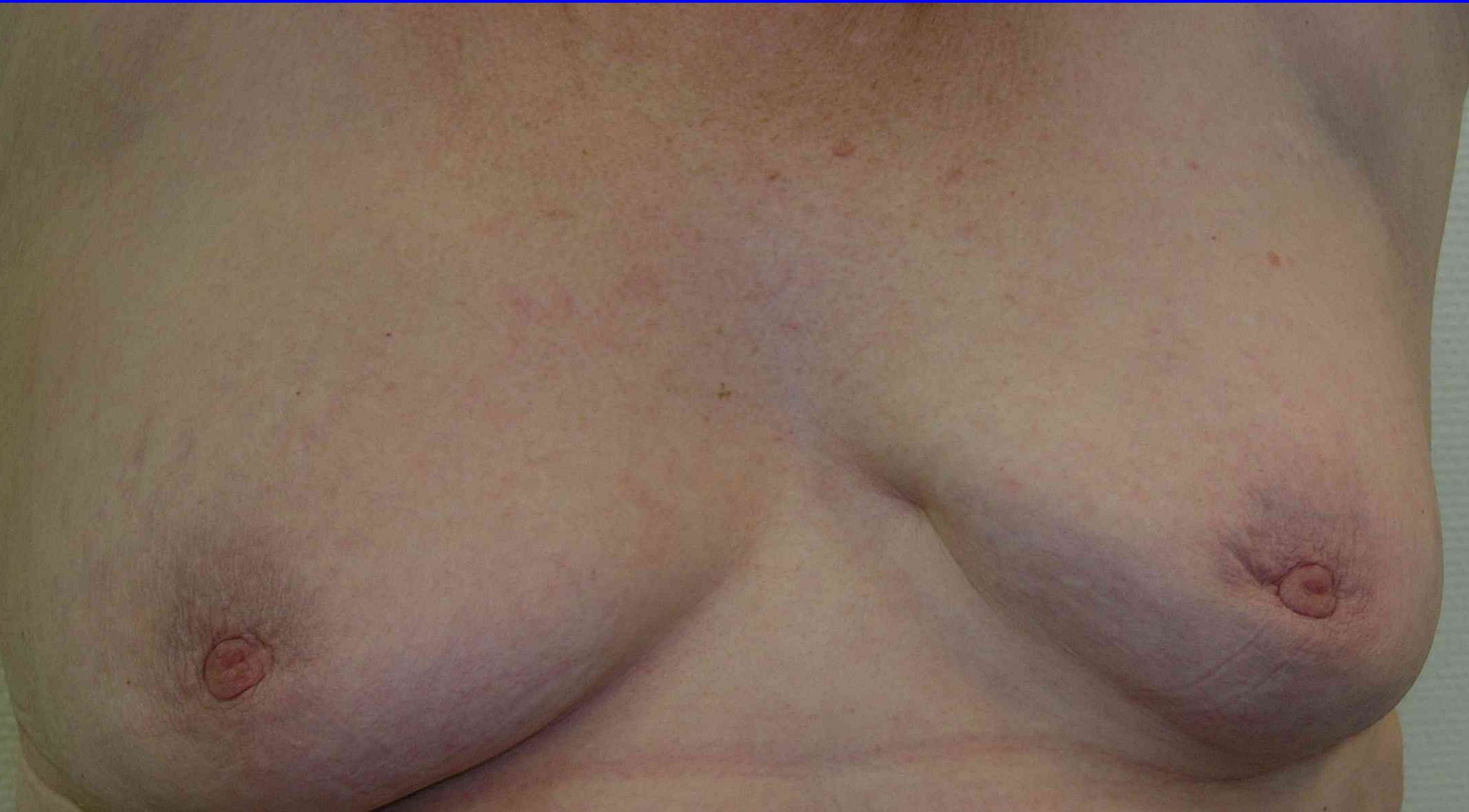


Madame PM

- Consulte car elle a noté une modification de l'aspect de son sein
- Elle a 55 ans et est ménopausée depuis trois ans
- Elle a eu ses premières règles à l'âge de 13 ans, trois enfants qu'elle a allaité trois mois chacun
- Elle a pris la pilule pendant 15 ans et ne poursuit pas de traitement hormonal de la ménopause
- Sa grand-mère paternelle a eu un cancer du sein

QU'OBserveZ VOUS





Madame PM

- On note une rétraction cutanée
- À la palpation il existe un nodule palpable de 25 mm
- Que recherchez vous?
- Quels examens demandez vous?

Madame PM

- Les aires ganglionnaires sont libres
- Il n'y a pas d'hépatomégalie, pas de masse tumorale perceptible par ailleurs
- Une cyto-ponction est effectuée
- Vous demandez une mammographie et une échographie

OPACITÉ SPICULÉE

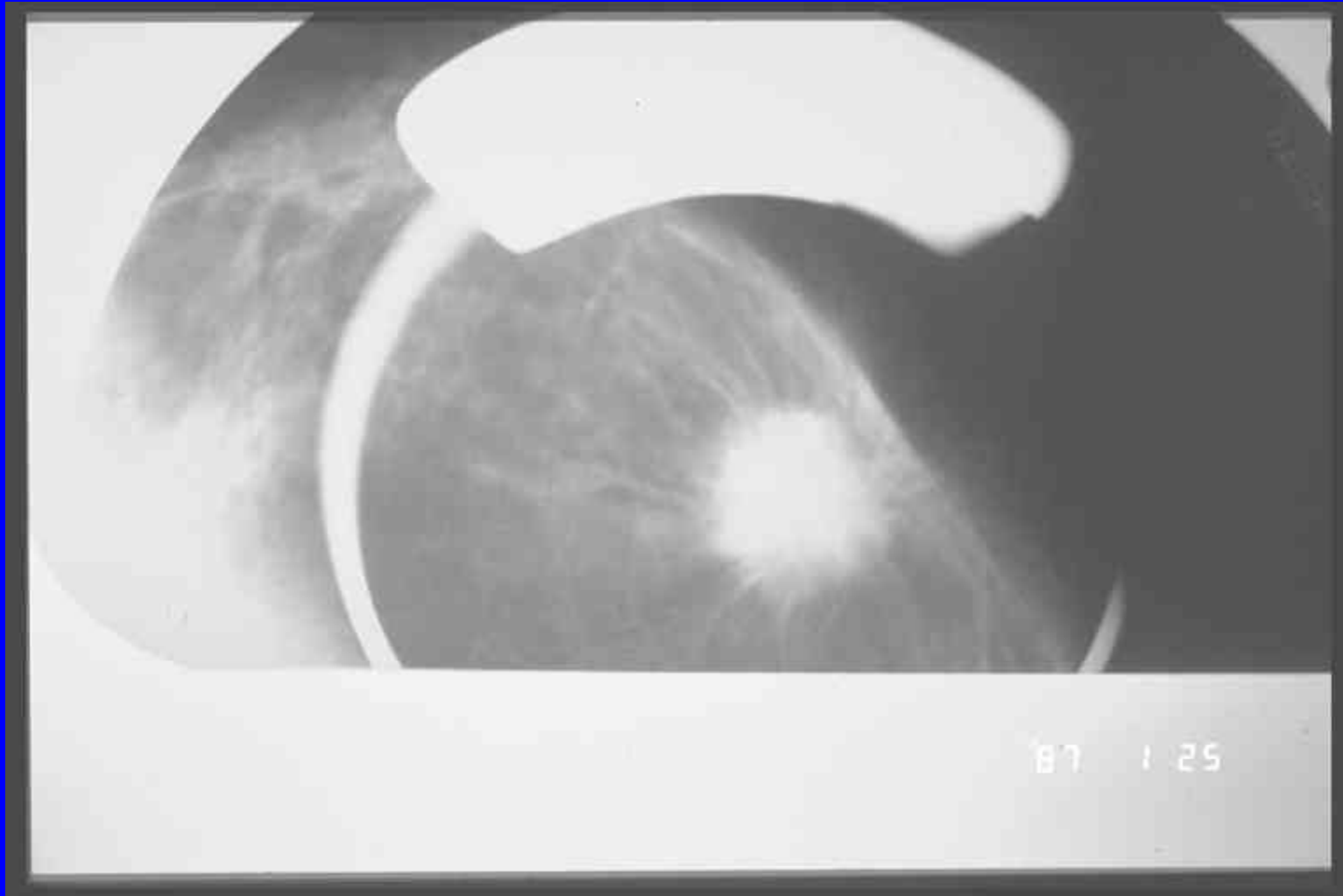
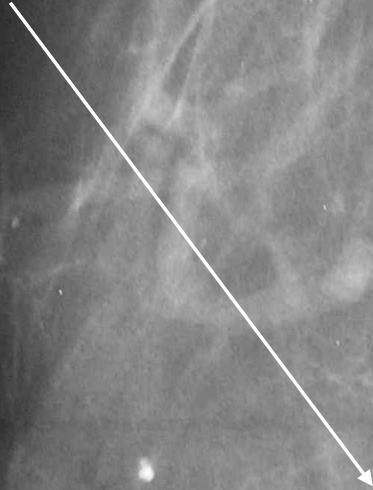


Image mal
limitée,
hétérogène,
atténuante



microcalcifications



Signes radiologiques du cancer du sein

- Mammographie:
 - Opacité spiculée...
 - Microcalcifications
 - Classification ACR
- Échographie:
 - Image hypoéchogène, mal limitée, hétérogène avec atténuation du faisceau postérieur

Chirurgie

- Chirurgie conservatrice:
 - Conserver l'organe, sans augmenter le risque de rechute et en permettant un bon résultat esthétique
 - Possible pour des tumeurs ≤ 3 cm
 - Retirer la tumeur avec des berges saines
 - Prélever des ganglions axillaires (curage axillaire, ganglion sentinelle)
- Chirurgie non conservatrice:
 - Ablation du sein et prélèvement des ganglions axillaires

Radiothérapie

- Systématique en cas de conservation mammaire
- Détruire d'éventuelles cellules tumorales résiduelles
- Délivrer une dose efficace et tolérable
- 45-55 grays à raison de 4 à 5 séances par semaine pendant 5 semaines
- Surdosage au niveau du lit tumoral
 - Externe
 - Curiethérapie

Traitements adjuvants

- Chimiothérapie:
 - Buts: détruire d'éventuelles cellules tumorales qui seraient parties dans l'organisme par voie lymphatique ou sanguine et ainsi améliorer les chances de guérison
- Hormonothérapie:
 - Buts: augmenter les chances de guérison en empêchant la prolifération des cellules tumorales favorisée par les estrogènes

Madame PM

- Sa tumeur mesure 25 mm il n'y a pas d'adénopathie palpable, quel traitement local lui proposez vous?
- Il s'agit d'un adénocarcinome canalaire infiltrant de grade 2 sans emboles vasculaires, 2N+/8, RE + RP+
- Quels traitements complémentaires lui proposez vous?

Traitements adjuvants

- Une chimiothérapie a été proposée associant du:
 - 5 Fluoro-uracile
 - 4' epidoxorubicine
 - Cyclophosphamide
- Pendant une durée de 6 mois à raison d'une cure toutes les trois semaines
- À l'issue de la chimiothérapie une hormonothérapie a été instituée

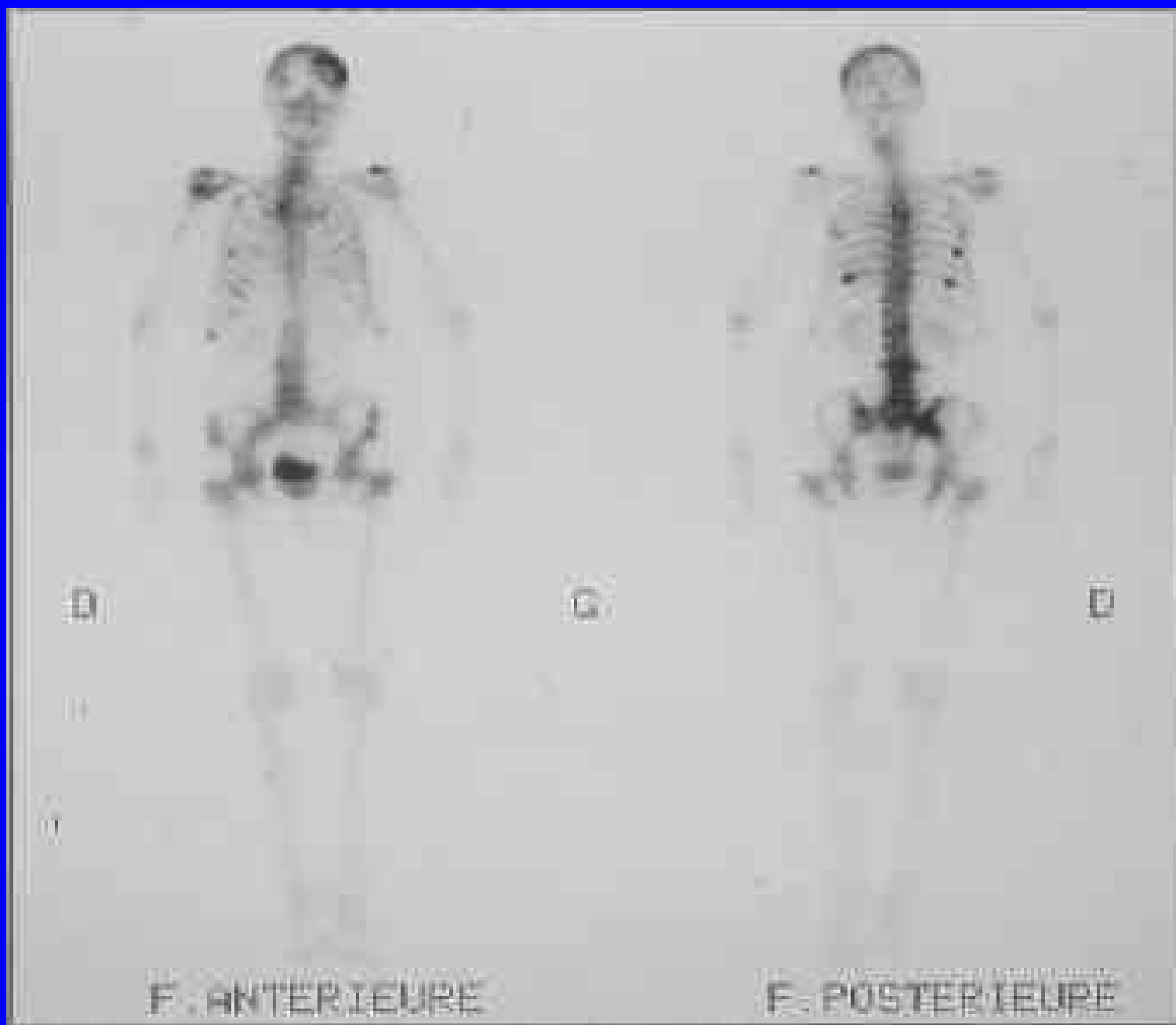
Madame PM

- Le traitement est terminé et une surveillance régulière est instituée
- Trois ans après la fin des traitements elle se plaint de douleurs dorsales irradiant en ceinture
- Quels examens lui proposez vous?

Madame PM

- La scintigraphie osseuse montre des foyers d'hyperfixation
- Les radiographies standards montrent un tassement vertébral
- L'IRM évoque une compression médullaire





Tassements
vertébraux
métastatiques



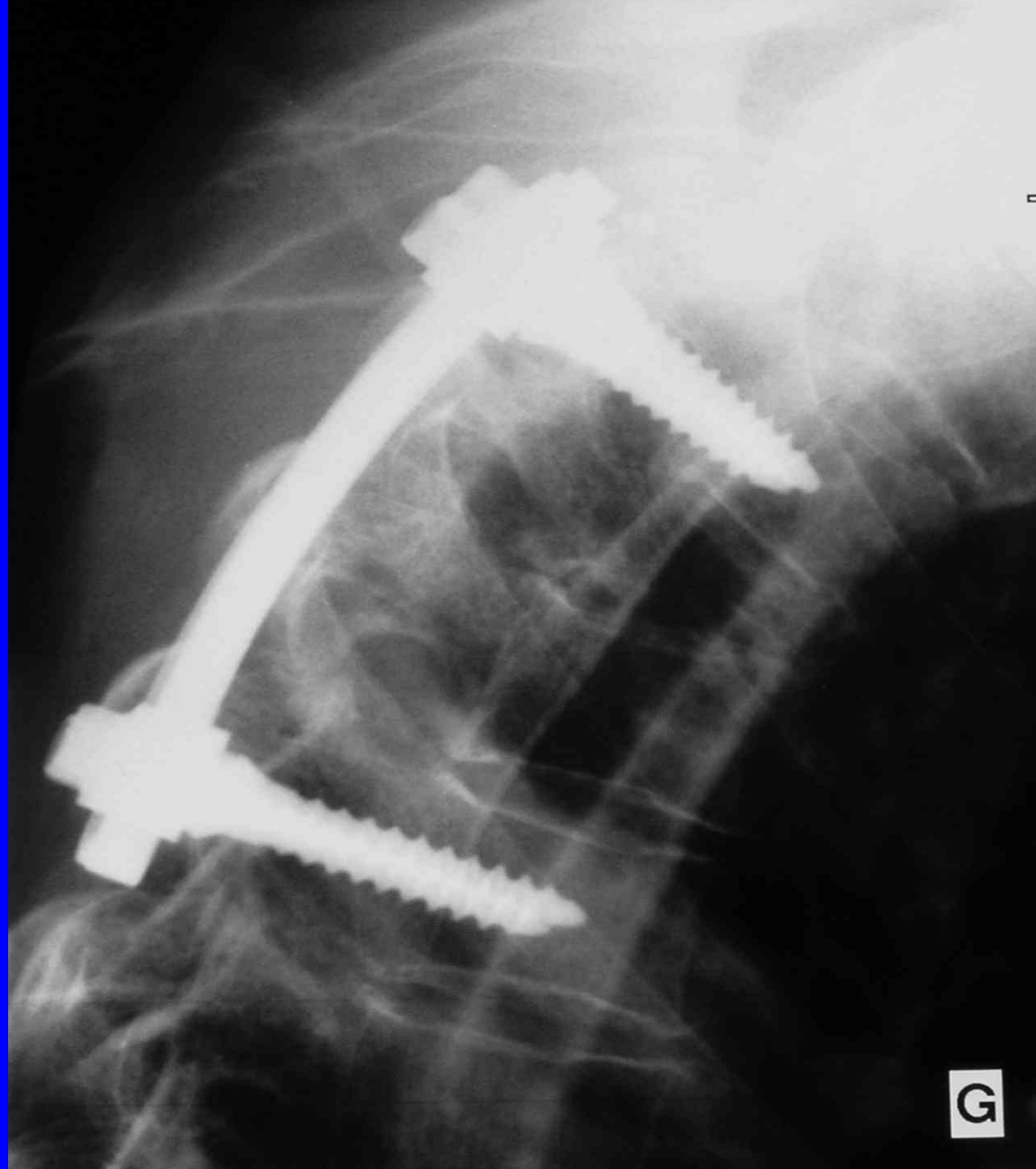
Quels sont les risques?

- La compression médullaire: compression de nerfs par le processus tumoral et pouvant amener à une paralysie
- Les signes:
 - Des troubles sensitifs (paresthésies...)
 - Des troubles moteurs
 - Une douleur
- C'est une urgence!

Comment y remédier

- Calmer la douleur: antalgiques
- Réduire l'inflammation produite par le processus tumoral: corticothérapie
- Empêcher la compression médullaire
 - Chirurgie
 - Radiothérapie
- Traiter le cancer par les traitements spécifiques: chimiothérapie, hormonothérapie, modificateurs de la réponse biologique

Matériel
pour
consolider le
rachis





Madame PM

- Une nouvelle hormonothérapie par un inhibiteur de l'aromatase a été prescrite ainsi qu'un diphosphonates
- Une irradiation à visée antalgique a été proposée