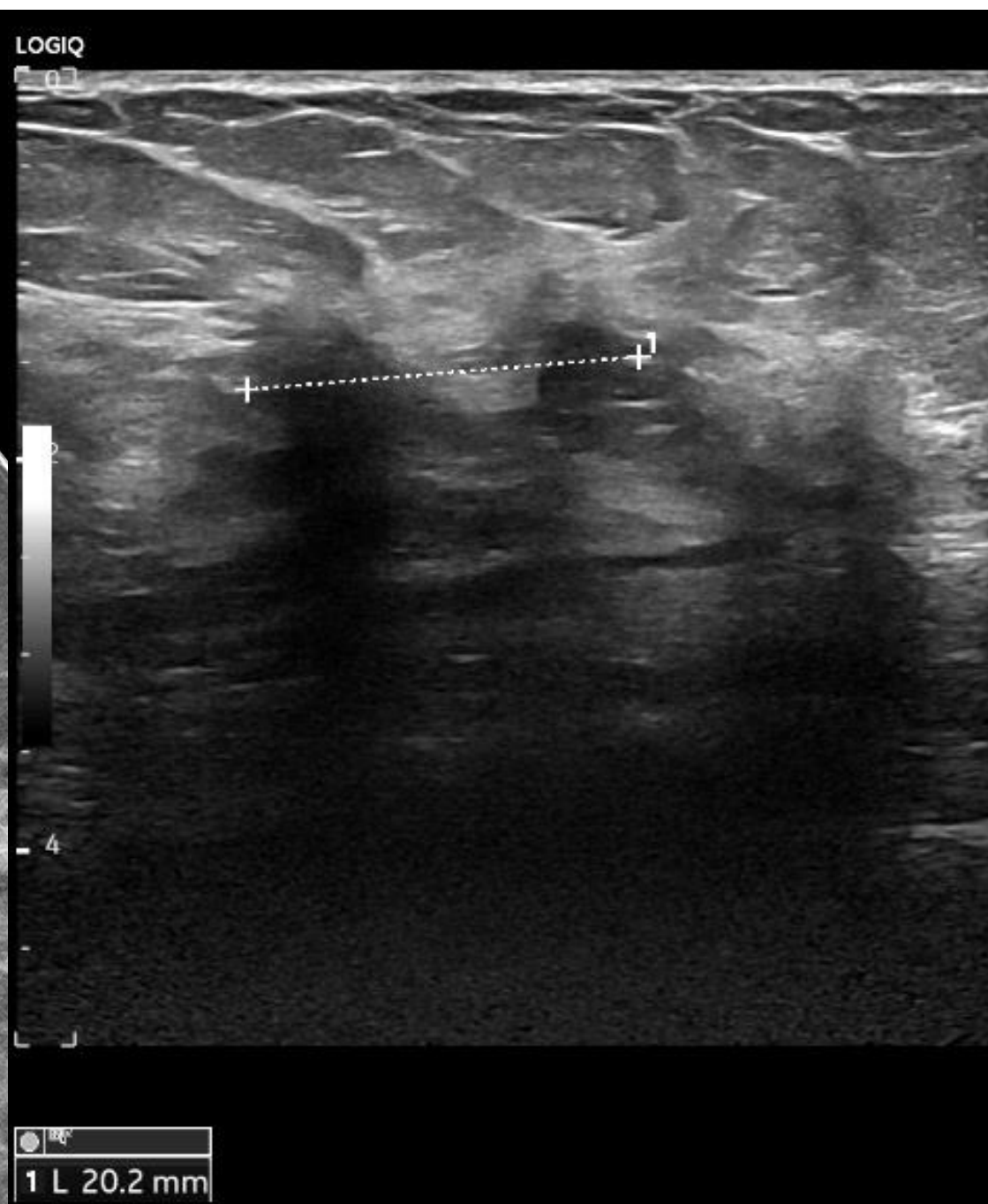
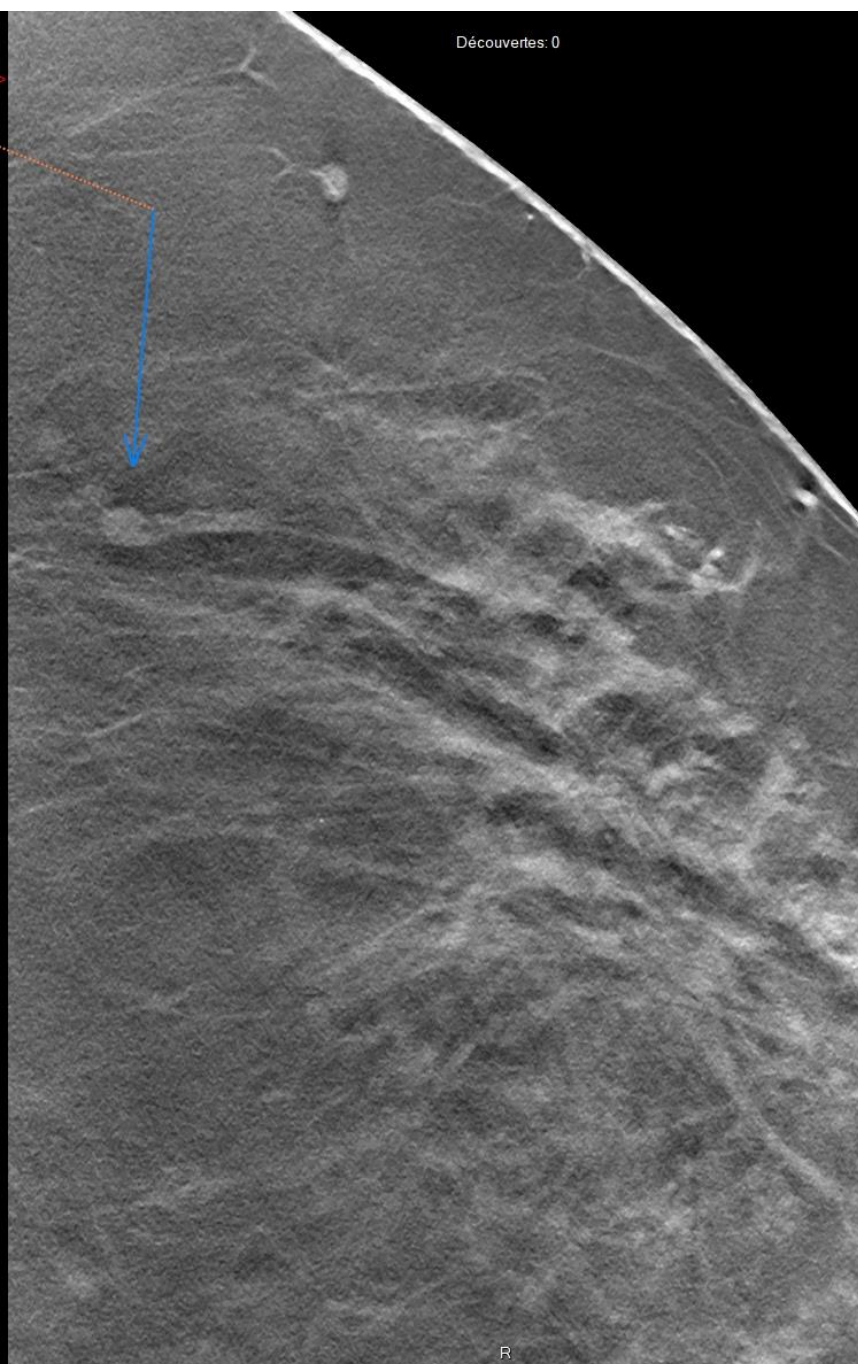
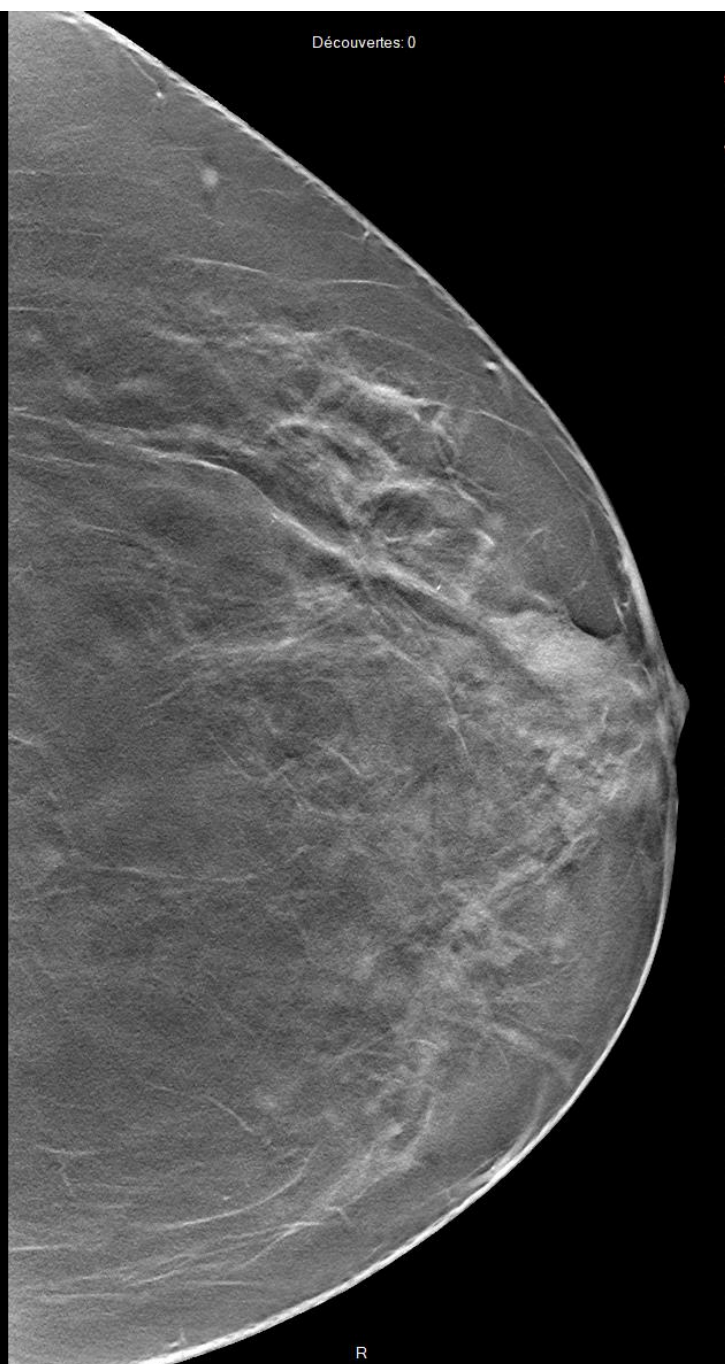
RCP: Radiothérapie + Hormonothérapie

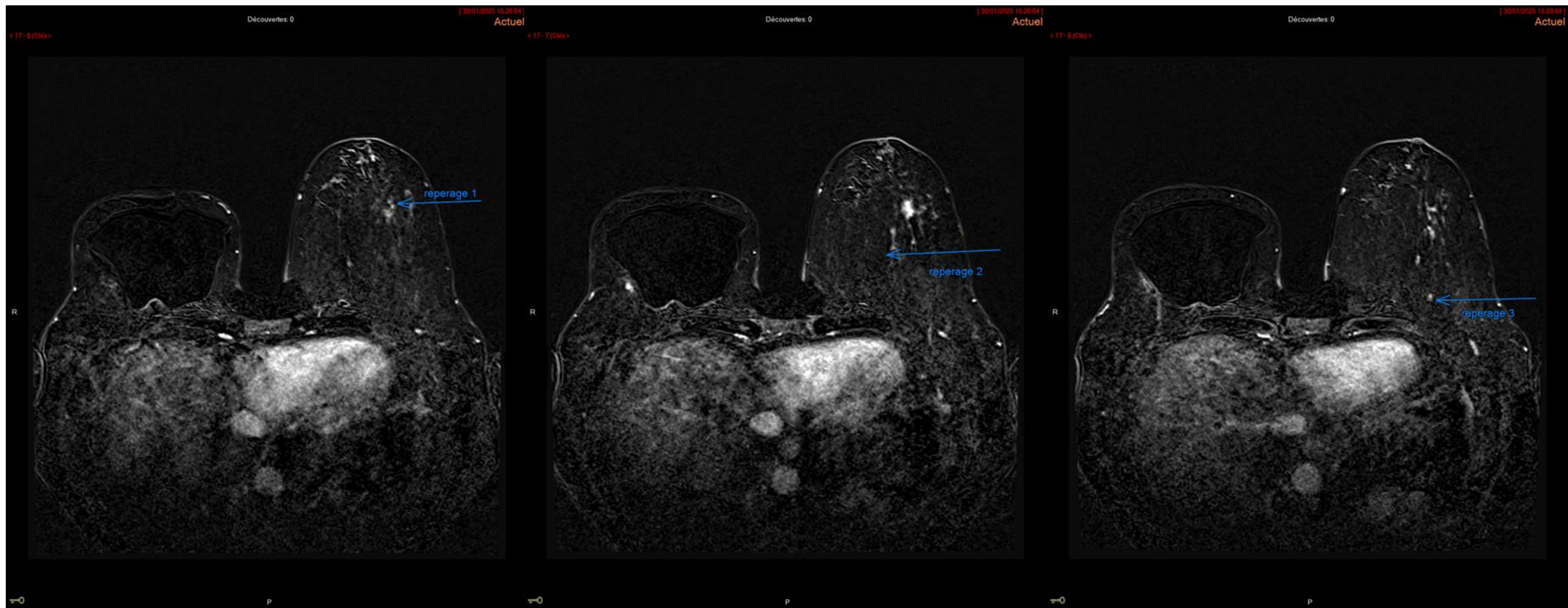


Cas clinique 2

- 72 ans. CI TNS grade 1 RH+ + CCIS sein D en 2018 avec symétrisation à gauche. K sein mère 73 ans, sœur 70 ans
- Juin 2024 : asymétrie de densité ACR 3. IRM 06/24: RNM QIE tiers moyen du sein G
- 30/01/25 IRM RNM du QIE stable de 15 mm
- Mammo 05/02/2025: asymétrie de densité stable.
- Echo : masse à 3h30 /3 cm du mamelon de 10 x 9 mm ACR 4
- Microbiopsie/echo 26/02/25 : 14G x 5 pas de clip
- Carcinome mammaire invasif, type lobulaire grade SBR 1 (3-1-1), récepteurs hormonaux (œstrogènes, progestérone) positifs, Her2 faible (score 1), ki67 = 5%







Découvertes: 0

08/04/2025 09:33:07
Plus récent 3

Découvertes: 0

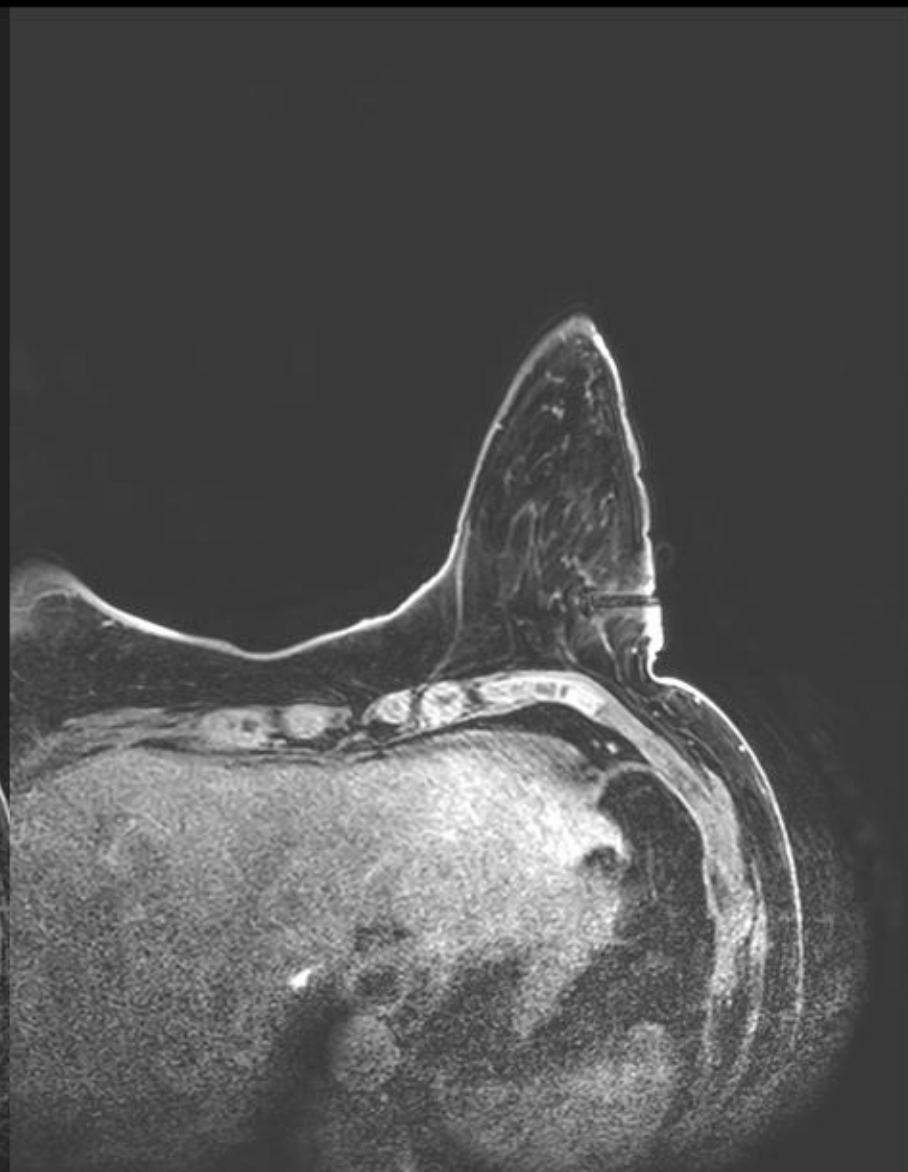
08/04/2025 09:32:25
Plus récent 3

Découvertes: 0

P

Découvertes: 0

08/04/2025 09:32:25
Plus récent 3



I

P

P

P

Mastectomie partielle gauche :

La pièce opératoire mesure 12,7 x 4,9 x 1,6 cm avec un lambeau cutané mesurant 5,2 x 2,2 cm. Présence d'une tumeur mesurant 14 x 12 x 10 mm distante de 2 cm de la berge externe, 2,5

cm de la berge supérieure, à distance de la berge inférieure, 0,3 cm de la berge interne, 2,2 cm du plan profond et 1,1 cm du plan superficiel.

Type histologique : CARCINOME LOBULAIRE INFILTRANT de type classique SBR-EE de grade I (3+1+1). Architecture sous la forme de files indiennes et de cellules isolées au pléomorphisme nucléaire discret.

L'index mitotique évalué à moins de 1 mitose par mm².

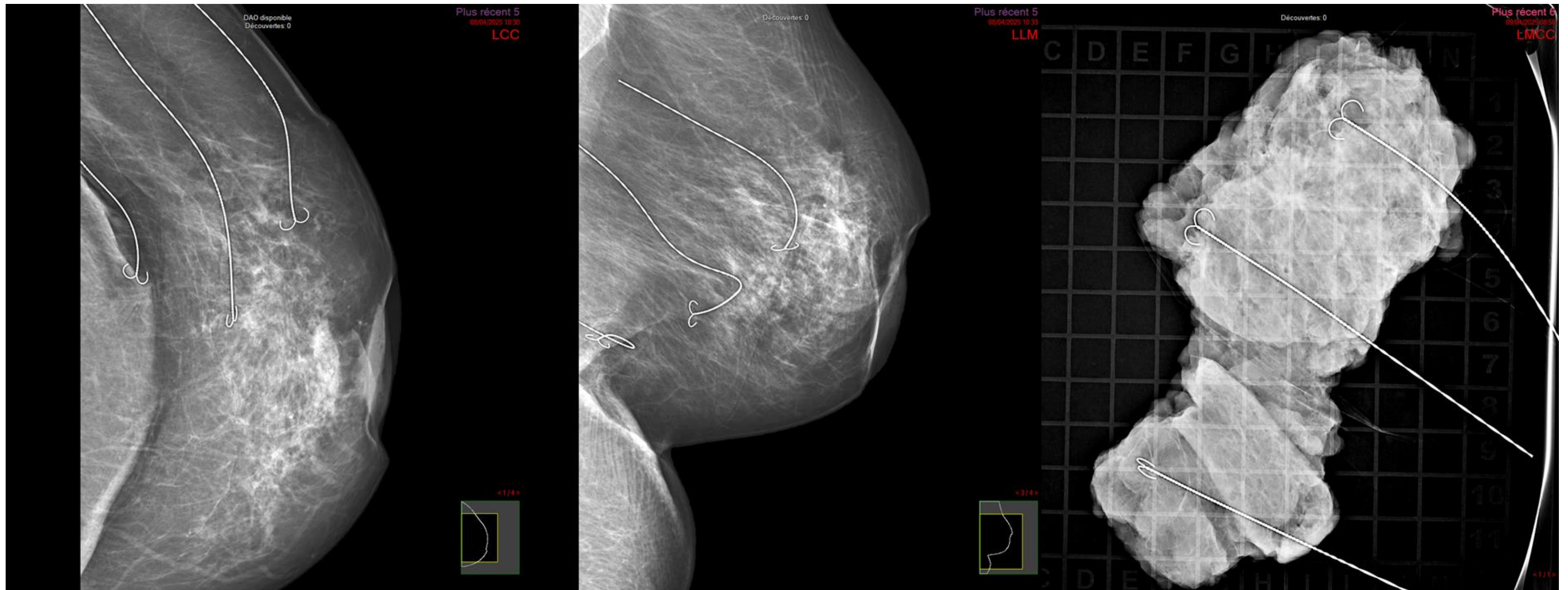
Présence de lésions de carcinome lobulaire in situ de type classique et de type floride au sein de la tumeur et dans la plus grande partie de la pièce opératoire jusqu'au contact de la berge interne.

Recoupe interne :

Prélèvement mesurant 8 x 3,3 x 1 cm. Présence d'un foyer de carcinome lobulaire in situ de type classique et de type floride étendu sur 12 x 9 x 4 mm au contact de la tranche de section inférieure.

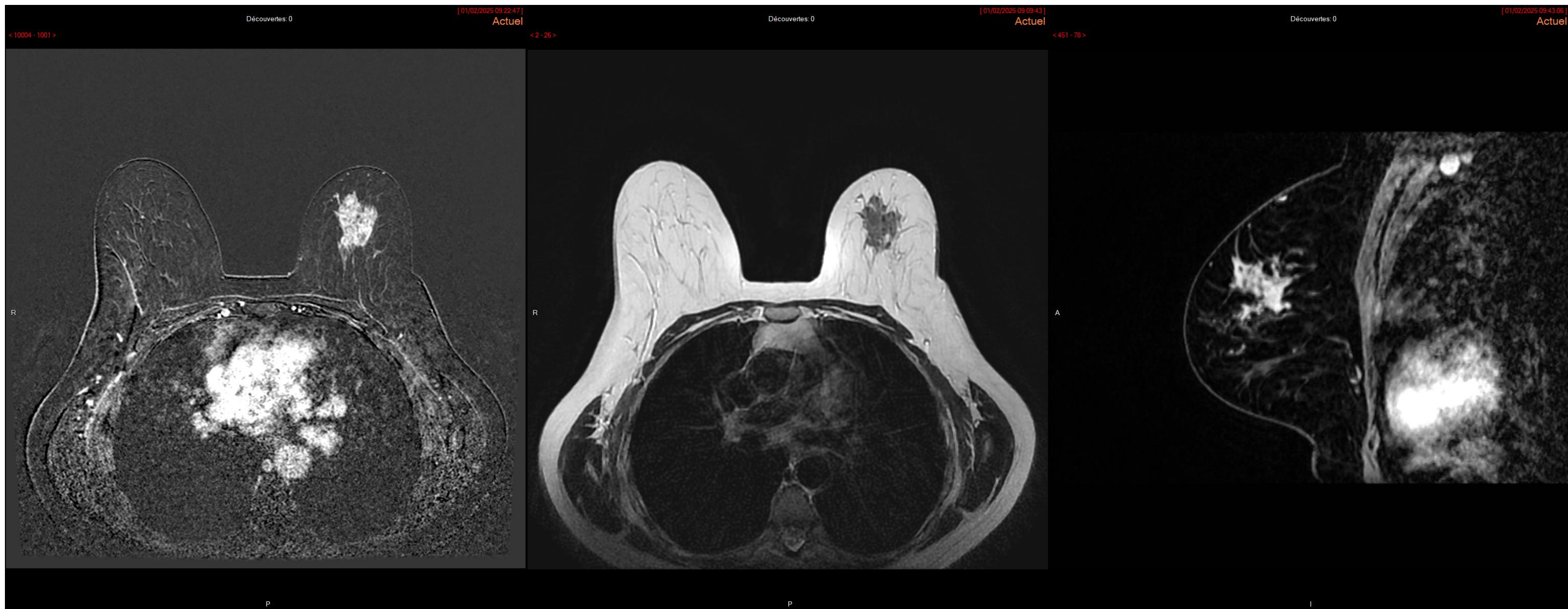
Pas de structure carcinomateuse invasive identifiée.as d'embolie neoplasique peritumoral .

RCP: Radiothérapie + Hormonothérapie



Cas clinique 3

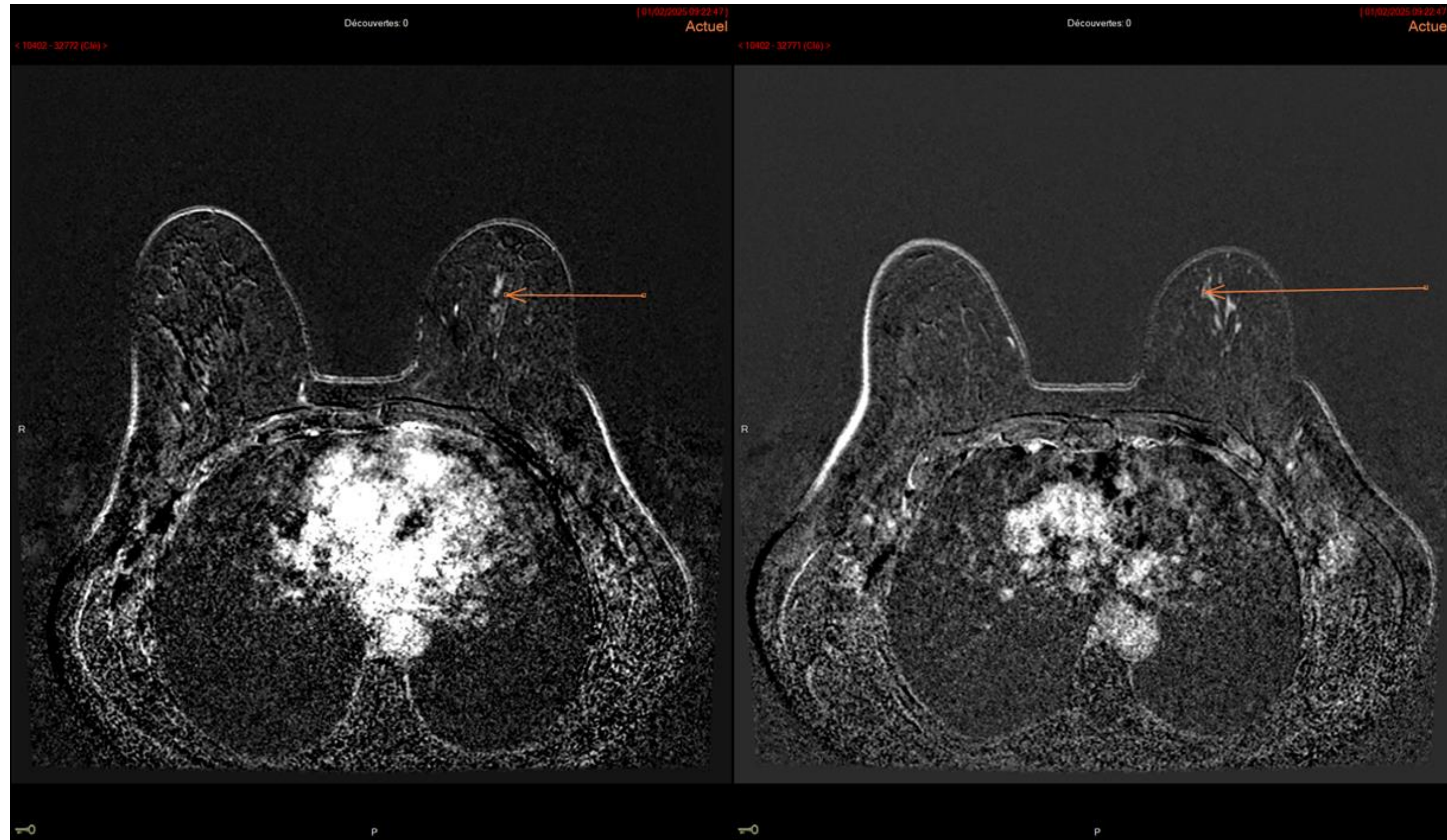
- 62 ans sans antcdt
- 14/01/25 masse palpable de 4 cm QSE G
- Surdensité focale asymétrique sans contours spiculés probablement glandulaire classée ACR 3, nécessitant la réalisation d'une IRM mammaire. Echographie : structure glandulaire à 12h de 4 cm sans aspect nodulaire focal ou atténuation.
- IRM 01/02/25: masse de 42 mm ACR 4B
- 17/02/25 Macrobiopsie sous écho 12G + clip
- Carcinome canalaire in situ de type solide, cribriforme et focalement papillaire de grade nucléaire focalement élevé avec nécrose de type comedo observé sur la quasi totalité des prélèvements adressés sans composante micro-infiltrante ou infiltrante.

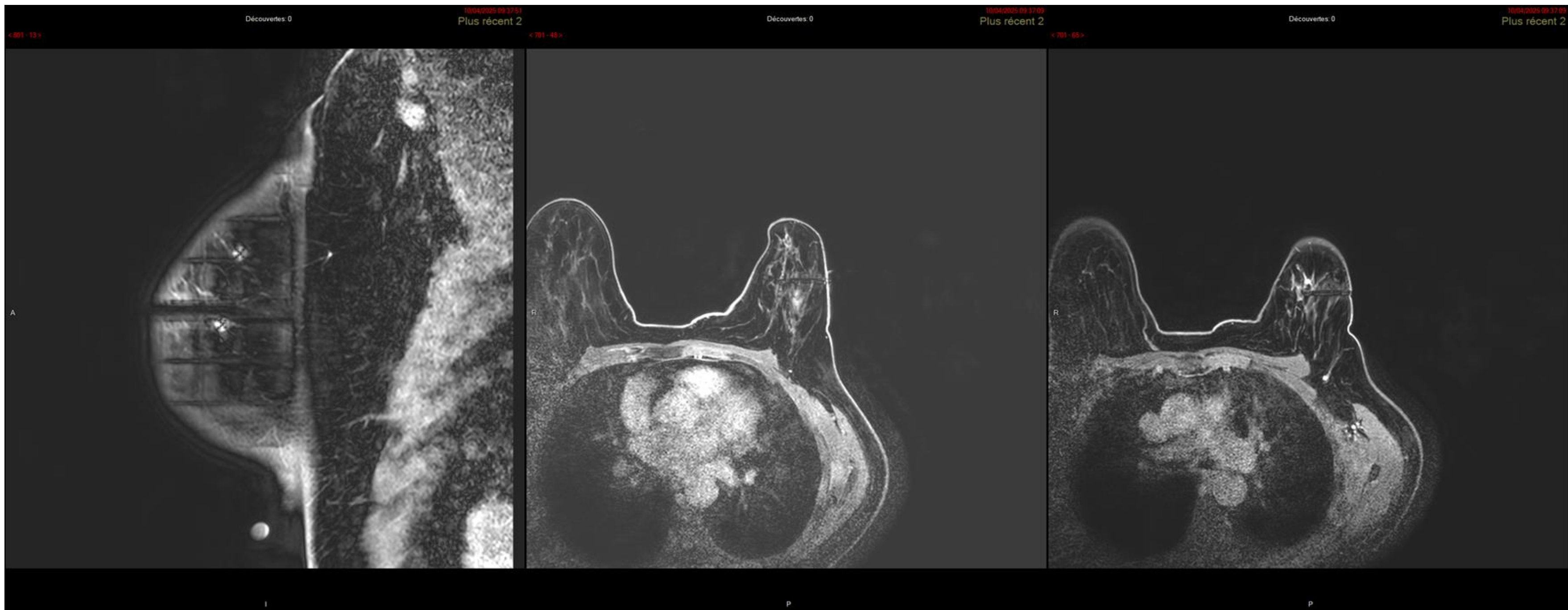




Demande de bornage IRM

- Supéro-interne
- Inféro-externe

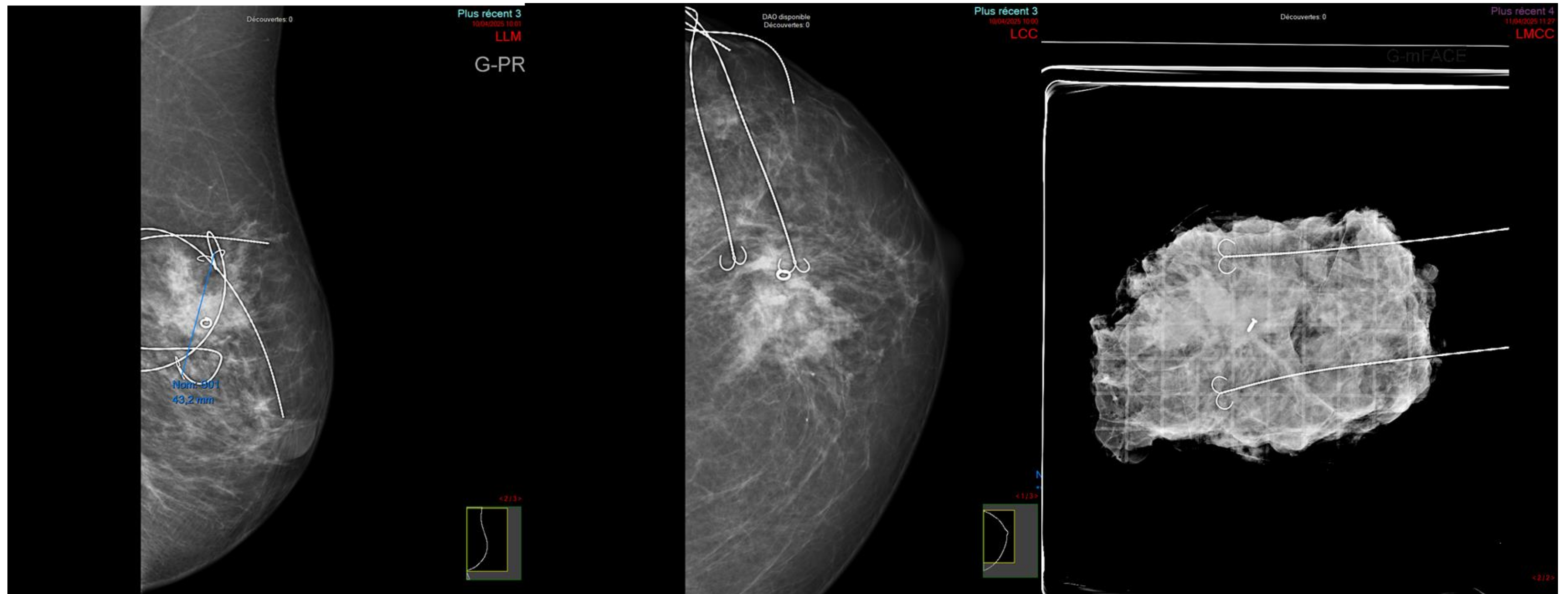




Pièce de mastectomie partielle orientée, repérée par un harpon, accompagnée d'une radiographie, mesurant de 10,5 x 7,5 x 3,1 cm (117 g). * Foyer grisâtre mal délimité, avec présence d'un clip, mesurant environ 3,6 x 2,7 x 3 cm, situé à 0.3 cm du plan profond à 0.1 cm du plan superficiel et à 0.1 cm de la berge la plus proche (bord supérieur).

Lésions de CARCINOME CANALAIRE IN SITU de grade intermédiaire avec nécrose focale (5%), sans microcalcification, colonisant des papillomes, étendu sur 5 x 3,5 x x 2,5 cm, situé à 0.3 du plan profond, à 0.3 du bord interne, 0.4 cm du bord inférieur et à moins de 0.1 cm du bord supérieur et du plan superficiel

RCP: Reprise de berges + Radiothérapie

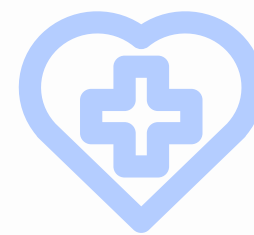


Conclusion

La collaboration radiologue-chirurgien est indispensable pour l'optimisation de la prise en charge de la patiente et proposer aux patientes le traitement optimal.



La mastectomie partielle est possible en cas de bifocalité - tri-focalité si un résultat esthétique et en berges saines est possible du fait des avancées chirurgicales



Nécessite une expertise chirurgicale en pré-opératoire



Nécessite une description précise des différentes tumeurs et leur localisations en imagerie afin d'adapter la chirurgie



Merci de votre
attention

