

TRIBUNE DES INTERNES

Faut-il réaliser une scintigraphie osseuse dans le bilan d'extension des cancers du sein de petite taille ?

Is staging bone scan useful in patients with small invasive breast carcinoma?

E. Simon^{*}, H. Marret, I. Barillot, A. Bougnoux, N. Hajjaji, G. Body

Pôle de gynécologie-obstétrique, médecine fœtale et reproduction humaine, hôpital Bretonneau, CHU de Tours, 2, boulevard Tonnellé, 37044 Tours cedex 1, France

Reçu le 20 octobre 2008 ; accepté le 3 novembre 2008

Disponible sur Internet le 6 décembre 2008

Résumé

Cette étude rétrospective, portant sur 517 patientes ayant un cancer infiltrant du sein classé pT1, évalue la pertinence de la scintigraphie osseuse dans le dépistage des métastases au moment du bilan initial de la maladie, ainsi que les coûts engendrés par un tel dépistage. La réalisation systématique d'une scintigraphie en postopératoire n'a pas permis de dépister les deux seuls cas de métastases osseuses synchrones de cette population. Aucune métastase osseuse n'a été dépistée dans les sous-groupes ayant le plus grand risque métastatique (rentabilité faible pour l'ensemble des pT1). Le taux de faux-positif de la scintigraphie est élevé (17 %). Le surcoût global est évalué à 110 770 euros, soit 215 euros par patiente (208 à 232 euros dans les groupes à risque).

© 2008 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Abstract

We conducted a retrospective study including 517 patients with invasive breast cancer classified pT1 less than 20 mm. We estimated the relevance of bone scan in the screening of metastases at the time of primary presentation, as well as the costs incurred by such a screening. Postoperative systematic bone scan did not detect the two cases of synchronous bone metastases in this population. No bone metastasis was detected in groups with the highest metastatic risks (low profitability for all pT1 classified cancers). Bone scan's rate of false positive was high (17%). The global cost was estimated at 110,770 euros, that was 215 euros per patient (208 to 232 euros in the risk groups).

© 2008 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Mots clés : Métastase osseuse ; Scintigraphie osseuse ; Cancer du sein

Keywords: Bone metastasis; Staging bone scan; Breast cancer

I. INTRODUCTION

Jusqu'à une période récente, la réalisation d'un bilan d'extension était systématique au cours du bilan initial du cancer du sein invasif. Ainsi, une scintigraphie osseuse était

réalisée en complément d'une radiographie de thorax et d'une échographie abdominopelvienne, ce quelle que soit la taille tumorale. En effet on ne connaît pas à ce jour de sous-groupe de cancer du sein pour lequel le risque métastatique serait nul [1]. Le but de cette étude est de définir la fréquence des métastases osseuses au moment de la découverte du cancer lorsque celui-ci est de petite taille, ainsi que le surcoût engendré par la recherche systématique de ces métastases.

^{*} Auteur correspondant.

Adresse e-mail : e.simo@yahoo.fr (E. Simon).

2. PATIENTES ET MÉTHODE

Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée sur une période de trois ans (allant de novembre 2004 à novembre 2007) et portant sur 517 patientes qui présentent un cancer du sein classé pT1 (< 20 mm à l'examen anatomopathologique). Conformément au référentiel Oncocentre en vigueur à cette époque, une scintigraphie est réalisée de façon systématique en postopératoire chez les 517 patientes. Lorsque cette scintigraphie met en évidence des hyperfixations suspectes, d'autres examens complémentaires sont réalisés (radiographies standard, IRM, scanners). Les résultats des scintigraphies ont été classés en deux catégories : les résultats négatifs ne justifiant aucune autre exploration (hyperfixations non suspectes ou absentes) et les résultats dits positifs ne permettant pas d'éliminer des métastases sans bilan complémentaire.

3. RÉSULTATS

Les performances de la scintigraphie osseuse rapportées dans la littérature sont variables et peuvent atteindre 92 % et 96 % de sensibilité et spécificité pour Ravaioli et al. [2]. La sensibilité de notre étude est de 100 % et la spécificité de 83 % (VPP = 2 %, VPN = 100 %). Lorsque la scintigraphie est positive, un certain nombre d'examens complémentaires sont réalisés : dans notre série 58 bilans radiographiques standards, neuf scanners, 24 IRM (Tableau 1). Tous ces examens infirment l'hypothèse de métastase à l'exception de deux cas décrits plus bas.

Nous avons rapporté dans le Tableau 2 le coût de ces examens complémentaires : le coût global de ces explorations s'élève à 110 770 euros, soit un coût moyen de 215 euros par patiente.

Dans cette population de tumeurs classées pT1 (décrite sur le Tableau 3), il a été mis en évidence deux cas de métastases osseuses. Le premier cas était une patiente de 51 ans chez laquelle une lésion bifocale du sein droit a été découverte : la mastectomie et le curage mettent en évidence un carcinome classé pT1(2)pN1 (CCI bifocal 10 et 5 mm, grade II, RE 5/6 RP 6/6, HER 2–, 2N+/13). La scintigraphie osseuse réalisée en postopératoire met en évidence une hyperfixation fémorale suspecte dont la nature métastatique est confirmée par l'IRM. Le second cas est une patiente de 41 ans présentant des lombalgies en rapport avec des lésions vertébrales métastatiques diffuses. La scintigraphie osseuse met en évidence des atteintes osseuses diffuses (métastases confirmées par des

Tableau 1

Conséquences d'une prescription de scintigraphie osseuse.

Examens	n	% de l'ensemble de la série
Scintigraphies positives	90	17,40
Radiographies standards : bilans négatifs	58	11,21
TDM négatifs	9	1,74
IRM négatives	22	4,25
IRM positives	2	0,38

Tableau 2

Coût des différents examens complémentaires prescrits devant une scintigraphie osseuse douteuse en 2007.

Coût	Euros
Scintigraphie osseuse	193,19
Radiographie du rachis lombaire (face et profil)	63,18
Radiographie du bassin (face)	24,30
Radiographie de l'épaule (face)	27,54
TDM rachis (avec produit de contraste)	140,89
IRM rachis ou bassin	311,31
517 scintigraphies	100 298
Total	110 770

Tableau 3

Caractéristiques des cancers du sein infiltrants de moins de 20 mm (2004–2007) ; n = 517.

Données	Seuils	n	% de la série	Métastases osseuses
Âge	< 35 ans	6	1	0
	35–70 ans	418	80	2
	> 70 ans	93	17	0
Taille	pT1a	56	10	0
	pT1b	165	31	0
	pT1c	296	57	2
Type histologique	CCI	432	83	2
	CLI	52	10	0
	Mixte	8	1	0
	Autre	23	4	0
Grade histopronostique	Indéterminé	2	1	0
	I	138	26	0
	II	268	52	2
pN	III	111	21	0
	pN0	398	77	1
	pN1	98	19	1
	(micrométastases)	(19)	(4)	
	pN2	18	3	0
pN3	3	1	0	

biopsies osseuses). La recherche du primitif fait découvrir un carcinome multifocal du sein droit classé T1(3)N0 (sur les microbiopsies : CCI de 7,6 et 7 mm, grade II, RE 4/6 RP 1/6, HER 2–).

Le Tableau 4 rapporte la répartition des examens complémentaires pour la population ayant le plus grand risque d'atteinte métastatique synchrone (l'âge < 35 ans ou > 70 ans, les pT1c et pT1a et b avec un des facteurs suivants : N+, grade 3, embolies vasculaires, marges positives ou récepteurs hormonaux négatifs) ainsi que les coûts engendrés par de telles explorations.

4. DISCUSSION

Le Tableau 5 confronte nos résultats aux principales études de la littérature [2–5]. La question étudiée ici concerne l'histoire naturelle des cancers du sein de petite taille. Dans une large étude prospective portant sur des tumeurs pT1a et pT1b, Hery et al. [6] montrent que les métastases osseuses ne sont pas présentes lors du bilan initial mais apparaissent plusieurs

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3950049>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3950049>

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