



Journées de la Société Française de Sénologie et de Pathologie Mammaire

43^e édition, 10-13 novembre 2021

Anatomo-cytopathologie – Biologie – Génétique

- Mon parcours de vie : le cancer du sein *p. 21*

Chirurgie – Ganglion sentinelle

- L'adénose microglandulaire avec atypies (AMGA), à propos d'un cas de transformation en cancer du sein triple-négatif *p. 22*
- Prise en charge chirurgicale des récidives homolatérales du cancer du sein par un 2^e traitement conservateur local, étude rétrospective sur 117 cas à l'institut Curie *p. 23*
- Étude à propos de 2 112 mastectomies avec et sans reconstruction mammaire immédiate de 2016 à 2020 : résultats, complications et détermination d'un score prédictif de complication postopératoire *p. 24*
- Maladie de Mondor: rapport de 5 cas *p. 24*
- Ganglion sentinelle après chimiothérapie néoadjuvante chez les patientes présentant un cancer du sein avec atteinte ganglionnaire initiale : rationnel scientifique et prise en charge aux hôpitaux universitaires de Genève (HUG) *p. 25*

Oncologie – Fertilité – Radiothérapie – Imagerie (radiologie, médecine nucléaire...)

- Bénéfice de la chimiothérapie adjuvante dans le traitement des carcinomes mammaires localisés luminal A chez les patientes de 40 ans ou moins : résultats d'une étude nationale multicentrique *p. 26*
- Administration conjointe du pertuzumab et du trastuzumab en HAD : retour d'expériences après 369 cures conduites auprès de 49 patientes atteintes de cancer du sein *p. 27*
- Réalité virtuelle et chirurgie du cancer du sein : mieux analyser l'imagerie pour mieux planifier sa chirurgie *p. 27*
- Prédiction de la réponse axillaire après chimiothérapie néoadjuvante dans les cancers du sein pour les tumeurs avec HER2 surexprimé et tumeurs triple-négatives *p. 28*
- Radiochimiothérapie concomitante dans le cancer du sein localisé : résultats à long terme d'un essai prospectif de phase II *p. 29*
- Microcalcifications mammaires et hyperplasie canalaire atypique : validation externe d'un algorithme de sélection des patientes éligibles à la surveillance *p. 30*

Plastie – Reconstruction mammaire

- Reconstruction mammaire par lipomodélage exclusif : faisabilité, satisfaction et qualité de vie *p. 31*

Soins de support – Psychologie

- Un programme d'activité physique adaptée pour des patientes avec un cancer du sein localisé grâce à l'intelligence artificielle *p. 31*
- Mécanismes de la fatigue neuromusculaire induite par l'exercice chez la patiente atteinte d'un cancer du sein en fin de chimiothérapie (néo)adjuvante *p. 32*
- Enquête RÉALITÉS 2 : impact de la maladie et de sa prise en charge sur la qualité de vie des patientes atteintes d'un cancer du sein métastatique *p. 33*
- Programme de parcours spécifique après cancer du sein : création d'un autoquestionnaire avec alertes pour une prise en charge précoce des séquelles et effets secondaires *p. 34*
- L'éducation thérapeutique au service de la prévention du lymphœdème *p. 35*
- Prévalence des troubles de la statique pelvienne chez les femmes traitées pour un cancer du sein localisé : une étude prospective comparative *p. 36*
- Évaluation scanographique de la composition corporelle chez 62 patientes opérées d'un cancer du sein, prévalence de l'obésité sarcopénique *p. 36*
- Facteurs influençant le retour au travail après une reconstruction mammaire *p. 37*





C06 Étude à propos de 2 112 mastectomies avec et sans reconstruction mammaire immédiate de 2016 à 2020 : résultats, complications et détermination d'un score prédictif de complication postopératoire / Study about 2112 mastectomies with and without immediate breast reconstruction from 2016 to 2020: results, complications and evaluation of a complications predictive score.

L. Morante (1), S. Rua (2), G. Houvenaeghel (2)

(1) Gynécologie obstétrique, centre Oscar-Lambret, Lille; (2) Chirurgie, institut Paoli-Calmettes, Marseille.

Mots-clés: mastectomie, reconstruction mammaire immédiate, complications, score prédictif / mastectomy, immediate breast reconstruction, complications, predictive score.

Introduction: Malgré la tendance à l'augmentation croissante des chirurgies conservatrices associées aux techniques d'oncoplastie, la mastectomie reste encore largement indiquée, c'est pourquoi la question de la reconstruction mammaire paraît être un enjeu majeur dans la prise en charge des patientes. Concernant les taux de complication des mastectomies rapportés dans la littérature, ils varient entre 5 et 61 %. Nous rapportons notre expérience en analysant les données recueillies dans un centre de lutte contre le cancer à Marseille, l'institut Paoli-Calmettes (IPC) sur une période de 4 ans, permettant d'évaluer le taux de reconstruction mammaire immédiate (RMI), le taux de complication et d'établir un score prédictif de complication postopératoire.

Matériels et méthodes: Nous avons inclus toutes les mastectomies carcinologiques avec ou sans RMI, réalisées de janvier 2016 à juillet 2020 au sein de l'IPC. Il s'agit d'une étude monocentrique rétrospective avec un recueil prospectif des données sur 4 ans, afin de déterminer les résultats chirurgicaux immédiats et les complications, et d'établir un score prédictif de complications postopératoires.

Résultats: Durant une période de 55 mois, 2 112 mastectomies ont été réalisées sur 1 983 patientes: 1 748 mastectomies pour cancer primitif ont été réalisées, 219 mastectomies pour récurrence locale et 145 mastectomies prophylactiques. Le taux de complication à l'IPC était de 31,90 %: 29,9 % pour le groupe RMI et 33,3 % pour le groupe sans RMI. On notera, en particulier pour les RMI, que le taux de dépose de prothèse mammaire

était de 7,2 %. En régression logistique binaire, les complications étaient significativement associées à l'année de traitement (moins de complications durant les 2 dernières années), au tabac (plus de complications pour les patients ayant un antécédent de tabac), à l'âge (plus de complications pour les patients âgés de plus de 50 ans), à l'antécédent de radiothérapie (plus de complications pour les patients ayant un antécédent de radiothérapie), au curage axillaire dans le temps opératoire de la mastectomie +/- RMI (plus de complications qu'un GS) ou sans chirurgie axillaire et le poids de la mastectomie (plus de complications pour les poids > 300 g). En régression logistique binaire, les complications de grades 2 et 3 étaient significativement plus importantes uniquement pour un IMC > 30 avec $p = 0,02$ avec un OR de 1,8 ($IC_{95} : 1,26-2,69$; $p = 0,002$). L'équation suivante a été utilisée pour calculer un score de risque de complication: tabac + âge + antécédent de radiothérapie + geste axillaire associé + poids de la mastectomie. Un taux significativement croissant de complication ($p < 0,0001$) et de grade 2-3 de complications a été observé pour un score simplifié plus élevé, à l'IPC avec une AUC (area under the curve) évaluée à 0,603 ($IC_{95} : 0,577-0,628$).

Conclusion: La mastectomie avec ou sans RMI est une technique fiable avec un taux acceptable de complication. Celui-ci n'est pas significativement accru par le fait de réaliser une RMI ou non pendant la réalisation de la mastectomie. Le score prédictif de complications postopératoires pourrait être une aide à la décision thérapeutique, afin de ne pas retarder la mise en place des traitements adjuvants.

C09 Maladie de Mondor: rapport de 5 cas / Mondor's disease: 5 case reports

L. Schmutz (1), J. Laroche (1), C. Gay (1)

(1) Gynécologie, hôpital Nord Franche-Comté, Trévenans.

Mots-clés: maladie de Mondor, HBPM AINS, étirements myofasciaux, LPG® / Mondor's disease, NSAI LMWH, myofascial stretching, LPG®.

Nous rapportons 5 cas de maladie de Mondor, une thrombophlébite superficielle de la paroi thoracique, pouvant intéresser les veines thoracique latérale, thoracoépigastrique ou épigastrique supérieure [1]. Cette affection peu connue est, dans 45 % des cas, idiopathique, dans 20 % des cas, liée à des causes iatrogènes comprenant les causes postopératoires, l'irradiation ou la prise de médicaments hormonaux,





dans 22 % des cas, traumatique et, dans 5 % des cas, associée au cancer du sein [2].

Le traitement de la maladie de Mondor est variable selon les pays : massages et AINS locaux, HBPM [2], technique d'étirements myofasciaux par kinésithérapeute, ou technique d'endermologie de type LPG® (massage mécanique par 2 rouleaux mobiles motorisés) [3], voire la chirurgie dans de rares cas [2]. Nous décrivons 5 cas dans des contextes différents : 2 cas secondaires à une chirurgie mammaire pour cancer du sein, 2 cas idiopathiques et un cas secondaire à une chirurgie esthétique, ainsi que les différentes pratiques utilisées.

Références bibliographiques

1. Quéhé P et al. [Mondor's disease, report on three cases and literature review]. *J Mal Vasc* 2009;34(1):54-60.
2. Amano M, Shimizu T. Mondor's disease: a review of the literature. *Intern Med* 2018;57(18):2607-12.
3. Lhoest F et al. [Mondor's disease: a complication after breast surgery]. *Ann Chir Plast Esthet* 2005;50(3):197-201.

C17 Ganglion sentinelle après chimiothérapie néoadjuvante chez les patientes présentant un cancer du sein avec atteinte ganglionnaire initiale : rationnel scientifique et prise en charge aux hôpitaux universitaires de Genève (HUG) / Omission of axillary lymph node dissection after neoadjuvant chemotherapy for node-positive breast cancer: scientific rational and real life feasibility at Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG)

T. Lam (1), E. Perbet (1), D Munteanu (1)

(1) *Sénologie, hôpitaux universitaires de Genève, Genève.*

Mots-clés : ganglion sentinelle, chimiothérapie néoadjuvante, métastase ganglionnaire / lymph node biopsy, neoadjuvant chemotherapy, lymph node metastasis.

Contexte : La technique du ganglion sentinelle (GS) est devenu le gold standard dans la prise en charge du creux axillaire chez les patientes atteintes de cancer du sein. Cependant, le GS après chimiothérapie néoadjuvante (CN) chez les patientes avec atteinte ganglionnaire initiale (cN+) est très débattu en raison des taux de faux négatif (FN) à 25 %. Ce taux peut être réduit à moins de 10 % en utilisant 2 méthodes de détection et en enlevant plus de 3 ganglions sentinelles. Il peut encore être

réduit à 1,4 % si le ganglion initialement atteint est enlevé lors de la chirurgie [1]. Aux HUG, les patientes présentant un cancer du sein avec une atteinte de 1-3 ganglions (cN1) bénéficient de la désescalade chirurgicale axillaire selon les recommandations de Saint-Gallen 2017 [1].

Objectif : Décrire notre expérience du GS après CN chez les patientes cN1 initialement.

Méthodes : Nous présentons une analyse rétrospective et descriptive d'une cohorte de patientes cN1 qui ont bénéficié d'un GS après CN avec réponse radiologique complète (RRC) entre 2018 et 2020 aux HUG. Toutes les patientes ont eu la confirmation de l'atteinte axillaire par une biopsie avec pose de clip, ainsi qu'un bilan d'extension par TEP-scanner afin d'exclure des métastases à distance. Une IRM était effectuée en fin de CN, afin de confirmer la RRC. En préopératoire, le ganglion clippé était repéré sous échographie. En peropératoire, la méthode isotopique associée à la méthode colorimétrique par bleu patenté étaient utilisées pour détecter le GS. Le prélèvement d'au moins 3 GS ainsi que le ganglion clippé étaient nécessaires. Une analyse extemporanée des ganglions retirés était effectuée, avec réalisation d'un curage axillaire en cas de persistance de métastases.

Résultats : 14 patientes cN1 ont bénéficié du GS après CN avec réponse RRC. On dénombre 1 lésion cT0 (7,2 %), 5 lésions cT1 (35,7 %), 5 lésions cT2 (35,7 %) et 3 lésions cT3 (21,4 %).

Trois sous-types histologiques ont été retrouvés : 3 lésions triple-négatives (21,4 %), 9 lésions RH-HER2 amplifié (64,3 %) et 2 lésions RH+ HER2 non amplifié (14,3 %). Entre 3 et 8 ganglions ont été retirés avec une moyenne de 4 ganglions. Le ganglion clippé a été retrouvé dans 100 % des cas, et pour 13 patientes le ganglion clippé était également sentinelle (92,8 %). Dans 1 cas, l'examen extemporané des ganglions retrouvait une atteinte ganglionnaire mais la patiente avait refusé le curage axillaire.

Discussion : Bien que notre cohorte soit très limitée, nos résultats démontrent que la technique du GS après CN chez les patientes cN+ initiale est faisable avec un taux de 100 % de GS retrouvé. L'ablation du ganglion clippé était également effectué dans 100 % des cas et concordait dans 92,8 % des cas au GS. Ces chiffres sont en adéquation avec la littérature, malgré notre petite population.

Conclusion : L'utilisation de la technique du GS après CN pour les patientes avec atteinte ganglionnaire initiale est réalisable en respectant des critères rigoureux lors de la sélection des patientes ainsi que lors de la chirurgie, afin que le taux de faux négatif soit

