

# Bulletin de liaison de la SOFMIS

Société Française de Mastologie et d'Imagerie du Sein

N° 15 Décembre 2009

## En Route pour 2010

Après des JFR qui ont tenu leurs promesses et le traditionnel rendez-vous du RSNA, nous entrons enfin dans une période plus calme dédiée aux préparatifs des fêtes de fin d'année et aux bonnes résolutions.

Concernant notre spécialité, les principaux rendez-vous du premier semestre 2010 seront : en Mars, les journées de l'European Society of Breast Imaging (EUSOBI, 3 et 4 Mars) juste avant le congrès de l'ECR puis, pour ceux intéressés par la multidisciplinarité, la 7<sup>e</sup> conférence de l'European Breast Cancer (EBCC 7, Barcelone, 24-27 Mars) avec une demi-journée organisée par IBUS (International Breast Ultrasound School) le 24 Mars après-midi. En Mai (Arcachon, 13-15 Mai), nous espérons vous voir nombreux à notre congrès annuel de la SOFMIS consacré aux femmes à haut risque.

Côté travaux et en lien avec la SFR, deux groupes de travail sont déjà en action : l'un consacré à la mise à jour du guide du bon usage des examens d'imagerie médicale (1<sup>re</sup> édition datant de 2005) et le second sur le compte-rendu radiologique structuré sous la responsabilité du Dr Neuenswander.

Très attendu (croisons les doigts...) la prise en considération de l'interventionnel sous guidage IRM (macrobiopsies sous aspiration) par la CNAM, un dossier de valorisation ayant été déposé par la SOFMIS auprès de l'HAS (Haute Autorité de la Santé ex ANAES) par le biais de la Fédération de Radiologie Interventionnelle en 2009.

En attendant 2010, l'ensemble du bureau se joint à moi pour vous souhaiter d'excellentes fêtes de fin d'année avec Santé, Bonheur et Prospérité !

Dr Anne Tardivon

### Bureau

#### Présidents d'Honneur :

Pr Maurice TUBIANA  
Pr Yves GRUMBACH

#### Président Fondateur :

Pr Jean-Louis LAMARQUE

#### Président sortant :

Dr Joseph STINES

#### Présidente en exercice :

Dr Anne TARDIVON

#### Secrétaire Générale :

Dr Catherine BALU-MAESTRO

#### Vice-Présidents :

Dr Martine BOISSERIE-LACROIX  
Dr Michel-Yves MOUROU  
Pr Patrice TAOUREL

#### Secrétaires Généraux Adjoints :

Dr Pascal CHÉREL  
Dr Joseph PUJOL

#### Trésorier :

Pr Bruno BOYER

#### Trésorière Adjointe :

Dr Véronique BOUTÉ

#### Présidente : Dr Anne TARDIVON

INSTITUT CURIE

Service de Radiologie

26 rue d'Ulm - 75248 PARIS CEDEX 05

Tél. : 01 44 32 42 00 - Fax : 01 53 10 40 15

e-mail : anne.tardivon@curie.net

#### Secrétaire Générale :

Dr Catherine BALU-MAESTRO  
CENTRE ANTOINE LACASSAGNE

Service de radiologie

33 avenue de Valombrose

06189 NICE CEDEX 2

Tél. : 04 92 03 11 97 - Fax : 04 92 03 10 09

e-mail : catherine.balu-maestro

@cal.nice.fnclcc.fr

Site internet : [www.sofmis.org](http://www.sofmis.org)

## Conseil scientifique de la SOFMIS

Catherine BALU-MAESTRO, Nice  
Béatrice BARREAU, Anglet  
Martine BOISSERIE-LACROIX, Bordeaux  
Véronique BOUTE, Caen  
Bruno BOYER, Saint-Mandé  
Pascal CHEREL, Saint-Cloud  
Jocelyne CHOPIER, Paris  
Alvian LESNICK, Perpignan

Anne LESUR, Nancy  
Laurent LEVY, Paris  
Ronan PLANTADE, Nice  
Philippe SEBAG, Nice  
Joseph STINES, Nancy  
Patrice TAOUREL, Montpellier  
Anne TARDIVON, Paris



## Deuxième lecture (dépistage organisé): Evolution 2007-2008 et premiers résultats après l'introduction de la mammographie numérique

Communication faite au Forum du dépistage organisé  
du cancer du sein – 31<sup>es</sup> Journées de la SFSPM – Lyon  
11 novembre 2009

Dr Corinne ALLIOUX, Médecin coordinateur de Loire-Atlantique  
Dr Franck ARNOLD, Médecin coordinateur de la Marne

Dans le programme français de dépistage organisé du cancer du sein (DOCS), la deuxième lecture (L2) concerne les mammographies classées normales (ACR1) et bénignes (ACR2) qui représentent environ 95 % des dépistages. Le but principal de la L2 est la détection de cancers non détectés en première lecture (L1). Les radiologues deuxièmes lecteurs doivent effectuer une formation spécifique et interpréter un minimum de 1 500 mammographies par an. A ce jour, l'évaluation nationale, publiée par l'Institut de Veille Sanitaire (InVS), est disponible jusqu'en 2006. L'objectif de cette présentation est de montrer les tendances évolutives des résultats de la 2<sup>e</sup> lecture pour la période 2007-2008 en termes de taux de positifs et de détection de cancer. Une étude par radiologue deuxièmes lecteurs vient compléter le propos. Les premières constatations concernant les dépistages réalisés en technique numérique autorisée dans le programme depuis le 5 février 2008, sont également abordées.

### Matériel et méthode

Les données ont été recueillies dans les structures de gestion auprès des médecins coordonnateurs appartenant à ACORDE (Association des Coordonnateurs du Dépistage des cancers) à l'aide de trois questionnaires séparés.

### Résultats et discussion

Dans la plupart des 53 départements qui ont répondu, le nombre de radiologues 2<sup>es</sup> lecteurs (RL2) varie peu depuis 2003. En 2008, la proportion de 2<sup>es</sup> lecteurs parmi l'ensemble des radiologues participant au DOCS, est en moyenne de 18,6 % [6,2 % à 64,7 %]. Le nombre annuel moyen de mammographies interprétées par RL2 est élevé (2 400), avec des extrêmes allant de 620 à 5 500.

### Taux de positifs en deuxième lecture

Les dépistages positifs de 2<sup>e</sup> lecture conduisent dans leur grande majorité à rappeler les femmes pour un bilan diagnostique différé d'une image non détectée en 1<sup>re</sup> lecture. Plus rarement, il s'agira d'une demande de surveillance ou de prélèvements. Le cahier des charges (CDC) national recommande de ne pas dépasser 2 à 3 % de dépistages positifs en L2.

Notre analyse 2007-2008 concerne 43 réponses exploitables. La médiane du taux de positifs en L2 est de 1,3 % en 2007 [0,2-6,5 %] et 1,2 % en 2008 [0,1-6,3 %]. En 2007, seuls deux départements dépassent le seuil maximal recommandé de 3 % ; en 2008, un seul département est dans ce cas. La crainte d'un taux de rappel élevé en L2 et de ses conséquences psychologiques délicates sur la population n'est donc pas avérée. Les principales tendances évolutives du taux de positifs L2 depuis 2003 ou 2004 sont à la baisse progressive (20 départements) ou à la stabilité (21 départements). En cas de stabilité, 10 départements maintiennent un taux bas, 9 un niveau moyen (1 à 3 %), et 2 un taux supérieur aux 3 % recommandés.

### Cancers détectés par la seconde lecture

On s'intéresse ici au pourcentage de cancers détectés par les deuxièmes lecteurs parmi l'ensemble des cancers détectés. Les chiffres nationaux, disponibles pour 2004, 2005 et 2006, sont respectivement de 7,2 %, 6,7 % et 6,4 %. Notre analyse a porté sur 51 réponses et 53 départements. Le pourcentage moyen de cancers L2 y est relativement stable : 8,5 % en 2004, 8,4 % en 2005, 7,4 % en 2006 et 7,9 % en 2007. Ce taux varie d'un département à l'autre. Les effectifs annuels de cancers L2 pouvant être faibles, nous avons cumulé les données 2004-2007 et observé alors des extrêmes allant de 3,7 à 17 %.

L'analyse des tendances évolutives du pourcentage de cancers détectés en L2 permet d'identifier plusieurs profils. Onze départements sont en baisse progressive et 23 sont stables. Parmi ces derniers, 11 restent à un niveau bas (< 5 %), 6 à un niveau moyen, et 6 à un niveau élevé (> 10 %). Une augmentation régulière est constatée dans 9 départements. Enfin, les départements engagés récemment dans le programme ont un pourcentage de détection par la L2 plus bas que les anciens.

### Analyse par radiologue deuxième lecteur

Nous avons analysé les données de 15 départements, représentant 248 radiologues seconds lecteurs (RL2) dont la moitié l'était déjà avant l'application du cahier des charges de la généralisation du dépistage. Ces 2<sup>es</sup> lecteurs ont interprété 1 426 807 mammographies dans la période choisie (2004-2007). Nous avons caractérisé le domaine d'activité en première lecture selon 5 classes : CAC (Centre Anti Cancéreux), HNOS et LNOS (Hospitalier et Libéral Non Orienté Sénologie), HOS et LOS (Hospitalier et Libéral Orienté Sénologie). Les différents modes d'exercice des 2<sup>es</sup> lecteurs se répartissent ainsi et en ordres croissants : CAC = 2 %/HNOS = 3 %/HOS = 4 %/LOS = 27 %/LNOS = 64 %.

Le taux moyen de positifs de L2 est de 1,63 % ; le taux de détection de l'ensemble des RL2 atteint 0,8 ‰. La variation de ce taux est importante entre les différents départements analysés [0,3 à 1,7 ‰]. Entre les radiologues d'un même département, l'amplitude de variation est parfois grande (0-2,6 ‰). Enfin, on met en évidence une différence selon le mode d'exercice : 0,6 ‰ pour le groupe HNOS/LNOS, puis 1,1 ‰ pour celui des LOS/HOS et 1,2 ‰ pour les CAC.

### Premiers résultats numériques

La technique numérique a été autorisée dans le programme en Février 2008. Nous avons recueilli les résultats des 1<sup>re</sup> et 2<sup>e</sup> lectures de 10 départements concernant 2008 et début 2009. En 2009, la part de mammographies numériques est en moyenne de 61 % [22 %-77, 5%]. Une baisse du taux de positifs en 2<sup>e</sup> lecture est observée dans 9 départements, de même qu'une diminution du taux de clichés techniquement insuffisants (CTI) pour 8 départements. Ces constatations préliminaires doivent être analysées plus précisément et corrélées à

d'autres critères. Il est trop tôt pour disposer des taux de détection de cancers.

### Conclusion

Au vu de ces résultats recueillis auprès de plus de la moitié des départements français, nous constatons que la qualité et l'efficacité de la 2<sup>e</sup> lecture restent satisfaisantes. Le taux de femmes rappelées est conforme aux recommandations du cahier des charges, même si des disparités départementales persistent. Le pourcentage de cancers détectés en L2 est d'interprétation plus

complexe, compte tenu des petits effectifs annuels départementaux, mais il est globalement stable et de bon niveau. Il serait intéressant d'étudier plus avant les disparités intra et inter-départementales. Le taux de détection des cancers en L2 semble dépendre du type d'activité du 2<sup>e</sup> lecteur, orienté ou non vers la sénologie. Avec l'introduction de la mammographie numérique, une tendance à la baisse du taux de positifs en L2 et de CTI paraît se dessiner, mais ces observations demandent à être vérifiées par une analyse ultérieure plus large.

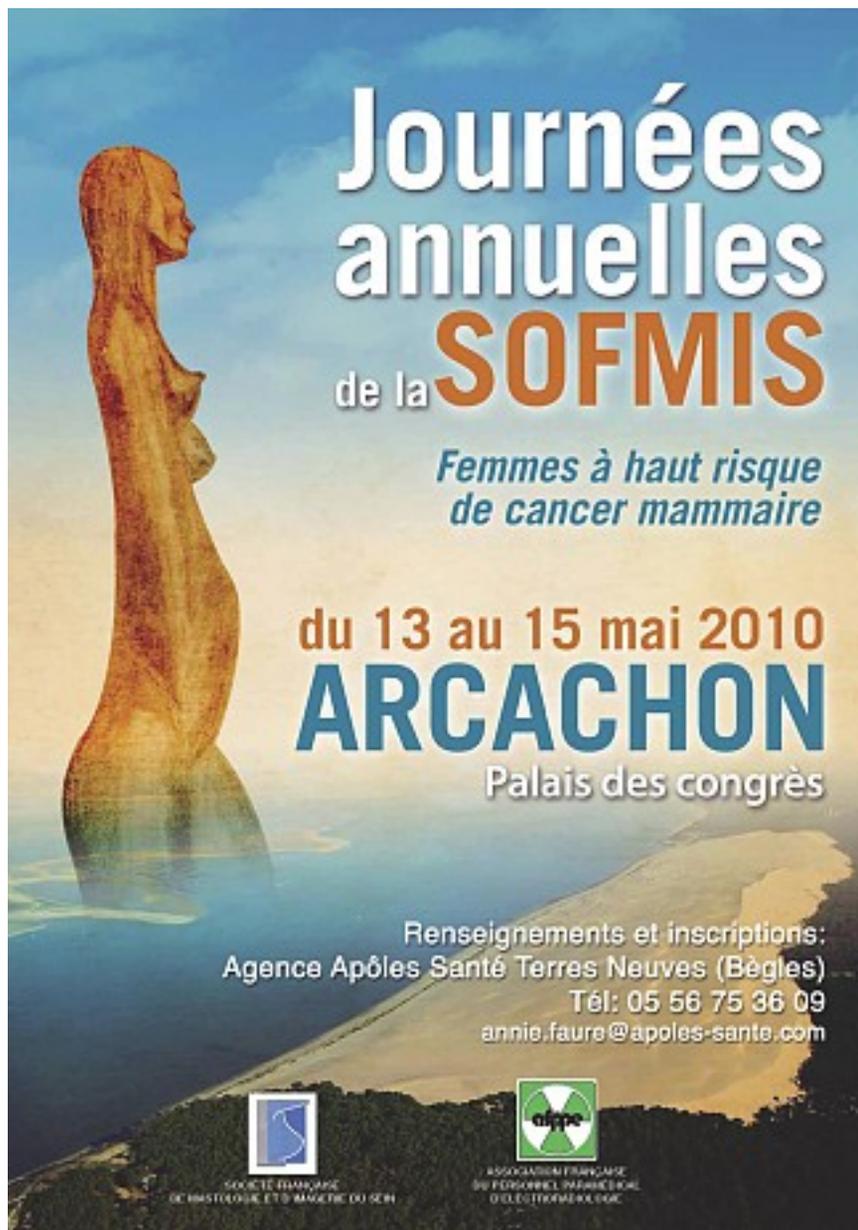
## SOFMIS 13, 14 et 15 mai 2010 Palais des Congrès, Arcachon

Le cancer du sein est en constante augmentation. Au cours de ces Journées, seront abordés l'évaluation du risque de cancer et les principaux modèles de calcul du risque en pratique clinique. 5 à 10 % des cancers répondent à une prédisposition héréditaire par mutation des gènes BRCA1 et 2, nécessitant un suivi annuel spécifique par mammographie-échographie-IRM. Les autres facteurs de risque : facteurs histologiques, haute densité mammaire, antécédent personnel de cancer mammaire seront abordés, ainsi que leurs implications sur le dépistage. Les dernières technologies : tomosynthèse, élastographie, feront l'objet de mises au point. La prise en charge des images anormales dépistées nécessite un plateau technique équipé pour les prélèvements échographiques par micro et macrobiopsies, les prélèvements par macrobiopsies sur table dédiée, les prélèvements sous antenne IRM. La gestion des prises de contraste IRM chez les femmes à risque génétique sera discutée.

La dimension psychologique de la surveillance des femmes à risque ne doit pas être négligée : leurs interrogations, l'impact de la consultation d'oncogénétique sur la famille. Les mesures de réduction du risque, la prise en charge chirurgicale mammaire des patientes à risque héréditaire feront l'objet de communications.

Une session d'imagerie pelvienne portera sur la pathologie ovarienne.

En plus des conférences plénières, des ateliers seront organisés sur les risques sociétaux, les aspects pratiques des consultations d'oncogénétique, les problèmes posés par les seins denses, les corrélations radio-histologiques...déclinant les facteurs de risque de cancer les plus élevés en apportant aux participants des réponses à leurs questions quotidiennes.



**Journées  
annuelles  
de la SOFMIS**

*Femmes à haut risque  
de cancer mammaire*

**du 13 au 15 mai 2010**  
**ARCACHON**  
Palais des congrès

Renseignements et inscriptions:  
Agence Apôles Santé Terres Neuves (Bègles)  
Tél: 05 56 75 36 09  
annie.faire@apoles-sante.com

  
SOCIÉTÉ FRANÇAISE  
DE MAMMOLOGIE ET DE CANCER DU SEIN

  
ASSOCIATION FRANÇAISE  
DE RADIOLOGIE MAMMAIRE ET  
D'ÉLECTROIMMUNOLOGIE



# IRM dans la recherche d'un cancer controlatéral chez une patiente présentant un cancer du sein récemment diagnostiqué : piège ou nécessité ?

Pr P. TAOUREL. Service d'imagerie médicale, Hôpital de Lapeyronie, Montpellier

Le rôle positif ou négatif et les indications d'IRM dans le bilan d'extension d'un cancer du sein constituent des sujets débattus et controversés. Dans un certain nombre de référentiels (Européens ou Nord Américains), la justification majeure de la réalisation systématique d'une IRM dans le bilan d'extension d'un cancer du sein diagnostiqué est la recherche d'un cancer controlatéral.

Une étude publiée dans le New England Journal of Medicine en 2007 supporte ce rôle important de l'IRM dans la détection d'un cancer controlatéral synchrone [1]. Cette étude multicentrique, ayant inclus 969 patientes, avait montré que des cancers controlatéraux étaient diagnostiqués chez 3 % des patientes (60 % de cancers invasifs, 40 % de cancers canaux *in situ*), avec une valeur prédictive positive d'un rehaussement IRM suspect de 25 %. L'IRM avait les avantages de permettre, d'une part, le diagnostic d'un cancer controlatéral de bon pronostic, et d'autre part, un traitement en un seul temps des cancers bilatéraux.

Une méta-analyse récente publiée dans le Journal of Clinical Oncology retrouve des résultats du même type, mais les interprètent de manière plus nuancée [2]. Cette méta-analyse reprend 22 études ayant inclus un total de 3 253 patientes. Elle dénombre 131 cancers controlatéraux détectés par l'IRM seule (taux de cancers de 4,1 %). Dans cette méta-analyse, la valeur prédictive positive de l'IRM était de 47,9 %, soit la réalisation de deux procédures biopsiques pour diagnostiquer un cancer. Les cancers diagnostiqués étaient de bon pronostic, avec 35 % de cancers canaux *in situ* et 65 % de cancers invasifs, ces derniers ayant un diamètre moyen de 9,3 mm [3-17 mm]. Cependant, les tailles n'étaient précisées que pour un tiers des cancers invasifs diagnostiqués. Enfin, cette méta-analyse confirmait que l'IRM n'avait pas une sensibilité parfaite, puisque chez les 42 patientes pour lesquelles une mastectomie prophylactique avait été réalisée avec une IRM controlatérale négative, cinq lésions néoplasiques avaient été identifiées.

De façon surprenante, alors que les résultats sont plutôt supérieurs à ceux retrouvés dans l'étude du NEJM (taux de cancers

détectés supérieur : 4,1 % versus 3 %, valeur prédictive positive d'une anomalie IRM supérieure : 47,9 % versus 25 %), les auteurs tirent des conclusions pour le moins prudentes, sinon dubitatives, et insistent sur trois effets négatifs potentiels de l'IRM :

a) la difficulté de différencier une lésion maligne d'une lésion bénigne : cette difficulté, en particulier dans les lésions de petite taille, n'est pas un phénomène nouveau, et contrairement à l'analyse faite par les auteurs, la valeur prédictive positive de 47,9 % retrouvée dans la méta-analyse paraît un résultat très positif, tant pour le diagnostic de carcinome canalaire *in situ*, que pour le diagnostic de cancer invasif de petite taille. Si on prend par comparaison, les valeurs prédictives positives des biopsies réalisées sous stéréotaxie dans les foyers de micro-calcifications, ou des biopsies sous échographie des nodules de taille centimétrique, la valeur prédictive positive d'une biopsie réalisée est certainement nettement inférieure à 50 %. La valeur prédictive positive de l'IRM n'est donc certainement pas inférieure dans cette méta-analyse à celles de la mammographie ou de l'échographie dans d'autres études. Il s'agit plus de la difficulté de biopsier sous IRM, (par comparaison aux biopsies réalisées sous mammographie ou échographie), que du manque de spécificité de l'IRM plutôt qui doit être avancée. Cela me semble devoir plaider plutôt pour le développement de l'interventionnel guidé par l'IRM, que pour la non utilisation de l'IRM.

b) Le risque de sur-diagnostic est le deuxième argument justifiant l'extrême prudence des auteurs dans leurs conclusions ; cet argument est plus convaincant. En effet, ce taux de 4,1 % de cancer diagnostiqués uniquement par l'IRM doit être mis en balance avec le taux de cancers controlatéraux à dix ans de 4-5 % (taux annuel de 0,4 % à 0,8 % de cancers controlatéraux par an). On peut donc se demander, comme le font les auteurs, si un taux important de ces cancers controlatéraux ne serait pas resté latent, non évolutif, ou n'aurait pas été stérilisé par les traitements médicaux systémiques tels que la chimiothérapie et/ou l'hormonothérapie (Tamoxifène ou anti-aromatases).

c) Un troisième argument négatif donné par les auteurs est le risque de mauvaise pratique : il ne faut pas réaliser de mastectomie sans confirmation de la nature histologique de la lésion ; il faut avoir accès à des échographies de « second look » et des biopsies guidées par imagerie, et ne pas retarder la prise en charge du cancer du sein diagnostiqué. Il s'agit là d'évidences, peut-être utiles à rappeler, mais qui ne plaident pas contre l'utilisation de l'IRM dans le bilan d'extension d'un cancer du sein mais contre une mauvaise utilisation et une mauvaise pratique de celle-ci.

Aussi, à mon sens, le principal point d'interrogation reste celui du sur-diagnostic : 4 % de cancers du sein controlatéraux sont diagnostiqués grâce à l'IRM mais avec une incertitude quant à leur devenir de ces cancers n'avaient pas été diagnostiqués. Cette contradiction n'est pas sans rappeler les discussions qui ont eu lieu lors de la mise en place du dépistage du cancer du sein. Une étude randomisée prospective comparant les patientes qui ont une IRM versus celles qui n'en n'ont pas, en terme de survenue d'un cancer controlatéral est donc nécessaire. Les résultats de cette étude, comme les auteurs de la méta-analyse le notent bien, ne peuvent être attendus que dans cinq à dix ans. Aussi, aujourd'hui, les auteurs recommandent une conduite consensuelle, à savoir celle d'informer les patientes sur les risques et bénéfices d'avoir une IRM dans le bilan d'extension de leur cancer du sein, en sachant que les choix des patientes seront souvent le reflet des convictions des sénologues les prenant en charge.

## Références

1. Lehman CD, Gatsonis C, Kuhl CK et al. MRI evaluation of the contralateral breast in women with recently diagnosed breast cancer. N Engl J Med 2007; 356:1295-1303
2. Brennan ME, Houssami N, Lord S et al. Magnetic resonance imaging screening of the contralateral breast in women with newly diagnosed breast cancer: systematic review and meta-analysis of incremental cancer detection and impact on surgical management. J Clin Oncol 2009; 27:5640-9

## Announces .....



**16<sup>th</sup>** World Congress  
of the Senologic International Society 

29<sup>th</sup> National Congress   
of the Spanish Society of Senology and Breast Disease

**valencia** 2010  
october 20<sup>th</sup> - 22<sup>nd</sup>

[www.congresomundialsis.com](http://www.congresomundialsis.com) Palacio de Congresos de Valencia

**General Management**  
Instituto Valenciano de Oncología  
C/ Beltrán Baguena nº 9  
46009 Valencia  
Tel: (+34) 96 111 40 18  
e-mail: [gerencia@sospm.es](mailto:gerencia@sospm.es)

**Palacio de Congresos Valencia**  
C/ Avinguda Corts Valencianes 00  
46015 Valencia  
Tel: (+34) 98 317 94 00  
[www.palcongrevic.com](http://www.palcongrevic.com)

**Scientific Secretary Valencia**  
Juan de Austria, 35 puerta B  
46002 Valencia  
Teresa Martí  
Tel: (+34) 96 394 22 10  
Fax: (+34) 96 394 22 10  
e-mail: [sisbreast.valencia@grupocarri.com](mailto:sisbreast.valencia@grupocarri.com)  
[www.congresomundialsis.com](http://www.congresomundialsis.com)

**Scientific Secretary Madrid**  
Grupo Anán de Comunicación  
C/ Castoño, 126 1<sup>a</sup>, 28006 Madrid  
Paloma Rubio  
Tel: (+34) 91 782 00 33  
Fax: (+34) 91 561 57 87  
e-mail: [congreso@grupocarri.com](mailto:congreso@grupocarri.com)  
[www.grupocarri.com](http://www.grupocarri.com)

**Conference Processes**  
Azafatas y Congresos de Valencia  
Profesor Beltrán Bagues, 5 - 6<sup>a</sup>  
46009 Valencia  
M<sup>ra</sup> José Torres  
Tel/fax: +34 96 345 04 71  
e-mail: [scv@laccv.com](mailto:scv@laccv.com)

**valencia**



**EUSOBI**  
european society of breast imaging

european society  
of breast imaging

# annual scientific meeting

march 3-4, 2010  
vienna, austria

[www.eusobi.org](http://www.eusobi.org)



# EBCC European Breast Cancer Conference

7

24-27 March 2010  
**BARCELONA  
SPAIN**

First Announcement



**ecco**

[www.ecco-org.eu](http://www.ecco-org.eu)

# EBCC European Breast Cancer Conference

7

24-27 March 2010  
**BARCELONA  
SPAIN**

Dear Friends, Colleagues and past EBCC Participants,

We are pleased to announce that the 7th in the leading series of European breast cancer conferences - the EBCCs - will convene the breast cancer community in Barcelona, Spain, 24-27 March 2010.

While it has long since been accepted that the only way to operate within today's bio-medical arena is from the multidisciplinary and collaborative perspective, the challenge of translating discovery into a reality at the "bedside" still weighs heavy- more than ever before.

We are now not only striving to collectively bridge the bench-bedside gap, but also need to focus our efforts on completing the full cycle; from basic through to translational and applied research, to clinical practice and patient's day-to-day care and support, and back.

The three organisations driving the EBCCs - EUSOMA, the EORTC Breast Group and EUROPA DONNA - are highly dedicated to solving these challenges through a multidisciplinary perspective, involving patient representatives, clinicians, health professionals, and scientists. We are currently in the process of crafting a scientific programme of excellence that will facilitate the "must-have" conversations by addressing timely topics and securing a first class panel of speakers presenting on the very latest trends and developments within the field.

Incorporating all the essential elements common to past EBCC programmes such as the plenary sessions, teaching lectures, clinical symposia, interactive debates sessions, and patient participation, we also aim to heighten quality, attendance and exposure - a tall order given the overwhelming successes of former EBCC meetings!

Our host city will match the exciting promise of the conference itself - speakers, participants, guests and friends can all expect to be enchanted and enthralled by the wonderful city that is Barcelona.

We all look forward to working towards March 2010 - marking the next EBCC milestone in ultimately combating breast cancer.

Alain Fourquet (FR), Chair  
President, EUROPA DONNA (tbc), Co-Chair  
José Baselga (SP), Chair, National Organising Committee  
David Cameron (UK), Representative, VZW-BCWC  
Martine Piccart (BE), Representative, VZW-BCWC  
Emiel Rutgers (NL), Chair, EBCC-6

#### Secretariat

For further information and general enquiries, please contact the EBCC-7 Secretariat directly:

ECCO - the European CanCer Organisation  
Avenue E. Mounier 83  
B-1200 Brussels  
Belgium  
Tel: +32 2 7750201  
Fax: +32 2 7750245  
Email: [ebcc7@ecco-org.eu](mailto:ebcc7@ecco-org.eu)

For all forthcoming announcements please bookmark: [www.ecco-org.eu](http://www.ecco-org.eu)  
(select 'Congresses and Conferences' > 'EBCC-7')

**ecco**