

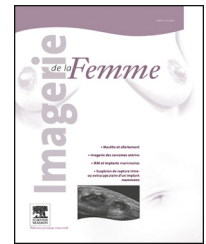


Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



MISE AU POINT

Bilan d'extension du cancer du sein : ne rien rater, ne pas surestimer



Staging of breast cancer: Do not miss anything, do not overestimate

**Martine Poncet, Rim Villard-Mahjoub,
Béatrice Delarbre, Dominique Margain,
Aurélie Jalaguier-Coudray***

*Service de radiologie, institut Paoli-Calmettes, 232, boulevard Sainte-Marguerite,
13009 Marseille, France*

Reçu le 12 février 2017 ; reçu sous la forme révisée le 13 mars 2017; accepté le 13 mars 2017
Disponible sur Internet le 28 avril 2017

MOTS CLÉS

Cancer du sein ;
Mammographie ;
Échographie ;
IRM ;
Lésion additionnelle ;
Bilan extension

Résumé Le pronostic du cancer du sein est lié à son profil immunohistochimique et à son stade au diagnostic. Le radiologue joue un rôle essentiel dans la prise en charge du cancer du sein car il occupe une place déterminante dans la stratégie thérapeutique. L'objectif de ce travail est de revoir le bilan d'extension du cancer du sein pour ne pas sous-estimer le stade lésionnel, et pour réaliser un bilan le plus complet possible. Le bilan d'extension général ne sera pas détaillé.

© 2017 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

KEYWORDS

Breast cancer;
Mammography;
Ultrasound;
MRI;
Local extent;
Additional tumour

Summary Prognosis of breast cancer depends on the immunohistochemical profile and its stage at the initial diagnosis. The radiologist plays an essential role in the management of breast cancer because of the decisive role in treatment strategy. The objective of this work is to review the imaging needed to stage breast cancer and not to underestimate the lesion, and to perform a complete imaging. The general extension report will not be detailed here.

© 2017 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : aureliejalaguier@gmail.com (A. Jalaguier-Coudray).

Introduction

Devant la mise en évidence d'un cancer du sein, le radiologue doit réaliser un bilan exhaustif afin de préciser la taille tumorale et sa localisation précise. Il est indispensable d'explorer tous les quadrants et le sein controlatéral à la recherche de lésions additionnelles. La recherche d'adénomégalies est indispensable car la mise en évidence de ganglion positif à la biopsie modifie la prise en charge thérapeutique [1].

Bilan local

Lorsqu'une patiente présente une lésion ACR5 ou ACR6, la radiologue doit anticiper la stratégie thérapeutique afin de recueillir les éléments qui détermineront la prise en charge.

Taille

L'examen clinique reste fondamental puisqu'il donne la classification *tumour node metastasis* (TNM) initiale. Le radiologue devra mesurer cliniquement dans les deux plans la taille de la tumeur et rechercher des anomalies cutanées (méplat, ride, œdème ou un aspect de peau d'orange) [2]. Un envahissement de la peau même pour une petite lésion fait classer la tumeur en T4a.

La taille tumorale doit être mesurée en mammographie. Cet examen reste indispensable dans le bilan d'extension locale, même pour une femme jeune. La mesure de la

taille de la lésion ACR6 s'effectue dans les trois plans. Le plus grand axe correspond au T de la classification TNM. La mesure de l'axe transverse (mesuré sur le cliché de face) et la mesure de la hauteur (mesuré sur le cliché de profil) sont deux mesures indispensables pour le chirurgien (Fig. 1). La mesure de l'axe antéropostérieur n'est pas indispensable car les tumorectomies vont toujours de la peau jusqu'au muscle pectoral [2]. Pour les masses spiculées, deux mesures peuvent être données, celle de la masse sans et avec les spicules. Les foyers ou plages de microcalcifications doivent être mesurés sur les clichés agrandis pour ne pas sous-estimer la taille lésionnelle (Fig. 2) [3].

L'échographie mesure chaque lésion dans trois plans avec également une mesure du plus grand diamètre (Fig. 3) [4]. Lorsque les lésions présentent un halo hyperéchogène périphérique, il faut mesurer la lésion avec et sans le halo qui correspond à la réaction stromale périphérique [4].

L'IRM n'est pas réalisée systématiquement dans le bilan d'extension d'un cancer du sein. Elle est indiquée chez une patiente de moins de 40 ans, en cas de chimiothérapie néoadjuvante, de traitement par oncoplastie de niveau 2 ou lorsqu'il existe une discordance entre la taille clinique et la taille en mammoéchographie (recommandations de la Haute Autorité de santé [HAS]). Comme en mammographie et en échographie, la taille doit comprendre le plus grand axe, le diamètre transverse et la hauteur.

L'IRM est la meilleure technique pour estimer la taille tumorale surtout dans les seins denses. La mammographie est correctement corrélée à la taille tumorale dans les seins

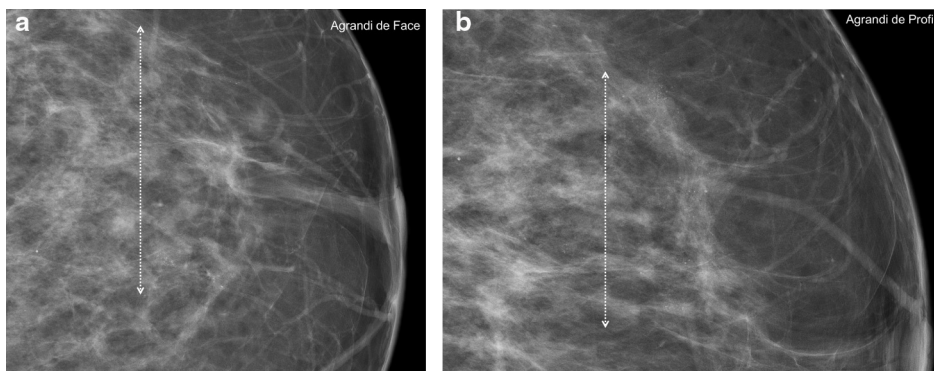


Figure 1. Clichés mammographiques agrandis : a : de face ; b : de profil. La plage de calcifications est mesurée avec deux axes : transverse (a, flèche pointillée) et hauteur (b, flèche pointillée).

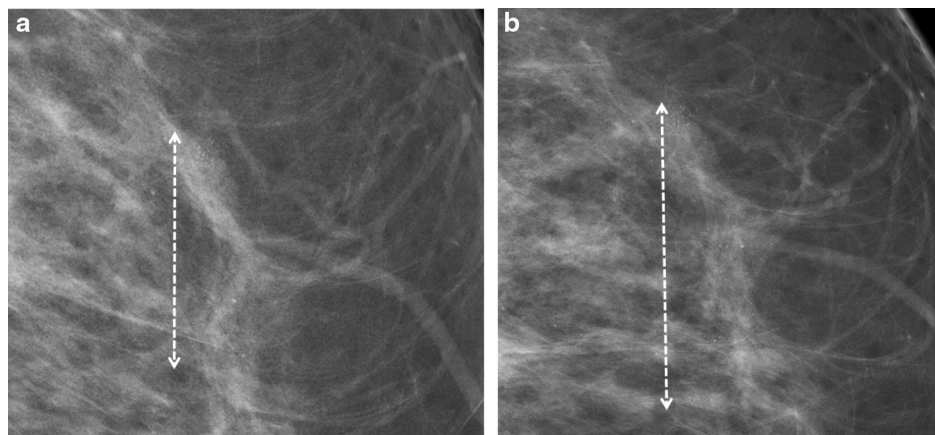


Figure 2. Clichés mammographiques : a : standard ; b : agrandissement $\times 1,8$. La taille du foyer de calcifications est sous-estimée sur le cliché standard.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5579052>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5579052>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)