

Université de Liège
Faculté de Médecine



INTERET DE LA MACROBIOPSIE DANS LES LESIONS MAMMAIRES : ETUDE RETROSPECTIVE



Dr. NABIL ABI AYAD

Mémoire présenté en vue de l'obtention
du D.E.S. en Imagerie Médicale

Président du Jury : Professeur R.F. DONDELINGER

Année académique 2004 - 2005

Sommaire

Introduction	3
Rappels	6
1. HISTORIQUE :	7
2. ANATOMIE	11
3. PHYSIOLOGIE:	14
3.1 Cycle menstruel	14
3.2 Grossesse	14
3.3 Lactation	14
3.4 Menopause	14
4. EPIDEMIOLOGIE	15
4.1 Quelques chiffres	15
4.2 Facteurs de risque principaux	15
4.3 Antécédent familial	16
4.4 Génétique	16
4.5 Hormones	16
4.6 Environnement	17
5. PRONOSTIC	17
a. Facteurs anatomo-pathologiques classiques	17
Place de l'imagerie en sénologie jusqu'au diagnostic	21
1. MAMMOGRAPHIE :	22
2. ECHOGRAPHIE :	23
3. PRELEVEMENTS PERCUTANES:	24
Matériel et méthode	26
1. MATERIEL :	27
2. METHODE	28
Résultats	32
1. TERRAIN:	33
2. TOLERANCE GLOBALE:	34
3. DIFFICULTES TECHNIQUES	34
4. DUREE DE LA PROCEDURE	35
5. CLIP	35
6. MODIFICATION DE LA LESION:	35
7. COMPLICATIONS ET INCIDENTS:	36
8. RESULTATS HISTOLOGIQUES	36
9. DEVENIR DES PATIENTES	37
Discussion	39
1. INDICATIONS:	40
2. AVANTAGES:	41
3. INCONVENIENTS :	41
4. CHIRURGIE stéréotaxique :	45
Conclusion	47
Annexes	51
Bibliographie	57

La fréquence et la gravité du cancer du sein en font un problème de santé publique majeur.

Le développement du dépistage, associé à l'amélioration des techniques d'imagerie mammaire a provoqué l'affluence d'images radiologiques infra-cliniques.

La cytoponction à l'aiguille fine, largement utilisée dans les années 90, s'est peu à peu associée puis remplacée par des techniques plus agressives que sont les microbiopsies percutanées qui permettent une étude histologique plus précise et plus complète par rapport à la cytoponction.

La taille des prélèvements et l'exactitude du ciblage ont très vite conditionné la fiabilité de ces techniques.

Bon nombre de prélèvements trop exigus pouvaient représenter pour l'anatomo-pathologiste des difficultés diagnostiques, en particulier pour les lésions frontières comme l'hyperplasie épithéliale atypique (HEA).

Ces contraintes ont peu à peu induit l'avènement de technique encore plus performantes à savoir les macrobiopsies percutanées mammaires.

Ces prélèvements de grande taille assure une fiabilité identique à celles des biopsies chirurgicales, sans les désagréments de l'anesthésie générale.

Sous anesthésie locale, aidées d'un système d'aspiration, elles permettent un carottage tissulaire concentrique autour de la cible choisie.

Nous présentons dans ce travailles résultats des 158 premières procédures mammotome* Cette étude avait pour but d'évaluer la méthode, de situer sa place parmi les autres techniques d'imagerie "et d'en étudier les avantages, limites et les inconvénients.

139 examens (88%) ont été réalisés pour des microcalcifications, 19 (12%) pour des opacités isolées. Il y avait 99 ACR 4 (62,4%), 8 ACR 5 (5%), 49 ACR 3 (31 %) et 2 ACR2. 124 lésions étaient bénignes dont 17 hyperplasies épithéliales atypiques (HEA). 34 lésions sont malignes dont 20 avec une composante invasive.

7 des HEA et toutes les lésions malignes ont eu une reprise chirurgicale. La sous évaluation des HEA est de 28,57 % ; celle des carcinomes canaux in situ de 35,7 %. La VPP des ACR 4 pour le diagnostic de malignité est de 22,2 % (22 cas /99). Celle des ACR 3 est de 10 % (5 cas / 49).

Parmi les 124 lésions bénignes, 77 étaient classées ACR 4 et 1 ACR 5 (autant de procédures qui ont évité un acte chirurgical).

Les avantages de la macrobiopsie sont liés à son faible coût, son excellente tolérance, sa fiabilité diagnostique identique à celle de la biopsie chirurgicale et par rapport à cette dernière a l'avantage d'être pratiquées sous anesthésie locale et de ne pas laisser de séquelles visibles.

La macrobiopsie est un examen de choix pour gérer les lésions bénignes surtout lorsqu'elles sont associées à des facteurs de risques (pour la catégorie ACR 3) ou lorsque le degré de suspicion radiologique est plus important (catégorie ACR 4).

Elle doit en principe réserver l'acte chirurgical aux anomalies malignes (augmentation de la VPP chirurgicale dans le diagnostic de malignité).

Les limites de la technique sont essentiellement liées à des problèmes de prise en charge; certaines de ces situations étaient déjà connues des radiologues avec la microbiopsie et persistent avec la macrobiopsie, même si elles sont améliorées.

Il s'agit des problèmes de sous estimations histologique (Hyperplasie épithéliale atypique versus carcinome canalaire in situ et carcinome canalaire in situ versus composante invasive).

D'autres situations sont nouvelles liées à la technique elle-même.

La conduite à tenir face aux néoplasie lobulaire n'est pas encore clairement établie.

De même que la conduite à tenir face aux anomalies ACR3 dans leur globalité.

Par ailleurs la macrobiopsie demeure un examen diagnostique sans prétention thérapeutique car le morcellement des prélèvements ne permet pas d'étudier la lésion dans sa globalité et en particulier d'en étudier les berges.

Au total :

Sur les 158 procédures de macrobiopsie mammaire par aspiration confirme celle des autres équipes: cette technique maintenant éprouvée permet par sa grande fiabilité d'enlever ou d'échantillonner une lésion mammaire infraclinique dans des conditions de confort et de tolérance excellente.

Les indications doivent être discutées de façon collégiale, la sélection se faisant à partir de la classification ACR. Les indications principales sont les lésions classées ACR 4 et

ACR 3 à risque, mais de plus en plus la technique s'étend aux lésions ACR 3 sans risque et ACR 5.

Le risque de sous estimation est diminué pour les lésions de petites tailles, centimétriques ou infra centimétrique. En cas de lésions étendues n'ayant pas pu bénéficier d'une exérèse complète nous recommandons:

En cas d'anomalie bénigne, une simple surveillance

En cas d'HEA , une reprise chirurgicale

En cas de CLIS une reprise chirurgicale.