

INTRODUCTION

- La diversité des présentations cliniques ; des réponses aux traitements et du pronostic du cancer du sein s'explique par une forte hétérogénéité moléculaire ; en pratique clinique, les différents sous-types de cancer du sein sont estimés en utilisant des tests immuno-histochimiques(IHC) pour les récepteurs hormonaux (RH ; récepteurs aux estrogènes et à la progestérone) plus ou moins des tests d'hybridation in situ pour la surexpression ou l'amplification d'HER2 (human epidermal growth factor receptor-2).

- Le cancer du sein triple- négatif (CSTN) est défini par l'absence d'expression des RH et d'HER2.

-L'avancement et l'application généralisée des technologies *omiques*(génomiques ; transcriptomiques, protéomiques) ont considérablement modifié l'échelle des données analysables, et une nouvelle compréhension de l'hétérogénéité moléculaire au sein du même sous groupe triple-négatif a ainsi émergé.

Cancers du sein TN conventionnels	Cancers du sein TN de bas grade	
	Mutations TP53, mutations PI3K, 5q-, 8q+	Altérations génétiques spécifiques/pathognomoniques
Cancers TN Type basal	Cancer TN métaplasique de bas grade adénoquameux	Cancers TN sécrétoires ETV6-NTRK3; ETV6-X
Cancers TN métaplasiques	Cancer TN métaplasique de bas grade fusiforme (fibromatose like)	Cancer TN adénoïde kystique MYB-NFIB; MYBL1-NFIB
Cancers TN médullaires	Cancer à cellule acineuse	Cancer TN papillaire et solide avec polarité inversée Mutation spécifique des gènes IDH2 voire PRUNE2
Cancers TN avec différenciation apocrine		

Caractéristiques

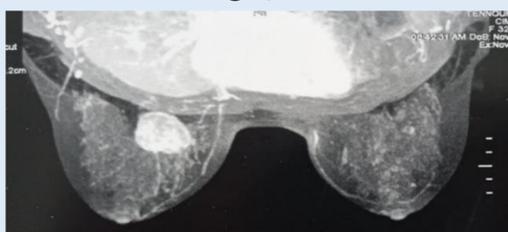
Dans la population générale 50% des tumeurs sont diagnostiquées par la patiente elle-même 60% avec une taille tumorale de 4cm.

- les CSTN se déclarent chez les patientes plus jeunes ; le plus souvent non ménopausées ; lors du diagnostic ; les CSTN sont habituellement de haut grade avec des tumeurs plus volumineuses et avec un profil plus agressif : faible expression de BCL2(tumeurs basal-like) et forte expression de P53 ; et KI67 élevé

- **MAMMOGRAPHIE** : masse ronde ou lobulé dans 60 à 75% des cas ; à bords circonscrits ou indistinct

- **IRM** : On retrouve la présentation à type de masse plus encore qu'on image conventionnelle de 77.3% à 97% de la littérature ; un hypersignal T2 est noté dans un prés de la moitié des masses dans la ; cet hypersignal a été attribué par Dogan et Al à des foyers de nécrose mais il n'y a pas eu de corrélations histologiques.

- L'existence de nécrose centrale est considérée comme un facteur de mauvais pronostic ; corrélé à une



diminution de l'intervalle libre sans récurrence ; à une dissémination métastatique précoce ; et une augmentation de la morbidité quelque soit le statut ganglionnaire

CAS CLINIQUE

- 54 ans G3P3 ; ATCD de néo du sein chez la sœur
- carcinome mammaire infiltrant de type non spécifique grade III triple négatif classé T2N1M1
- discutée en RCP, décision **chimiothérapie palliative**



- Elle a reçu 09 séances de chimiothérapie :
- La première séance /06/09/22
- Les cinq premières séances : protocole TA (taxotere/adriamycine) 06/09 → C5 14/12 /2022.
- Les quatre dernière séance : monothérapie (taxotere) :11/01/23 → C529/03/2023.
- sans réponse clinique ni radiologique .



- Décision RCP : **mastectomie de propreté suivie d'une chimiothérapie carboplatine et radiothérapie**



DISCUSSION

- La chimiothérapie conventionnelle est le traitement standard des CSTN. dans la littérature ; les taux de réponses complètes à la chimiothérapie néoadjuvante conventionnelle basées sur l'arsenal antracyclines /taxanes varient entre 15 et 45% , mais notre cas fait partie de ceux qui n'ont pas répondu à cette chimiothérapie

- Les CSTN ont trop longtemps été considérés comme une entité clinique unique et traités uniformément. Ils présentent en réalité de nombreuses altérations moléculaires distinctes et parfois ciblables. Une modification du paradigme des recommandations internationales actuelles semble souhaitable

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Billar JA, Dueck AC, Stucky CC, et al. Triple-negative breast cancers: unique clinical presentations and outcomes. Ann Surg Oncol 2010;17(Suppl. 3):384—90.
- [2] Boisserie-Lacroix M, MacGrogan G, Debled M, et al. Triple-negative breast cancers: associations between imaging and pathological findings for triple-negative tumors compared with hormone receptor-positive/human epidermal growth factor receptor-2-negative breast cancers. Oncologist 2013;18(7):802—11.
- [3] Whitman GJ, Albarracin CT, Gonzalez-Angulo AM. Triplenegative breast cancer: what the radiologist needs to know. Semin Roentgenol 2011;46(1):26—39.