

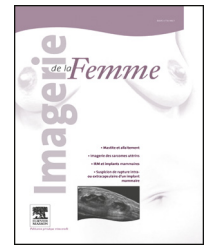


Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



MISE AU POINT

Prise en charge des lésions malignes avant chirurgie : état de l'art de la collaboration radiologue pathologiste[☆]



Management of breast cancers before surgery: State of the art of the radio-pathological collaboration

Anne Tardivon^{a,*}, Anne Vincent-Salomon^b

^a Service de radiologie, institut Curie, 26, rue d'Ulm, 75248 Paris cedex 05, France

^b Service de biologie des tumeurs, institut Curie, 26, rue d'Ulm, 75248 Paris cedex 05, France

Reçu le 11 mars 2015 ; reçu sous la forme révisée le 16 mars 2015 ; accepté le 29 juin 2015
Disponible sur Internet le 18 août 2015

MOTS CLÉS

Sein ;
Cancers du sein ;
Imagerie ;
Prélèvements

Résumé Dans un cancer, le bilan d'imagerie doit fournir les informations suivantes : le type lésionnel (masse, calcifications, etc.), la localisation dont les rapports avec les plans cutané et postérieur, le mamelon, la taille (le plus grand axe et la taille « chirurgicale »), le nombre de lésions (unifocale versus multiples) et le statut axillaire (échographie). Les biopsies sont à privilégier afin de fournir les informations sur le grade et profil biologique (récepteurs hormonaux, statut HER2, Ki 67) ; le guidage radiologique et le respect des critères pré-analytiques (fixation) sont les garants de leur fiabilité. Les cytoponctions sont réservées aux lésions surnuméraires de proximité (à moins de 3 cm du cancer index) et aux adénopathies. En cas de profil discordant entre le grade et la biologie, de nouveaux prélèvements percutanés ou une réévaluation sur la pièce opératoire seront demandés.
© 2015 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

KEYWORDS

Breast;
Breast cancers;
Imaging;
Percutaneous
samples

Summary In breast cancers, imaging staging must give precise information about the lesion type (mass, calcifications, etc.), the location with the relationships with the skin and deep planes and the nipple, the size (maximal diameter and "surgical" size), the number of lesions (single or multiple) and the staging of axillary lymph nodes. Biopsies must be performed for giving reliable evaluation of the grade and biomarkers (hormonal receptor and HER2 status, Ki 67); US-guidance and respect of the pre-analytic criteria (fixation) are the cornerstones

[☆] Travaux présentés lors du congrès de la Sifem, Paris, juin 2015.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : anne.tardivon@curie.fr (A. Tardivon).

of their reliability. Fine needle aspirations must be reserved to additional suspicious lesions near the index lesion (< 3 cm) and suspicious lymph nodes. In case of discordant profiles, repeated percutaneous biopsies or re-evaluation at surgery will be asked.

© 2015 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

Nous n'aborderons dans cet article que les lésions typiquement malignes en imagerie (catégorie ACR5) ou les cancers déjà diagnostiqués (ACR6). Lors de la détection d'une lésion mammographique et/ou échographique typiquement maligne, le radiologue effectuera un bilan diagnostique complet en vue de préparer sa stratégie interventionnelle pour confirmer la malignité et fournir toutes les informations utiles pour la prise en charge de la patiente.

La taille lésionnelle

Il y a deux types différents de taille à renseigner : la taille en vue de la corrélation avec la pathologie (pT) soit le plus grand axe lésionnel, et ce, quelle que soit l'orientation spatiale et la taille « chirurgicale », qui informe le chirurgien sur l'étendue des marges latérales à envisager lors de son geste opératoire [1].

Lésions non palpables

Masse

Dans ce contexte de masse non palpable, l'évaluation de la taille tumorale dépend pour les indications initiales de traitement exclusivement du radiologue. Même en cas de lésions ≤ 10 mm, elle doit être soigneuse car certaines décisions thérapeutiques peuvent en dépendre. En échographie, une fois la lésion détectée (indication du rayon horaire et de la distance/mamelon) et en variant l'orientation de la sonde, on recherchera le plus grand axe lésionnel que l'on mesurera en précisant sur l'iconographie dans quel axe de la sonde il a été obtenu. Si cette orientation est compatible avec la réalisation des microbiopsies, elle sera à privilégier afin d'optimiser la quantité de tissu pathologique dans les prélèvements. L'ACR recommande de donner à chaque fois que possible les dimensions dans les 3 plans de l'espace (en cas d'atténuation postérieure, il ne faudra pas prendre de mesure dans l'axe de l'atténuation). Le plus grand axe lésionnel transversal et le plus grand axe longitudinal seront utiles pour le chirurgien (estimation des marges latérales soit craniocaudale = hauteur et médiale/latérale = axe transversal) [2]. Si un halo périphérique hyperéchogène est présent, ce dernier devra être pris en compte car il reflète les irrégularités du contour tumoral et correspond à la taille de la masse, spicules inclus en mammographie [3]. La taille sera ultérieurement et définitivement évaluée sur l'extension des lésions histologiques (nombre de blocs sur lesquels les lésions sont identifiées $\times 3$ mm correspondant à l'épaisseur moyenne d'un bloc).

Calcifications groupées

L'évaluation de l'extension des calcifications doit s'effectuer sur des clichés orthogonaux en agrandissement

géométrique (face et profil) [4]. Comme décrit pour les masses, on déterminera le plus grand axe du foyer, son plus grand axe transverse sur l'incidence de face et longitudinal (hauteur) sur le profil (Fig. 1). Il est important, en cas de foyer de distribution segmentaire, de préciser à quelle profondeur siège ce plus grand axe (classiquement à la partie postérieure/profonde du foyer). La corrélation de la taille radiologique avec celle mesurée en histologie sur la pièce opératoire est correcte dans environ 70% des cas (sous-estimation radiologique en cas de discordance) [5].

Masse avec calcifications associées

Le compte rendu doit préciser si les calcifications associées siègent strictement dans la masse ou si elles s'étendent à distance du contour de la masse. Si tel est le cas, on précisera les mesures lésionnelles pour les 2 entités radiologiques, séparément (comme le compte rendu histologique lors de l'exérèse chirurgicale qui précise la taille de la composante infiltrante et celle de la composante in situ) et dans leur ensemble (préparation du geste chirurgical).

Distorsion architecturale

Cette entité est difficile à mesurer et de plus, elle peut s'avérer bénigne à la chirurgie. Sachant qu'il peut y avoir une discordance entre la mammographie et l'échographie, on privilégiera la technique qui la mettra le mieux en évidence.

Masse IRM isolée

Il semble que la meilleure corrélation avec l'histologie soit le grand axe lésionnel mesurée sur la séquence de pondération T2 [6].

Lésions palpables

Il est important que le radiologue corrèle ses mesures (même démarche que ci-dessus) avec les données de l'examen clinique (cT). Le T clinique correspond au plus grand axe lésionnel palpé [1]. Ceci permet de repérer les éventuelles discordances radiocliniques qui sont fréquentes en cas d'histologie lobulaire (sous-évaluation radiologique). Dans de telles situations et en cas de sein d'examen clinique difficile (sein dense et/ou nodulaire), un examen IRM pourra être envisagé afin d'approcher au mieux l'extension lésionnelle.

Lésions multiples

La présence de lésions additionnelles à un cancer détecté est indépendante de sa taille. Sur l'analyse de pièces de mastectomie de patientes opérées avec un cancer infiltrant (lésion index) considéré comme unique, Holland et al. ont retrouvé à plus de 2 cm du cancer index, une composante in situ dans 30% et une lésion infiltrante dans 15% des cas [7]. Il est donc important de rester vigilant et de rechercher

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2734286>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2734286>

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