

# Relecture sénologique préopératoire : intérêts et limites de la validation radiologique préopératoire en présence de la patiente.

LEVY G, FLORY V, VIOTTI J, SCHIAPPA R, CHAPELLIER C, GHEZ C, ELKIND L, PELLEGRIN A, OCCELLI A, DEJODE M, DELPECH Y, FOUCHE Y, FIGL A, MACHIAVELLO JC, HAUDEBOURG J, PEYROTTE I, BARRANGER E. Centre Antoine Lacassagne, NICE.

## Évaluer l'intérêt et les limites de la relecture du dossier sénologique avant chirurgie d'une lésion mammaire BIRADS 6 nécessitant un éventuel repérage radiologique.

1<sup>er</sup> OBJECTIF : analyse des **biopsies mammaires et cytoponctions axillaires additionnelles**, des **résultats histologiques** et de leur **impact chirurgical final (mammaire et axillaire)**.  
OBJECTIFS SECONDAIRES : corrélation radio-histologique des biopsies et sur pièce opératoire, impact radio-chirurgical (modification du repérage préopératoire et délai chirurgical).

### METHODES :

- ✓ Analyse rétrospective unicentrique de décembre 2015 à avril 2017 sur **190 patientes** en contexte BIRADS 6 pré-opératoire ou adressées pour biopsie d'une lésion suspecte BIRADS 4 ou BIRADS 5, avec **bilan d'imagerie mammaire hors centre**.
- ✓ Une relecture est effectuée par le radiologue avec examen clinique, échographie systématique mammaire et axillaire (+/- clichés mammographiques complémentaires +/- micro ou macrobiopsie additionnelle +/- cytoponction axillaire +/- IRM).

### RESULTATS :

**186 patientes** ~ 61 ans avec une lésion mammaire (66% masse, 26% microcalcifications, 8% les 2). Densité B 59% (C 29%, A 6% ou D 6%). **4 patientes exclues** (2 mutations BRCA2, 1 perdue de vue opérée hors centre et 1 dossier incomplet). **158 patientes avec contexte BIRADS 6 initial prouvé** (dont 7 bilatéral). 80 patientes (43%) avec IRM mammaire (avant ou post relecture).

#### • **SEIN :**

\* **71 biopsies mammaires additionnelles** (1 relecture sur 5, 23 patientes (12%) avec des biopsies bilatérales et/ou multiples). **20 cancers infiltrant** (28%), **9 CCIS** (12,5%), **11 lésions atypiques** (15,5%) et **31 biopsies bénignes** (44%). Sur 9 BIRADS 3, une lésion atypique retrouvée, versus **60 BIRADS 4 ou 5**. 1 NST sur cible tissulaire échographique microbiopsiée d'un CCIS macrobiopsié associé sous-estimé. 1 cancer bifocal homolatéral supplémentaire suspecté lors du repérage confirmé en post-opératoire (*marquage cutané décidé sans décaler la chirurgie*).

\* **29 biopsies diagnostiques** (d'une lésion connue à l'imagerie initiale, dont 1 cas bilatéral).

• **Statut AXILLAIRE :** 34 cytologies axillaires : 6 orientées par l'imagerie initiale + **28 suspicions additionnelles d'atteinte axillaire** en relecture avec **11 pN+** « rattrapés » d'origine mammaire (et **1 cas** d'adénopathie lymphomateuse avec cible mammaire BIRADS 4 biopsiée bénigne concordante sans chirurgie), **22 pN-** (post ponction bénigne ou ganglion réactionnel et **2 discordances radio-histologiques**), **2 pN-** initiaux connus et **9 cas prouvés N+** avant la relecture (dont **1 cas** d'adénopathie sous-claviculaire de mélanome, avec primitif mammaire homolatéral opéré et GS négatif).

#### • **Impact CHIRURGICAL :**

\* **Modification de la stratégie axillaire (GS en CA)** pour **11 patientes**. **132 GS et 22 curages axillaires (CA)**. **22 GS +** (dont 9 micro-métastases). 3 faux-négatifs en cytologie axillaire versus chirurgie (GS). 3 CA réalisés pour **1 cas** d'ADP fixante en TEP sans ponction, et les **2 discordances cyto-radiologiques**.

\* **Geste mammaire modifié** (uni ou bilatéral, double tumorectomie, mastectomie partielle ou totale) selon les données histologiques et/ou la taille lésionnelle post relecture **dans 52 cas (28%)**.

\* **Repérage préopératoire radiologique modifié** pour **33 patientes (18%)** versus non modifié pour **130 patientes (71%)**. **19 patientes (11%)** sans nécessité de repérage (tumeur palpable).

\* **Délai avant chirurgie :** **29 jours** en moyenne après la relecture. **7 patientes (4%)** non opérées (comorbidités ou lésion bénigne concordante ou d'exérèse complète en biopsie). **24 reprises chirurgicales (13%)** malgré la relecture (CA ou marges envahies essentiellement par du CCIS).

### DISCUSSION :

✓ **Avantages :** **13%** cancers additionnels infiltrant ou in situ et **5%** lésions « frontières » (sur 186 patientes), pour une majorité de biopsies bénignes réalisées (**10%** des patientes avec biopsies additionnelles uniquement bénignes), repérage opératoire facilité, geste chirurgical optimisé avec délai acceptable, impact pronostic d'atteinte axillaire pour **6 à 6,5%** des patientes.

✓ **Inconvénients :** stress de la patiente, contrainte organisationnelle en imagerie, surdiagnostic des prélèvements additionnels (sein et ganglion réactionnel), coût supplémentaire (mammographie, IRM, cytoponction ou biopsie), impact non évaluable sur la survie globale des lésions additionnelles « frontières » (+/- CCIS selon le grade) s'associant à une maladie infiltrante, relationnel radiologue ville / centre spécialisé.

**CONCLUSION :** \* Evaluation des pratiques de notre Centre entre surdiagnostic mammaire et/ou axillaire et l'objectif d'optimiser la chirurgie (*comme le suivi sénologique ultérieur*).  
\* Organisation radio-chirurgicale dans le parcours de soins de la patiente.