

## Bureau

### Présidents d'Honneur :

Pr Maurice TUBIANA  
Pr Yves GRUMBACH

### Président Fondateur :

Pr Jean-Louis LAMARQUE

### Président sortant :

Dr Joseph STINES

### Présidente en exercice :

Dr Anne TARDIVON

### Secrétaire Générale :

Dr Catherine BALU-MAESTRO

### Vice-Présidents :

Dr Martine BOISSERIE-LACROIX  
Dr Michel-Yves MOUROU  
Pr Patrice TAOUREL

### Secrétaires Généraux Adjoints :

Dr Pascal CHÉREL  
Dr Joseph PUJOL

### Treasorier :

Pr Bruno BOYER

### Treasorière Adjointe :

Dr Véronique BOUTÉ

### Présidente : Dr Anne TARDIVON INSTITUT CURIE

Service de Radiologie  
26 rue d'Ulm - 75248 PARIS CEDEX 05  
Tél. : 01 44 32 42 00 - Fax : 01 53 10 40 15  
e-mail : anne.tardivon@curie.net

### Secrétaire Générale :

Dr Catherine BALU-MAESTRO  
CENTRE ANTOINE LACASSAGNE  
Service de radiologie  
33 avenue de Valombrose  
06189 NICE CEDEX 2  
Tél. : 04 92 03 11 97 - Fax : 04 92 03 10 09  
e-mail : catherine.balu-maestro  
@cal.nice.fnclcc.fr

Site internet : [www.sofmis.org](http://www.sofmis.org)

**13 au 15 mai 2010** : retenez les dates de notre rendez-vous annuel, des Journées de notre Société, sur le thème des Femmes à haut risque de cancer mammaire. C'est avec plaisir que nous vous accueillerons au Palais des Congrès de la ville d'Arcachon.

De plus en plus de femmes sont concernées par une surveillance spécifique, dont les modalités ne sont pas consensuelles, tant sur le plan du rythme de la surveillance que de ses moyens. L'évaluation même du risque de cancer est différente selon les modèles de calcul et l'intégration ou pas de tous les facteurs (personnels, familiaux, histologiques, ...). Les dernières technologies peuvent nous aider dans la prise en charge des images détectées. La surveillance, c'est aussi le quotidien des patientes avec leurs interrogations, l'impact sur leur famille. Evaluer le risque, surveiller, détecter, prendre en charge sont des sujets essentiels. De plus, en amont, une autre question est de savoir si on peut essayer de réduire ces risques, et par quels moyens.

Autant de thèmes dont nous débattons ensemble. Nous avons souhaité un abord multidisciplinaire, sollicitant l'avis de chercheurs, généticiens, radiologues, oncologues, chirurgiens, anatomopathologistes, psychiatres...

Puisse ce congrès apporter des réponses à vos questions, nous faire échanger et réfléchir de façon active, dans l'ambiance marine du bord du Bassin d'Arcachon.

M. BOISSERIE-LACROIX, M. ASAD-SYED, C. CASTINEL,  
J. GRENIER-DESFORGES, G. HURTEVENT-LABROT, C. FÉGER

## Conseil scientifique de la SOFMIS

Catherine BALU-MAESTRO, Nice  
Béatrice BARREAU, Anglet  
Martine BOISSERIE-LACROIX, Bordeaux  
Véronique BOUTE, Caen  
Bruno BOYER, Saint-Mandé  
Pascal CHEREL, Saint-Cloud  
Jocelyne CHOPIER, Paris  
Alvian LESNICK, Perpignan

Anne LESUR, Nancy  
Laurent LEVY, Paris  
Ronan PLANTADE, Nice  
Philippe SEBAG, Nice  
Joseph STINES, Nancy  
Patrice TAOUREL, Montpellier  
Anne TARDIVON, Paris



# CANCER DU SEIN IN SITU : Analyse du rapport des recommandations professionnelles de l'Institut National du Cancer

B. BARREAU<sup>1</sup>, B. CUTULI<sup>2</sup>, C. TUNON DE LARA<sup>3</sup> pour le groupe de travail INCa-SFSPM

<sup>1</sup> Axular Radiologie, Centre Futura, Anglet

<sup>2</sup> Polyclinique de Courlancy, Reims

<sup>3</sup> CRLCC Institut Bergonié, Bordeaux

e-mail : beatrice.barreau@orange.fr

Dans le cadre des recommandations pour la pratique clinique, l'Institut National du Cancer (INCa), a édité une mise à jour des recommandations et référentiels pour les carcinomes canaux in situ (CCIS) ainsi que pour les carcinomes lobulaires in situ (CLIS). Cette pathologie représente effectivement un enjeu de santé publique puisque les CCIS représentent 85 à 90 % des cancers in situ et 15 à 20 % des cancers du sein. Leur incidence est estimée à 7 000-8 000 patientes par an. Bien que le pronostic soit excellent (la survie globale est supérieure à 95 % à 10 ans), le taux de récurrence invasive à 10 ans peut atteindre 13 % selon les traitements (en cas de chirurgie conservatrice sans radiothérapie), d'où la nécessité d'effectuer une prise en charge initiale optimale. En ce qui concerne les CLIS, ces lésions peu fréquentes (environ 1 % des cancers du sein), ont actuellement une prise en charge peu standardisée.

L'objectif était donc de faire un état des connaissances relatives à ces pathologies.

La méthode utilisée par l'INCa est basée sur l'analyse critique des données scientifiques pertinentes disponibles (analysées en fonction de leur niveau de preuve) et sur l'avis argumenté des experts d'un groupe de travail pluridisciplinaire. Le document a également bénéficié d'une relecture par des praticiens de différentes spécialités.

Ce corpus de données est disponible sous forme d'un texte et de fiches de synthèses de recommandations faciles à consulter depuis octobre 2009 sur le site [www.e-cancer.fr](http://www.e-cancer.fr) (les recommandations – les cancers du sein in situ).

## 1. CCIS : Diagnostic

Le CCIS se définit comme une prolifération de cellules malignes dans un réseau galactophorique, sans franchissement de la membrane basale, détectable en microscopie électronique.

Bien que ces lésions soient généralement *infra-cliniques*, un examen clinique doit toujours être réalisé à la recherche d'une induration, d'un écoulement séro-sanguinolent, d'une

maladie de Paget ou d'une rétraction du mamelon. L'anamnèse est à connaître notamment pour les femmes à haut risque génétique.

La *mammographie bilatérale* avec des agrandissements géométriques face et profil pour les calcifications reste l'examen de référence.

*L'échographie peut apporter des informations complémentaires* pour orienter le diagnostic de malignité en présence de signes cliniques sans traduction mammographique, pour établir un diagnostic de masse ou de distorsion détectée en mammographie, pour rechercher des lésions multifocales et/ou invasives, pour préciser la topographie d'une prise de contraste si une IRM a été effectuée ou pour guider des gestes interventionnels.

Suite aux examens d'imagerie, les anomalies détectées sont classées en catégories selon le BI-RADS de l'ACR.

*L'IRM n'est pas recommandée de manière systématique* sauf s'il existe des facteurs de risque (génétique, seins de densité élevée, antécédent d'irradiation thoracique). Elle a un intérêt en pré-opératoire pour évaluer l'extension d'un CCIS avéré (en fonction du traitement proposé) ou une maladie de Paget et dans certains cas en post-opératoire pour évaluer la persistance d'un reliquat tumoral (exérèse incomplète). L'IRM est discutée compte tenu des faux positifs associés à cette technique et de faux négatifs dans les cancers in situ.

*Les biopsies percutanées sont recommandées* dans les anomalies classées ACR4, ACR5 (ainsi que les ACR3 avec facteurs de risque). Pour les calcifications, les macrobiopsies par aspiration sont privilégiées. Ces indications sont validées en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP). Des comptes rendus doivent être rédigés et des radiographies des échantillons réalisées. Un clip doit être mis en place si la cible a fait l'objet d'une exérèse complète. En présence d'une masse palpable, la réalisation de micro-biopsies est possible. En cas d'impossibilité technique, la biopsie chirurgicale sera effectuée.

Dans le compte rendu histologique des prélèvements percutanés doivent figurer à minima les données suivantes : la présence ou non de nécrose, l'architecture de la prolifération tumorale, la localisation des calcifications et les résultats des études immunohistochimiques éventuellement réalisées.

En cas d'écoulement galactophorique unipore séro-sanguinolent, *la galactographie n'a pas d'indication* tandis que la pyramidectomie est indiquée.

## 2. CCIS : Prise en charge thérapeutique

Le traitement de première intention – quand il est réalisable (obtention de berges saines, résultat esthétique satisfaisant, accord de la patiente) – est un traitement conservateur, il comprend une chirurgie conservatrice et une radiothérapie du sein associée.

La technique du ganglion sentinelle est indiquée si la lésion est palpable et dans le cadre de suspicion de micro-infiltration. Une reprise chirurgicale est réalisée en fonction du statut des marges des berges d'exérèse.

Une mammographie pré-radiothérapie peut être réalisée après la chirurgie s'il existe un doute sur la persistance de calcifications.

Si une chirurgie conservatrice n'est pas réalisable, une mastectomie avec possibilité de reconstruction (immédiate ou différée) est proposée. La technique du ganglion sentinelle est proposée selon les mêmes indications et s'il existe une lésion de haut grade étendue.

## 3. CCIS : Surveillance

Bien que le pronostic des CCIS soit excellent (une survie globale supérieure à 95 % à 10 ans), la survenue d'une récurrence invasive peut avoir un pronostic défavorable à long terme. La surveillance post-thérapeutique est donc fondamentale.

Elle est basée sur l'examen clinique, la mammographie annuelle et une échogra-

phie bilatérales sauf pour les seins radio-transparents. La surveillance du sein contrôlatéral est comparable puisqu'il existe un risque relatif augmenté d'atteinte contrôlatérale.

La première mammographie de contrôle est effectuée 6 mois après la fin de la radiothérapie. Pour les femmes jeunes ( $\leq 40$  ans), une surveillance biannuelle clinique est recommandée les 5 premières années (accords d'experts).

Pour les femmes porteuses d'une mutation BRCA1/2 ou à haut risque de cancer du sein (risque absolu supérieur à 30 % après consultation d'oncogénétique), une IRM mammaire annuelle est recommandée.

Il n'y a aucune indication à la recherche de métastase ou à la réalisation de dosage des marqueurs tumoraux sériques.

#### 4. CCIS : Prise en charge de la récurrence

Elle est suspectée devant l'apparition de signes cliniques (masse, rétraction du mamelon, écoulement sanglant) ou de signes radiologiques (le plus souvent des calcifica-

tions). Dans le cadre de récurrence non invasive, le traitement est une mastectomie avec reconstruction mammaire proposée (immédiate ou différée). Si dans la pièce d'intervention, des lésions infiltrantes sont découvertes, un curage axillaire complémentaire est réalisé. Un deuxième traitement conservateur ne se discute en RCP que si la patiente n'a pas eu de radiothérapie lors de son premier cancer (situation non standard).

Si la récurrence est invasive, un curage axillaire est réalisé. Le traitement médical adjuvant et/ou une radiothérapie seront discutés en RCP. La reconstruction est proposée en fonction des différents traitements associés.

Les séries étant peu nombreuses, les recommandations proposées sont principalement des accords d'experts.

#### 5. Carcinomes Lobulaire In Situ (CLIS) : Prise en charge diagnostique et thérapeutique

La stratégie diagnostique est identique au CCIS. Le diagnostic est réalisé sur l'examen histologique des prélèvements.

La prise en charge est basée sur la classification LIN (Lobular Intraepithelial Neoplasia), divisée en 3 catégories (OMS 2003) :

- LIN 1 : une surveillance est recommandée. Elle est clinique et mammographique (annuelle). S'il existe des facteurs de risque ou une discordance radio-pathologique, une biopsie chirurgicale peut se discuter ;
- LIN 2 : une biopsie chirurgicale est réalisée après les prélèvements percutanés ;
- LIN 3 : une exérèse chirurgicale est effectuée (analyse histologique de la pièce opératoire). La prise en charge est définie en fonction de ces résultats. La surveillance est identique à celle des CCIS traités par un traitement conservateur.

Remerciements à tous les collègues membres du groupe de travail (Comité Rédacteur), aux membres de groupe de lecture et à l'équipe de l'INCa : Sophie Rousmans, Lise Bosquet et Valérie Mazeau-Woynar.

## ANNONCES .....

**Journées  
annuelles  
de la SOFMIS**  
*Femmes à haut risque  
de cancer mammaire*

du 13 au 15 mai 2010  
**ARCACHON**  
Palais des congrès

Renseignements et inscriptions:  
Agence Apôles Santé Terres Neuves (Bègles)  
Tél: 05 56 75 36 09  
annie.faure@apoles-sante.com

*Réservez la date !*

**Vendredi 18 juin 2010**  
Palais des Congrès – Reims

**1<sup>er</sup> COLLOQUE FRANCOPHONE  
SUR LES CANCERS DU SEIN IN SITU**

**Coordination scientifique :**  
Bruno CUTULI – Service de Radiothérapie-Oncologie,  
Polyclinique de Courlancy – 51100 REIMS  
Tél. : 03.26.84.02.84 – Fax : 03.26.84.70.20  
e-mail : bcutuli@oncorad.courlancy.fr

**Organisation/Inscription en ligne :** [www.reims-evenements.fr](http://www.reims-evenements.fr)  
REIMS EVENEMENTS ORGANISATION  
12, bd du Général Leclerc – 51722 REIMS cedex  
Tél. : 03.26.77.44.60 – Fax : 03.26.77.44.81  
**Contact :** M<sup>me</sup> Sophie FURNAL

**Inscription Internet à partir du 04/01/2010**  
**Tarifs :** Médecins = 150 €  
Internes, Chefs de Clinique, Personnel Paramédical = 80 €



# Bi-Rads IRM et Algorithme de raisonnement (1)

Dr Jocelyne CHOPIER

Service de radiologie  
Hôpital Tenon  
4 rue de Chine  
75020 Paris  
Mail : [jocelyne.chopier@tnn.aphp.fr](mailto:jocelyne.chopier@tnn.aphp.fr)

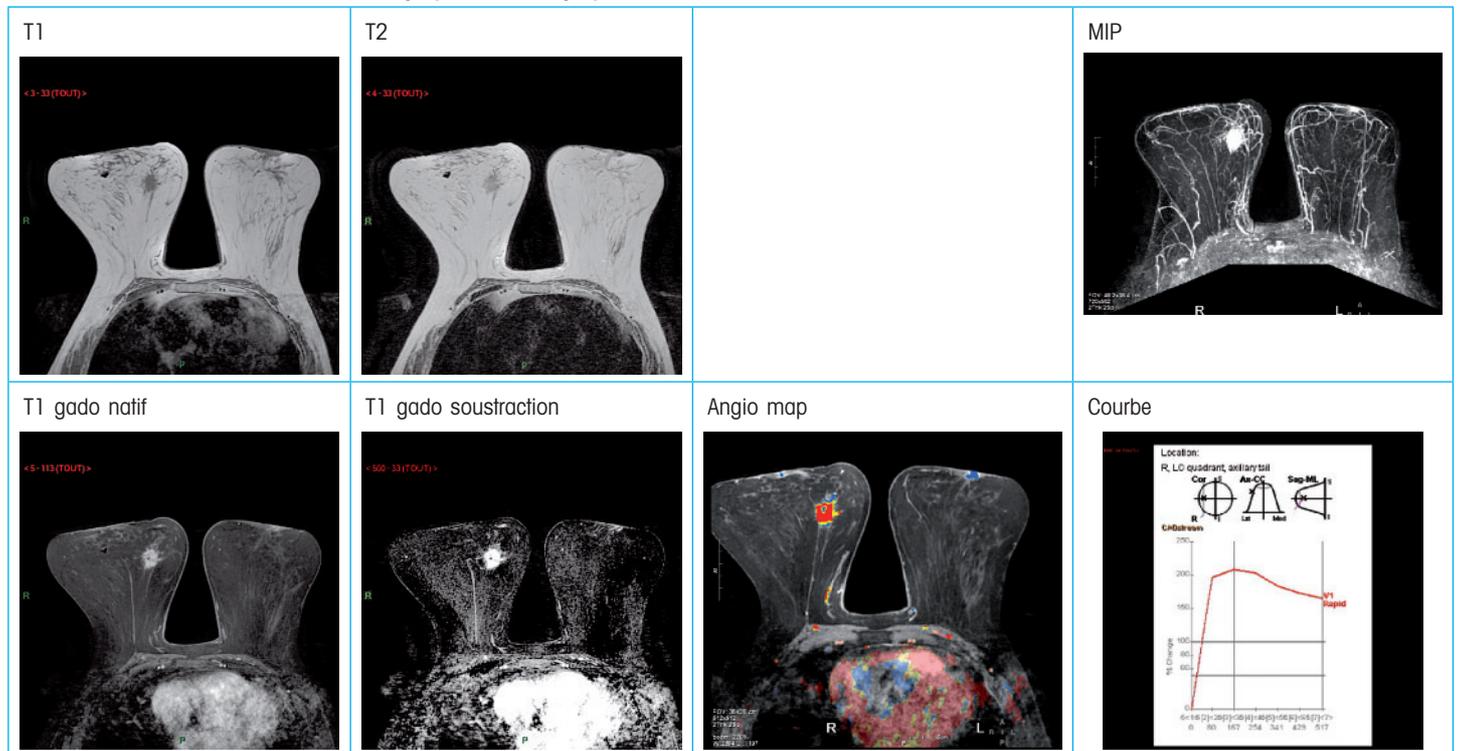
## Cas clinique

Patiente âgée de 79 ans, ayant un antécédent de carcinome du quadrant supéro-

interne du sein gauche, traité par tumorectomie, curage, radiothérapie en 2001. Découverte d'une lésion à l'union des quadrants internes du sein droit en mammo-

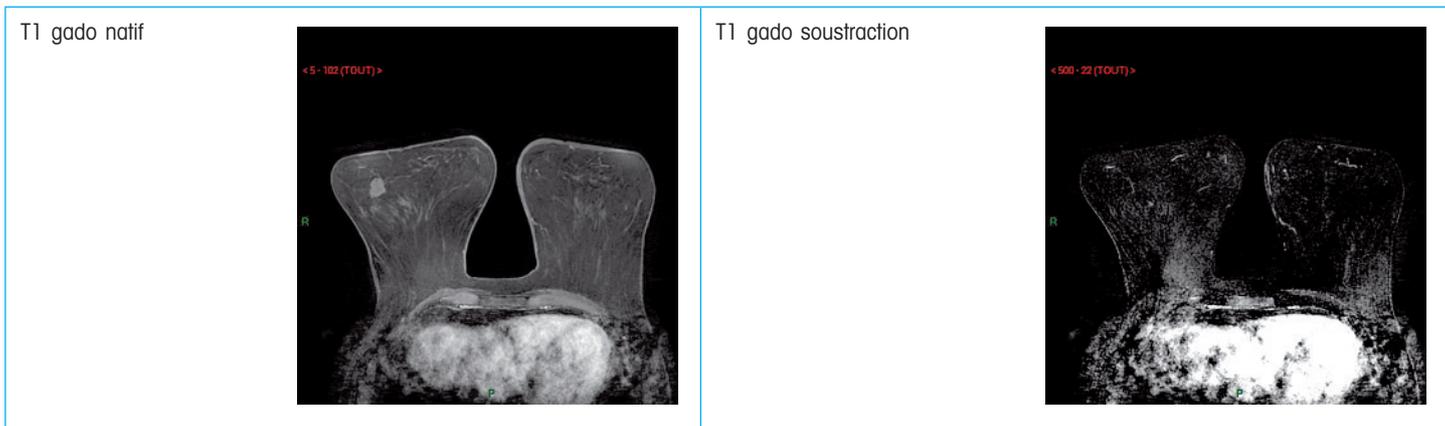
graphie et échographie classée ACR 5. Bilan IRM complémentaire requis avant chirurgie au niveau du sein en raison des antécédents.

### Niveau 1 : Masse détectée en mammographie et échographie



### Niveau 2 : Masse connue prélevée avec diagnostic d'adénofibrome

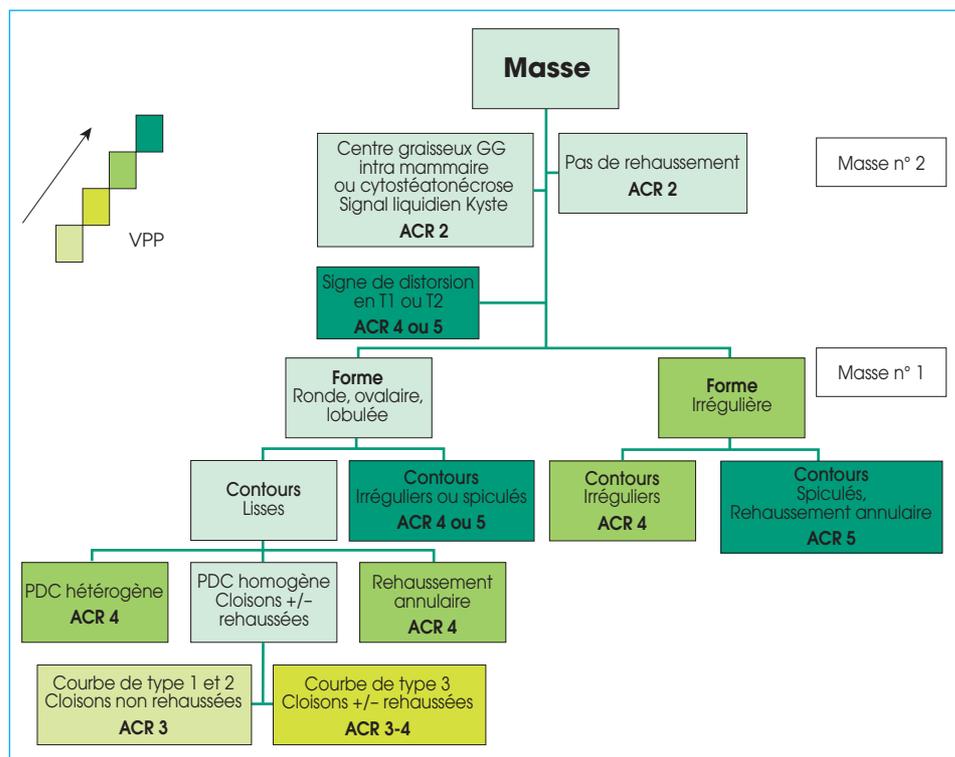




Le raisonnement diagnostique en IRM mammaire repose sur la détermination du type de prise de contraste. Par définition un focus est une prise contraste de moins de 5 mm non visible en T1 et T2, une masse est un processus occupant un volume visible en T1 et T2, un rehaussement sans masse est une prise contraste non vue en T1 et T2 de taille supérieure à 5 mm (1). Il est important devant toute prise de contraste d'analyser le comportement du signal de la lésion en T1 et T2. D'autre part les séquences non injectées permettent également de repérer une masse ne prenant pas le contraste ou comportant des cloisons non rehaussées ou encore de détecter une lésion remarquable par un signal particulier : hydrique (kyste, galactocèle), hémorragique (kyste, contenu hémorragique d'un galactophore), ou graisseux (ganglion, cytotéatonecrose, galactocèle) (1). L'analyse de la dynamique de rehaussement porte sur l'aspect des courbes. Lorsque le rehaussement est précoce et intense (> 100 %) avant la 2<sup>e</sup> mn suivi par un phénomène de lavage, la courbe est dite de type 3, lorsque le rehaussement est peu intense (< 50 %) avant la 2<sup>e</sup> mn et ensuite progressif la courbe est dite de type 1, dans les autres cas elle est dite de type 2 (1). Une masse non rehaussée est toujours bénigne.

Lorsque le diagnostic de masse est confirmé, le raisonnement porte principalement sur l'analyse de la forme, des contours et des caractéristiques internes du rehaussement. Les contours irréguliers ou spiculés, la forme irrégulière et le rehaussement annulaire confèrent un plus fort degré de suspicion à ces lésions entraînant au minimum un classement ACR 4 en IRM. L'utilisation des courbes de rehaussement dans le raisonnement n'intervient que lorsque tous les critères morphologiques de forme, de contours et de prise de contraste homogène sont réunis. Seule une masse de morphologie bénigne, avec des cloisons non rehaussées et une courbe de rehaussement de type 1 ou 2 est classée ACR 3 en IRM, lorsque la courbe est de type 3, le classement ACR 3 est plus discutable. L'utilisation d'un algorithme de raisonnement (Figure 1) produit à partir des données de la littérature aide à la conduite diagnostique (2-7).

Figure 1 : Algorithme de raisonnement devant une masse détectée en IRM



Dans notre observation : Les 2 lésions détectées au niveau 1 et 2 peuvent être étiquetées « masse » car c'est un processus qui occupe un volume, visible en T1 et T2.

La masse N° 1 est de forme irrégulière, de contours spiculés, le rehaussement est annulaire, le classement Bi-Rads d'après l'analyse morphologique est d'emblée ACR 5, quelque soit le type de courbe associé.

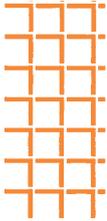
La masse N° 2 est de forme ovale, de contours lobulés, elle n'est pas repérée sur la séquence injectée avec soustraction. Il existe un simple rehaussement matriciel visible sur l'image native injectée, classement ACR 2.

## Références

1. American College of Radiology (ACR). ACR Bi-Rads – Magnetic Resonance Imaging. 4<sup>th</sup> edition. In ACR breast Imaging reporting

and Data System imaging Atlas. Reston, VA. American College of Radiology;2003.

2. Ikeda DM. Progress report from the American College of Radiology Breast MR Imaging Lexicon Committee. Magn Reson Imaging Clin N Am 2001;9(2):295-302, supp.
3. Schnall MD, Blume J, Bluemke DA, et al. Diagnostic architectural and dynamic features at breast MR imaging: multicenter study. Radiology 2006;238(1):42-53.
4. Agrawal G, Su MY, Nalcioğlu O, Feig SA, Chen JH. Significance of breast lesion descriptors in the ACR BI-RADS MRI lexicon. Cancer 2009;115(7):1363-1380.
5. Nunes LW, Schnall MD, Siegelman ES, et al. Diagnostic performance characteristics of architectural features revealed by high spatial-resolution MR imaging of the breast. Am J Roentgenol 1997;169(2):409-415.
6. Bluemke DA, Gatsonis CA, Chen MH, et al. Magnetic resonance imaging of the breast prior to biopsy. Jama 2004;292(22):2735-2742.
7. Macura KJ et al. Patterns of enhancement on breast MR images: Interpretation and imaging pitfalls. Radiographics 2006;26:1719-1734.



# Imagerie mammaire : ECR 2010

Maryam ASAD-SYED

adresse.....

## Sessions thématiques

### Évaluation de la réponse tumorale sous chimiothérapie néoadjuvante

Ces sessions ont concerné l'intérêt de l'analyse **génomique** pré-thérapeutique pour déterminer la sensibilité à la chimiothérapie (M. Gnant), l'insuffisance de l'imagerie conventionnelle car si l'échographie est meilleure que la mammographie elle reste insuffisante n'évaluant pas de paramètres perfusionnels (S. Delorme) et l'IRM (F. Sardanelli) confirmant la valeur la plus fiable de cette technique majorée par l'utilisation de la spectroscopie, la diffusion et l'analyse de la perméabilité capillaire. Cependant plusieurs problèmes sont posés :

- Nécessité d'une première IRM préthérapeutique.
- Questionnement sur l'intérêt global d'une imagerie performante en l'absence d'impact thérapeutique : nécessité de travaux conjoints radiologue et thérapeute.
- Nécessité d'une méta-analyse et d'études prospectives.

Pas d'indication du **PET-CT** dans l'analyse de l'évolutivité des lésions mammaires sous traitement (B. Sharma).

## Cours thématiques

### IRM mammaire

#### Sur-diagnostic et IRM

F. SARDANELLI

- Propositions de réflexion :
  - Le sur-diagnostic est le fait de diagnostiquer et de traiter des cancers qui n'auraient pas évolué ; ce qui correspondrait à priori entre 30 et 50 % des CCIS.
  - En bilan préopératoire l'IRM détecte 11 % de lésions supplémentaires, or seules 2-3 % des patientes vont récidiver dans les 3-4 premières années.
  - Il faut savoir utiliser l'IRM pour la désescalade thérapeutique : moins de radiothérapie ? chirurgie localisée ?
  - Dans le cadre d'un cancer du sein les résultats des IRM doivent être discutés de manière pluri-disciplinaire.

### Comment améliorer la spécificité de l'IRM

J. VELTMAN

- Les cartes couleurs permettent de mieux détecter les wash-out (intérêt surtout pour les juniors).

- Protocoles dynamiques avec des séquences rapides de 30 secondes (K trans, Kep...) entres lesquelles sont intercalées les séquences de plus haute définition : fiabilité diagnostique de 0,93.
- Diffusion : sensibilité 0,89 spécificité de 0,77.

### Détection des CCIS

R.A. KUBIK-HUCH

- Les CCIS sont visualisés à l'IRM dans 38-58 % des cas et surtout s'il s'agit de hauts grades.
- Il existe des surestimations de la taille en IRM.
- Le rehaussement le plus caractéristique est la prise de contraste sans masse segmentaire micronodulaire, cependant la VPP des prises de contraste segmentaire n'est que de 34 %.

## Sessions scientifiques

### Point fort en mammographie

#### Conséquences du dépistage en mammographie numérique

A.M.J. BLUEKENS

- Étude rétrospective : 312 414 mammographies de dépistage (43 913 numériques et 268 501 analogiques).

Le dépistage en numérique montrait une augmentation des faux positifs par rapport à l'analogique, surtout au début (intérêt d'une formation spécifique). Le taux de faux positifs reste tout de même supérieur par la suite, ainsi que le taux de cancers détectés.

#### Comparaison détection et taux de rappel en mammographie numérique versus analogique

S.M. ASTLEY

- Étude rétrospective sur 21 158 mammographies de dépistage (10 024 numériques, 11 134 analogiques).

Le taux de rappel est supérieur pour le numérique avec un taux de détection de cancer équivalent.

#### Tomosynthèse : étude de performance avec plusieurs lecteurs

F THIBAUT

- Étude rétrospective sur 131 patientes consécutives classées BIRADS 3 à 5 sur le bilan écho-mammo standard auquel a été adjoint une vue de tomosynthèse.

Ces examens ont été lus par 7 différents radiologues sans notion du contexte.

La tomosynthèse n'a montré ni d'infériorité ni de supériorité par rapport aux autres techniques.

#### Tomosynthèse versus mammographie numérique : analyse des cas discordants

G. GENARO

- Étude prospective sur 376 seins lus par 6 radiologues en double aveugle comparant 2 incidences mammographiques à une vue en tomosynthèse (MLO).
- Sur les 38 discordances la tomosynthèse était inférieure à la mammographie dans 10 cas, équivalente dans 15 et supérieure dans 13 cas.

Information diagnostique équivalente en mammographie numérique par rapport à la tomosynthèse. Quelques masses seraient mieux analysées en tomosynthèse et quelques calcifications en mammographie standard.

#### Cancers « de l'intervalle » chez les patientes à sur-risque de cancer du sein ayant un suivi clinico-radiologique

B. BREVEGLIERI

- Étude prospective sur 2 457 femmes à sur-risque de cancer du sein, pour lesquelles ont été réalisés un examen clinique, mammo, écho et IRM dont le rythme était dépendant du risque. Suivi sur 15 ans.
- Toutes avaient un examen clinique et une échographie tous les 6 mois, 23 % des « cancers de l'intervalle » ont été détectés par les examens à 6 mois.

Proposition d'un contrôle échographique systématique tous les 6 mois en plus de la surveillance classique.

#### Mammographie de dépistage et cancers radio-induits chez des patientes à haut risque de cancer du sein : méta-analyse

M.C. JANSEN-VAN DER WEID

- Sur 47 articles, 6 ont été choisis.

Le regroupement des odds ratios montre une augmentation du risque de cancer dû à l'irradiation par les mammographies. Le risque est d'autant plus important que l'exposition a lieu avant 20 ans et que le nombre d'expositions est supérieur à 5.

## Imagerie mammaire approche combinée

### Surveillance d'un sein reconstruit après mastectomie

V. DOMINELLI

- Étude rétrospective de 76 patientes ayant une suspicion de récurrence.

L'IRM est plus sensible et plus spécifique que la mammographie et l'échographie.

### Étude de faisabilité de la tomographie optique chez 27 patientes avec lésion mammaire

A. POELLINGUER

Cette étude trouve une sensibilité de 83 % et spécificité de 88 %.

### Échographie volumique automatisée : expérience initiale

D-A. CLEVERT

- Étude prospective sur 53 seins, 27 patientes, échographie automatisée comparée à une échographie 2D associée à une mammographie ou une IRM (réalisation 8 minutes, lecture 7 minutes par sein).

Cette étude préliminaire montre une bonne détection et caractérisation en échographie automatisée.

### Imagerie optique de diffusion pour différenciation bénin/malin

- Étude prospective comparant l'imagerie optique à l'échographie avec contrôle histologique, 61 lésions.
- US/imagerie optique : sensibilité 97,9/95,8 % spécificité 21,4/46,2 % ; pas de mesure possible.

L'imagerie optique associée à l'échographie pourrait améliorer la caractérisation des lésions.

### Rôle de l'échographie en imagerie mammaire

#### Utilité de l'échographie de 2<sup>nd</sup> look sur les incidentalomes en IRM mammaire

V. GIRARDI

- 655 IRM consécutives, 52 lésions ont eu pour une écho de 2<sup>nd</sup> look. 95 % de masses et 5 % de non masse, 68 % < 1 cm et 5 % > 2 cm ; 10 % de BIRADS 5, 53 % BIRADS 4, 37 % BIRADS 3. Suivi 18 à 24 mois.
- L'écho de 2<sup>nd</sup> look identifie 71 % des lésions ; 75 % des masses, aucune non masse ; 90 % des lésions > 1 cm et 88 % des BIRADS 4.

Il n'a pas été trouvé de corrélation entre la positivité de l'écho de 2<sup>nd</sup> look et la présence de cancer.

### Négativité d'une échographie du creux axillaire, peut-on être rassuré ?

S.J.L. JONSHON

- Étude rétrospective sur 155 patientes ayant un cancer invasif et une échographie du creux axillaire normale pour rechercher

des facteurs tumoraux prédictifs d'un faux négatif échographique.

Une grande taille tumorale, un carcinome lobulaire infiltrant et une infiltration lympho-vasculaire sont des facteurs de risque de faux négatif lors d'une échographie axillaire.

### Échographie et microbiopsie des ganglions axillaires dans le bilan préopératoire du cancer du sein

M. MELLADO

- 138 échographies de ganglions axillaires, 83 étaient normales dont 12 N+, 31 intermédiaires (cortex > 2,5 mm) dont 21N+, 24 suspectes (cortex > 5 mm ou pas de hile graisseux) toutes N+.

L'échographie axillaire est spécifique et la biopsie fiable permettant d'éviter un ganglion sentinelle en cas de positivité.

### Variabilité inter-observateur de l'élastographie

J. YOON

- Étude prospective sur 65 lésions (43 bénignes, 32 malignes), 3 radiologues, écho-élastographie en temps réel par chacun.

Concordance correcte pour le ratio d'élasticité. Pas d'amélioration de la concordance inter-observateur du couple élasticité + écho par rapport à l'écho seule pour la catégorie BIRADS finale.

### Caractérisation lésionnelle par mesure du ratio d'élasticité en élasto-échographie

T. FISCHER

- Élastographie chez 227 femmes ayant des lésions échographiques histologiquement prouvées.
- Sensibilité et spécificité étaient respectivement de 96/55 % pour le mode B, 81/89 % pour l'élastographie et 90/89 % pour le ratio d'élasticité (valeur seuil du ratio : 2,45). Le ratio d'élasticité améliore standardisation et spécificité.

### Mesure du ratio d'élasticité : une méthode plus objective de diagnostic échographique

H. ZHI

- Étude prospective, mesure du ratio d'élasticité sur 559 lésions tissulaires (415 bénignes, 144 malignes).
- Lésions bénignes SR 1,83 SD 1,22 ; lésions malignes SR 8,38 SD 7,65.

Valeur seuil 3,05, sensibilité 92,4 % et spécificité 91,1 %.

### Nouveaux développements en IRM du sein

#### Y a-t-il un rôle de l'IRM dans le diagnostic différentiel ?

M. DIETZEL

- IRM successives réalisées sur 12 ans, analyse de l'ensemble des lésions de moins de 5 mm avec contrôle histologique (27 bénins et 61 malins) ; les IRM ont été relues par 2 radiologues (17 critères).

- Les critères en faveur de la malignité étaient : wash out, forme irrégulière, blooming sign, proximité d'un vaisseau, « root sign ». Fiabilité diagnostique était à 0,89 ( $p < 0,0001$ ).

Les auteurs concluent à une fiabilité diagnostique dans l'interprétation des foci.

### IRM mammaire de diffusion : étude préliminaire prospective sur 68 patientes

PA.T. BALTZER

- Les séquences ont été correctes dans 88 % des cas.
- 73 lésions : 56 malignes et 17 bénignes.

Différence significative sur les mesures d'ADC entre les lésions bénignes (ADC = 1,56) et les lésions malignes (0,83) ( $p < 0,001$ ) ; ainsi que sur les mesures du tenseur de diffusion, 0,17 pour les lésions bénignes et 0,27 pour les malignes ( $p = 0,001$ ).

### Méta-analyse sur l'IRM quantitative de diffusion pour la caractérisation lésionnelle

X. CHEN

- 13 études.
- Sensibilité 0,84, spécificité 0,83.

L'IRM quantitative de diffusion est meilleure que l'IRM dynamique pour différencier les lésions malignes des lésions bénignes mais d'autres études sont nécessaires pour définir le b et la valeur seuil.

### Chimiothérapie néo-adjuvante et cancer du sein : corrélation IRM et réponse histologique en fonction des caractéristiques hormonales tumoraux

S. SONG

- Étude rétrospective sur 47 patientes consécutives ayant eu une chimiothérapie néo-adjuvante puis un traitement chirurgical, ont été classées en fonction des caractéristiques hormonales tumorales : récepteurs hormonaux, Her2neu, triple négatifs.
- 42 IRM ont été revues par 2 radiologues pour mesurer la réponse tumorale.
- La corrélation IRM-histologie est de 79 % toutes tumeurs confondues.

L'IRM permet une bonne estimation de la réponse tumorale par rapport à l'histologie, et ce surtout en cas de tumeur Her2neu+. Il existe des faux positifs dans les cas de tumeurs RH+ et triple négatifs.

### Évaluation de la réponse tumorale sous chimiothérapie néoadjuvante par IRM de diffusion

M. TEXIDOR VINIAS

- 37 patientes : IRM avant puis tous les 3 mois puis à la fin du traitement.
- Mesure automatisée par un CAD de la taille, ADC, pourcentage de rehaussement.

Augmentation significative de l'ADC et diminution significative du pourcentage de rehaussement chez les répondeurs.



**STRASBOURG**  
Palais des Congrès

3<sup>du</sup> 5<sup>au</sup>  
novembre

32<sup>èmes</sup>  
journées de  
la Société Française  
de  
**sénologie** 2010  
et de Pathologie  
Mammaire

la femme jeune  
face au  
cancer du sein

coordonnées  
par les équipes médicales  
de la SFSPM de

Nancy  
Reims  
Strasbourg

www.senologie.com 

La femme jeune  
face au cancer du sein...

Coordination

Nancy  
Anne Lesur  
Reims  
Bruno Cutuli  
Strasbourg  
Jean-Pierre Bellocq  
Béatrice Gairard

Contact congrès SFSPM

Michèle Peter  
8, Quai de l'Ill - 67400 Illkirch  
Tél. +33 (0)6 31 24 27 59  
sfspm.michele.peter@free.fr

Inscriptions/Hébergement

Brigitte Papillon  
Palais des Congrès de Strasbourg  
Place de Bordeaux - Wacken  
67082 Strasbourg Cedex  
Tél. +33 (0)3 88 37 67 87  
bpapillon@strasbourg-events.com  
www.strasbourg-events.com

**STRASBOURG**  
Palais des Congrès

Place de Bordeaux  
67000 Strasbourg

«J'ai un cancer du sein et je suis jeune.  
Tout s'arrête. Et puis se battre, faire face.  
Faire face à la maladie, à mon médecin,  
à mon image, à ma famille, à mon métier,  
à mes projets.»

«J'ai eu un cancer du sein et je suis encore  
jeune. Quel est mon regard sur la maladie,  
la médecine, mon image, ma famille, mon  
métier, mes projets ?»

«Je suis jeune et tout va bien. Le cancer  
du sein a touché ma sœur, ma voisine, ma  
collègue de travail. Cela va-t-il influencer  
ma vie ?»

