Mise en place de la prise en charge des macrobiopsies stéréotaxiques mammaires : évaluation sur 100 patientes

B de Korvin (1), E Schmitz (1), C Bouriel (1), M Clouet (1), R Gastinne (1), C Marchetti (1), J Blanchot (2), F Foucher (2), F Burtin (3), P Tas (4), M Bonnerre (5), JY Herry (6) et R Duvauferrier (7)

Abstract

Management system for patients requiring stereotactic macrobiopsies of the breast: report on 100 patients

J Radiol 2004;85:2013-18

Purpose. The authors describe and evaluate the management system for patients requiring large core vacuum-assisted biopsies at a dedicated breast center. This process includes mandatory review of all requests by a multidisciplinary team.

Material and method. Patients were provided questionnaires to evaluate their degree of satisfaction with the management process. Results from biopsy and surgery were retrospectively reviewed.

Results. From the 100 patients included in the study (106 macrobiopsies), 95,28% of biopsies were informative. The degree of correlation between the histological diagnosis from biopsy and surgery was 86,95% for the 46 operated cases. The degree of acceptability by patients as well as medical and non-medical staff was satisfactory.

Conclusion. The original feature of this process is the retrospective review of all charts after the histological results becomes available for final validation of the biopsy results and management. The results of the biopsy and the post biopsy management are provided by the initial referring physician, allowing optimal patient care and follow-up.

Key words: Breast, biopsy. Breast neoplasms, diagnosis. Vacuum assisted biopsy. Non palpable breast lesion.

Résumé

Objectifs. Les auteurs présentent et évaluent le circuit de prise en charge des patientes devant bénéficier d'une macrobiopsie stéréotaxique avec aspiration dans le cadre d'un Centre Régional et Universitaire de Sénologie avec discussion systématique des demandes en réunion d'Unité de Concertation Pluridisciplinaire Spécialisée (UCPS).

Matériel et méthodes. Des questionnaires ont été donnés et d'autres envoyés aux patientes pour évaluer le degré de satisfaction de la prise en charge, parallèlement à la confrontation rétrospective des résultats histologiques des biopsies et de la chirurgie,

Résultats. Parmi les 100 patientes concernées (soit 106 macrobiopsies), 95,28 % des prélèvements ont été informatifs, le diagnostic histologique de la biopsie était concordant dans 86,95 % des 46 cas opérés. L'acceptabilité par les patientes et par le personnel médical et non médical était satisfaisante.

Conclusion. L'originalité de cette prise en charge est le deuxième passage du dossier en staff UCPS pour la validation du résultat anatomopathologique et de la conduite à tenir. Une consultation prébiopsique réalisée par le radiologue en complément de l'information par le médecin est indispensable dans la prise en charge de ces patientes. La consultation postbiopsique avec annonce du résultat et la conduite à tenir qui en découle assurée par le médecin prescripteur remplace celui-ci au cœur de la prise en charge du diagnostic sénologique précoce.

Mots-clés : Circuits de prise en charge. Qualité. Macrobiopsie stéréotaxique. Biopsie assistée par aspiration. Sein. Lésion non palpable.

La généralisation du dépistage organisé par mammographie à l'ensemble des départements français est à l'origine de la découverte d'un nombre croissant d'anomalies radiologiques ambigües infracliniques (microcalcifications

dans 85 % des cas). C'est la macrobiopsie assistée par aspiration sous contrôle stéréotaxique qui est actuellement la méthode de choix pour l'exploration de ces foyers de microcalcifications (1-3). Elle est à l'origine de la meilleure fiabilité du diagnostic histologique de ces lésions. Cependant, l'amélioration de la qualité doit s'effectuer non seulement au niveau du geste technique mais aussi à toutes les étapes de la prise en charge de la patiente.

Dans ce travail, notre objectif a été d'évaluer non pas la technique elle-même qui a déjà fait la preuve de sa validité en France (4-8), mais le circuit de prise en charge de la patiente depuis la demande de macro-

biopsie jusqu'à l'annonce du résultat histologique ainsi que l'acceptabilité de cette nouvelle activité par les patientes.

(1) Unité d'imagerie du sein, Centre régional et universitaire de Sénologie, rue de la bataille Flandres Dunkerque CS 44229, 35042 Rennes cédex. (2) Département de chirurgie CRUS Rennes. (3) Département d'anatomopathologie CHU Rennes. (4) Laboratoire d'anatomopathologie CRUS, Rennes. (5) Département Qualité, Centre de Lutte contre le cancer Rennes. (6) Département d'imagerie, CLCC, Rennes. (7) DRIMS Hôpital-Sud, Rennes. (8) Département d'information médicale, CLCC, Rennes.

Correspondance : B de Korvin
E-mail : b.de-korvin@rennes.fnclcc.fr

Abréviations

UCPS : unité de concertation pluridisciplinaire spécialisée
C.R.US : Centre Régional et Universitaire de Sénologie
BI-RADS de l'ACR : Breast Imaging — Reporting and Data System de l'American College of Radiology
ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation Sanitaire

Mise en place du circuit de prise en charge des patientes devant bénéficier d'une macrobiopsie sous contrôle stéréotaxique

Mise en place de la structure de macrobiopsie

En Septembre 2002 a été créé un Centre Régional et Universitaire de Sénologie (C.R.U.S) sous l'égide d'un Institut de Cancérologie regroupant un Centre Régional de Lutte Contre le Cancer, un Centre Hospitalier Universitaire et une Clinique Mutualiste. L'implantation de ce centre de sénologie sur le site du Centre AntiCancéreux s'est accompagnée de la mise en place de l'activité de macrobiopsie et de l'organisation d'une Unité de Concertation Pluridisciplinaire Spécialisée (UCPS) en diagnostic sénologique distinct de l'UCPS thérapeutique dans un premier temps. Cette unité réunit chaque jeudi matin 1 à 2 chirurgiens, 1 pathologiste, 2 à 4 radiologues et à la demande, un oncologue médical. Il est régi par une charte spécifique.

Cinq radiologues issus des trois sites se sont formés à la technique afin de se partager la compétence. Sur le plan paramédical, il a été prévu deux manipulateurs en électroradiologie pour réaliser la calibration du fantôme, la réalisation des clichés, prendre en charge la patiente, lui parler pendant le geste, s'occuper de la radiographie des prélèvements réalisés au cours et en fin de biopsie, surveiller la patiente en fin d'examen, ranger la salle et gérer le matériel.

Le C.R.U.S a fait l'acquisition en septembre 2002 d'une table Fischer, du système MAMMOTEST™ PLUS 'S' (table dédiée qui permet des biopsies de sein sous stéréotaxie et des repérages par « harpons »), couplée au système MAMMOVISION™ PLUS (système d'imagerie numérique développé par Fischer Imaging) ainsi que d'un système de macrobiopsie par aspiration, le Mammotome® (Breast Care) avec un diamètre d'aiguille de 11 gauge.

Circuits de prise en charge des patientes

Pour qu'une demande de macrobiopsie de microcalcifications isolées ou associées à une opacité soit prise en compte, elle

nécessitait une prescription médicale. Les demandes d'avis émanant directement des patientes n'étaient pas acceptées. Les dossiers étaient étudiés en staff UCPS qui validait ou refusait la demande de macrobiopsie avec dans la conclusion la classification BI-RADS de l'American College of Radiology de l'anomalie rencontrée. Le médecin référent était celui qui avait simplement reçu le dossier ou vu la patiente en premier au centre de sénologie (radiologue, chirurgien, oncologue). Si la demande de macrobiopsie était acceptée, trois consultations étaient prévues initialement à 8 à 10 jours d'intervalle chacune (consultation pré-biopsique, biopsie, consultation post-biopsique avec annonce du résultat). Dans ce cas, le secrétariat de sénologie envoyait une fiche de convocation à la patiente avec les trois rendez-vous. Une fiche d'information détaillée était adressée avec cette convocation. Une consultation pré-biopsique avait lieu entre le radiologue et la patiente, huit jours avant la macrobiopsie pour vérifier l'absence de contre-indication (risque allergique ou hémorragique), proposer une pré-médication et vérifier que la femme avait reçu et compris la fiche d'information.

Le jour de la biopsie, la patiente devait remettre la fiche d'information signée et complétée avec d'éventuelles questions auxquelles le radiologue pouvait répondre avant le geste. Les patientes étaient prises en charge en ambulatoire, non à jeûn, et il ne leur était pas fait de bilan de coagulation. Le radiologue remplissait une fiche technique avec toutes les données inhérentes à la procédure. La patiente était surveillée un quart d'heure à une demi-heure en salle d'attente, puis repartait (accompagnée), avec une fiche de recommandations et le rendez-vous de consultation post-biopsique, une fois que la manipulatrice avait vérifié l'absence de saignement à travers le pansement.

Le dossier de la patiente était ensuite représenté en staff UCPS la semaine suivant le geste. Les résultats anatomopathologiques des prélèvements étaient alors étudiés, en corrélation avec les images radiologiques. Puis la décision de la conduite à tenir était prise de façon collégiale, multidisciplinaire, et reportée sur la fiche UCPS de la patiente pour transmission au médecin prescripteur. Pour les lésions bénignes, le diagnostic était validé lorsque des microcalcifications étaient présentes sur les biopsies et que les résultats histologiques étaient concordants avec les ima-

ges mammographiques. Les patientes pouvaient bénéficier à nouveau d'une surveillance mammographique à un an (afin de pouvoir évaluer les éventuels faux négatifs de la technique). Pour les lésions frontières et les lésions malignes, une indication opératoire était posée : zonectomie après repérage par harpon ou mamnectomie, en fonction des cas.

Une consultation post-biopsique avait lieu huit à quinze jours après la procédure avec le radiologue ayant fait le geste. Celui-ci devait remplir une fiche d'évaluation de son geste. Les résultats anatomopathologiques ainsi que la conduite à tenir étaient alors expliqués à la patiente. Les radiographies lui étaient également alors rendues. Le résultat anatomopathologique était adressé au médecin correspondant, accompagné du compte-rendu technique de la macrobiopsie, de la fiche UCPS (conduite à tenir) et de la consultation postbiopsique. S'il s'agissait d'une lésion cancéreuse, le médecin correspondant était prévenu rapidement par téléphone.

Pour les cas de macrobiopsie ne nécessitant pas de chirurgie au décours du geste, un processus de suivi des patientes à un an était prévu par le biais d'un courrier avec enveloppe T adressé au médecin correspondant. Ce courrier devait demander le résultat de la surveillance mammographique à un an. Pour les cas de macrobiopsie nécessitant un geste chirurgical, si la patiente était opérée en dehors du C.R.U.S il était prévu un courrier de suivi au médecin correspondant pour connaître le devenir et le résultat final de la chirurgie.

Évaluation de la mise en place de la macrobiopsie stéréotaxique (à propos des 100 premiers cas)

Matériel

Les patientes et le geste technique

Entre le 19 septembre 2002 et le 3 avril 2003, nous avons réalisé au Centre Régional et Universitaire de Sénologie, 106 procédures (94 examens simples et 6 examens doubles) chez 100 patientes. Elles étaient âgées de 32 ans à 78 ans (moyenne de 55,4 ans). Selon la classification BI-RADS de l'ACR, nous avons biopsié

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4236719>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4236719>

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