

## Intérêt de l'échographie systématique du site de mastectomie

H Kanso (1), H Kazzi (1), L Menassa-Moussa (1), S Abi Khalil (1), M Ghosn (2), G Chahine (2), C Tohmé (3), N Aoun (1) et M Ghossain (1)

### Abstract

#### Value of US imaging following mastectomy.

J Radiol 2008;89:1077-80

**Purpose.** To assess the value of US of the mastectomy site at the time of follow-up of the contralateral residual breast.

**Materials and methods.** Over a 5 year period, 251 patients with previous mastectomy underwent 505 unilateral mammographies with US of the mastectomy site. The time delay between imaging and mastectomy ranged between 1-15 years, with a mean of 7.5 years. Lesions at the mastectomy site were classified as follows : BIRADS 2 for a cyst or prominent edema, BIRADS 3 for a lymph node with preserved fatty hilum or mildly echogenic cyst, BIRADS 4 for well-defined hypoechoic lesions, and BIRADS 5 for ill-defined lesions.

**Results.** None of the lesions classified as BIRADS 1, 2 or 3 was malignant. Eleven lesions were classified as BIRADS 4 : 3 benign lesions, 7 malignant lesions, and 1 non-verified lesion. No lesion was classified as BIRADS 5.

**Conclusion.** Systematic US evaluation of the mastectomy site appears warranted since only 1 of 7 malignant lesions was clinically palpable prior to US whereas all were retrospectively palpable after US.

**Key words:** Breast. Breast, cancer. Breast cancer, US. Mastectomy. Recurrence. Mammography.

### Résumé

**Objectifs.** Évaluer l'intérêt de l'échographie systématique du site de mastectomie lors du contrôle du sein restant.

**Matériels et Méthodes.** Sur une période de 5 ans, 251 patientes opérées par mastectomie ont eu 505 mammographies unilatérales avec échographie du site de mastectomie dans tous les cas. L'intervalle de temps entre la mastectomie et l'examen variait de 1 à 15 ans avec une moyenne de 7,5 ans. Les lésions du site de mastectomie ont été classées BIRADS 2 pour un kyste ou un œdème proéminent, BIRADS 3 pour un ganglion à sinus graisseux ou un kyste légèrement échogène, BIRADS 4 pour une lésion hypoéchogène bien limitée et BIRADS 5 pour une lésion mal limitée.

**Résultats.** Aucune lésion du site de mastectomie classée BIRADS 1, 2 ou 3 n'était maligne. Onze lésions ont été classées BIRADS 4 (3 étaient bénignes, 7 malignes et une non vérifiée). Aucune lésion n'a été classée BIRADS 5.

**Conclusion.** L'échographie systématique du site de mastectomie semble nécessaire car seulement une lésion maligne sur 7 avait été palpée avant le contrôle mammographique alors que toutes les 7 étaient palpables rétrospectivement.

**Mots-clés :** Sein. Sein, cancers. Cancers du Sein, US. Mastectomie. Récidive. Mammographie.

Les recommandations actuelles pour surveiller les patientes opérées de mastectomie comprennent un examen physique du site de mastectomie tous les 3 à 6 mois durant les 3 premières années, tous les 6 à 12 mois durant les 4<sup>e</sup> et 5<sup>e</sup> année puis tous les ans (1). La surveillance radiologique consiste en une mammographie annuelle sans recommandation spécifique pour le site de mastectomie. Notre objectif est de déterminer sur une étude rétrospective l'intérêt d'une échographie systématique du site de mastectomie lors du contrôle mammographique du sein restant.

### Matériels et méthodes

Notre population est constituée de 251 patientes ayant eu 505 mammographies unilatérales

dans le cadre de suivi de cancer du sein traité par mastectomie, réalisées sur une période de 5 ans. Toutes les patientes ont bénéficié d'une échographie du site de mastectomie et du sein restant.

L'âge des 251 patientes variait de 30 à 86 ans avec une moyenne de 56,88. Le nombre de mammographie par patiente variait de 1 à 5 avec une moyenne de 2. L'intervalle de temps entre la mastectomie et l'examen variait de 1 à 15 ans avec une moyenne de 7,5 ans, et une déviation standard de 4,8 ans.

Tous les examens échographiques ont été pratiqués avec un appareil Logic 500 (General Electric Medical Systems, Milwaukee, USA) avec une sonde linéaire de 7-11 MHz.

Tous les comptes rendus radiologiques et les dossiers des patientes ont été revus. Nous avons noté :

- l'indication de l'examen (systématique, nodule palpable, douleur, etc.) ;
- Le traitement initial de la patiente : type de mastectomie, traitement adjuvant, stade TNM et classification histopronostique

de Scarff, Bloom et Richardson (SBR) de la lésion initiale ;

c) Pour les lésions du site de mastectomie : l'aspect de la lésion (kystique, évoquant un kyste à contenu épais, hypoéchogène avec contour bien limité, macrolobulé ou microlobulé, évoquant un ganglion, œdème, etc.). Le grand diamètre de la lésion et son orientation par rapport au plan cutané. Le petit diamètre de la lésion quand disponible avec rapport du grand diamètre sur le petit diamètre. La présence d'échos denses évocateurs de calcification.

d) Le code BIRADS du site de mastectomie en se basant sur l'échographie. Comme il n'existe pas de directives spécifiques concernant la classification des lésions à ce niveau, nous avons adopté les principes suivants en se basant sur les probabilités de malignité telles que déterminées par notre étude et la littérature (2, 3) :

- BIRADS 1 : aspect normal du site de mastectomie ou discret œdème ;
- BIRADS 2 : œdème proéminent ou lésion kystique (fig. 1) ;
- BIRADS 3 : lésion ovalaire bien limitée évoquant un ganglion à sinus hyperécho-

(1) Service d'Imagerie Médicale, Hôtel-Dieu de France, rue Alfred Naccache, Beyrouth, Liban. (2) Service d'Oncologie, Hôtel-Dieu de France, rue Alfred Naccache, Beyrouth, Liban. (3) Service de Chirurgie Générale, Hôtel-Dieu de France, rue Alfred Naccache, Beyrouth, Liban.  
Correspondance : M Ghossain  
E-mail : ghossain@cyberia.net.lb

gène avec cortex hypoéchogène périphérique ou lésion suffisamment hypoéchogène pour évoquer un kyste à contenu légèrement échogène (fig. 2) ;

– BIRADS 4 : formation hypoéchogène bien limitée avec ou sans macrolobulation (fig. 3) ;

– BIRADS 5 : lésion hypoéchogène avec contour mal limité ou microlobulé, ou ganglion suspect avec petit sinus graisseux et/ou forme non ovale (rapport grand axe sur petit axe < 2) ;

e) Le code BIRADS du sein restant en se basant sur la mammographie et l'échographie, et en suivant les recommandations habituelles de la littérature.

Les lésions ont été classées en malin et bénin en se basant sur les recommandations BIRADS à savoir :

Une lésion est maligne si mise en évidence dans l'année qui suit d'un cancer par preuve cytologique ou histologique.

Une lésion est considérée bénigne si absence de cancer prouvé par cytologie ou histologie dans l'année qui suit (cyto/histologie de bénignité avec suivi ou suivi seulement).

## Résultats

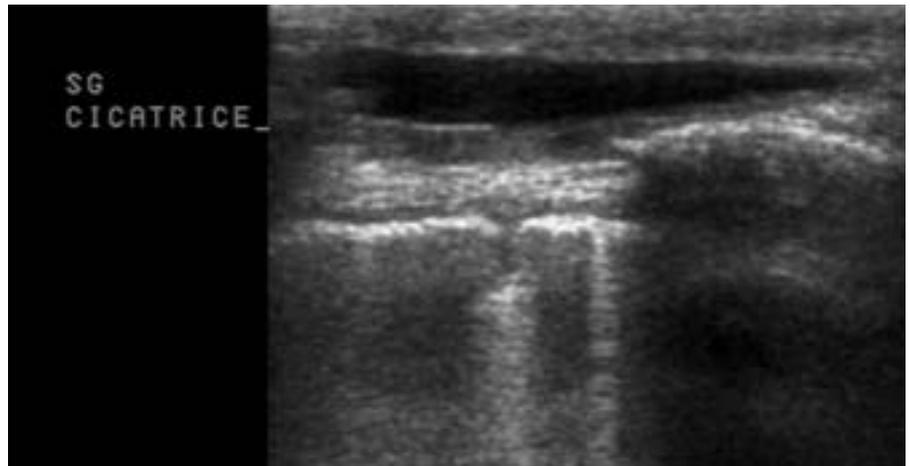
Les patientes ont été groupées selon le code BIRADS du site de mastectomie (tableau I). L'échographie de la paroi thoracique de 220 patientes était toujours normale (BIRADS 1), 14 patientes ont eu au moins un examen classé BIRADS 2, 6 patientes ont eu au moins un examen classé BIRADS 3, et 11 patientes ont eu au moins un examen classé BIRADS 4. Aucune patiente n'a eu un examen classé BIRADS 5.

**BIRADS 1 :** Deux cent vingt patientes ont été classées dans ce groupe ; 5 ont été perdues de vue et les 215 autres avaient un diagnostic final de bénignité.

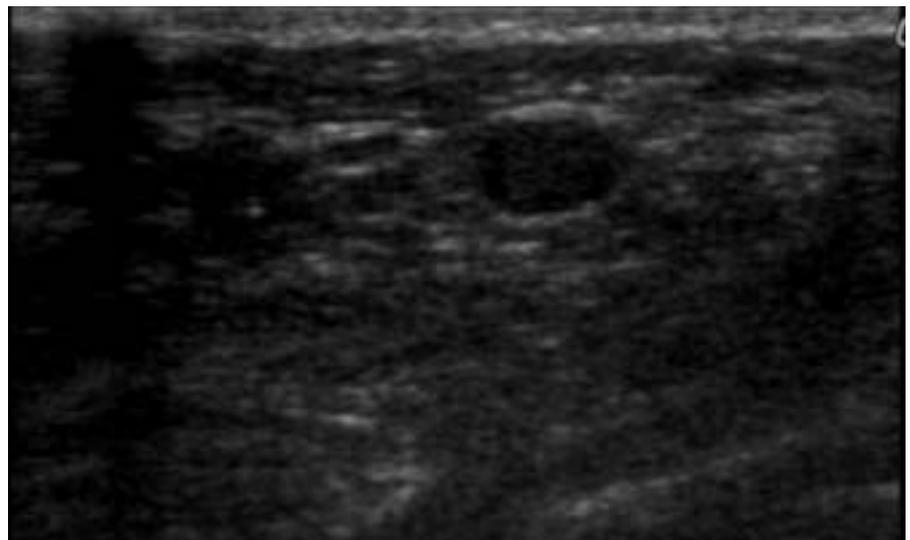
**BIRADS 2 :** Quatorze patientes ont été classées BIRADS 2 ; 6 ont été perdues de vue et 8 avaient un suivi sans événement remarquable.

**BIRADS 3 :** Six patientes ont été classées BIRADS 3 ; 3 ont été perdues de vue et les 3 autres avaient un suivi sans mise en évidence de récurrence locorégionale.

**BIRADS 4 :** Ce groupe comprenait 11 patientes dont 1 perdue de vue. Dans 3 cas, la lésion s'est révélée bénigne, par suivi dans 2 cas et chirurgie dans 1 cas. Dans 7 cas, la lésion s'est révélée maligne par preuve chirurgicale ; une seule de ces



**Fig. 1 :** Femme de 53 ans ayant une collection sous-cutanée 30 × 6 mm au niveau de la cicatrice (BIRADS 2). Le suivi de la lésion confirme son caractère bénin.



**Fig. 2 :** Patiente âgée de 65 ans présentant une lésion hypoéchogène à anéchogène bien limitée de 7,5 × 4,2 mm stable sur 4 ans (BIRADS 3 puis BIRADS 2).

lésions avait été palpée avant l'examen alors que toutes les 7 étaient palpables rétrospectivement.

Les 11 lésions étaient bien limitées et ovales avec un grand axe parallèle à la peau. Quatre présentaient des macrolobulations régulières (trois malignes et une bénigne).

Toutes les lésions étaient situées en regard de la cicatrice cutanée, à l'exception de la patiente perdue de vue dont la lésion était à 3 cm de la cicatrice.

Dans un cas de lésion bénigne, la lésion initiale était un cancer *in situ* de haut grade traité par mastectomie radicale modifiée et curage ganglionnaire sans traitement adjuvant. Dans les deux autres cas de lésions bénignes, la lésion initiale était un cancer canalaire infiltrant de stade II avec grade SBR II/III ; les patientes ont été

traitées par mastectomie radicale modifiée avec curage ganglionnaire et chimiothérapie dans les deux cas, et dans un cas par hormonothérapie et radiothérapie également.

Les 7 patientes avec lésions malignes avaient un cancer canalaire mucineux (stade I) dans un cas et dans les six autres cas un cancer canalaire infiltrant de grade SBR III/III (stade II à IV, médiane III). Toutes les patientes ont eu une mastectomie radicale modifiée avec curage ganglionnaire, radiothérapie, chimiothérapie et hormonothérapie, à l'exception d'une patiente qui n'a pas eu de radiothérapie et d'une patiente qui n'a pas eu de chimiothérapie ni d'hormonothérapie.

À noter que toutes ces données cliniques n'étaient pas disponibles au radiologue lors de l'examen.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4235780>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4235780>

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