

Poclet Thibault, Jarraya Hajer, Taieb Sophie, Boulanger Thomas, Wallet Jennifer, Ceugnart Luc
Centre Oscar Lambret, 3 rue Frédéric Combemale 59020 Lille

Introduction

La **relecture du dossier sénologique** fait partie de la prise en charge **multidisciplinaire**. Dans une démarche d'amélioration de la qualité des soins, nous y avons associé une **échographie mammaire et axillaire systématique**, participant à la réalisation du bilan locorégional et des repérages préopératoires.

L'objectif est **d'évaluer cette nouvelle procédure de relecture** en la comparant à la procédure initiale en termes d'impact **chirurgical**, représenté par les modifications de geste mammaire et/ou axillaire, et **radiologique** (nombre d'examens et prélèvements supplémentaires, repérages préopératoires).

Méthodes

Étude rétrospective observationnelle comparative

Procédure initiale

- Relecture par un **radiologue spécialisé** en sénologie **entre** la date de consultation chirurgicale et la date de bloc opératoire
- Au cours des vacances **sans créneau dédié**
- Avec **convocation** de la patiente si des examens ou prélèvements supplémentaires sont nécessaires

Nouvelle procédure

- Relecture **le jour** de la consultation chirurgicale et d'anesthésie → consultations groupées dans le cadre du « *parcours rose* »
- **En présence** de la patiente avec examen clinique et **échographie mammaire et axillaire**
- Examens et prélèvements nécessaires le jour même si possible

Résultats

Exhaustivité variable du bilan réalisé lors du diagnostic initial, avec réalisation plus fréquente en présence de la patiente (*nouvelle procédure*) :

- D'examens complémentaires → **17,4 %** (65/373) vs **10,6 %** (40/377) (p=0,009)
- De prélèvements supplémentaires → **9,6 %** (36/373) vs **4 %** (15/377) (p=0,003)

Permettant la détection de **4,3 %** (16/373) de lésions infiltrantes ou in situ méconnues (p=0,2)

Adaptant la prise en charge pour **7,5 %** (28/373) des patientes vs **4,5 %** (17/377) (p< 0,001)

→ Intéressant des **lésions malignes** pour **6,2 %** (23/373) des patientes (p<0,001)

Le délai entre la date de bloc prévue et réalisée étant de **1 jour** vs **2 jours** (p=0,5) et le taux de reprise de **13,3 %** (49/373) vs **17,3 %** (65/377) (p=0,2)

Avec taux de « **faux positif** » (prélèvements/chirurgies pour lésions bénignes) de **4 %** (15/373) (p=0,01)

Réalisation de **89 % repérages sous échographie** avec **↘ guidages stéréotaxiques** de 15 % (p<0,001)

- Sans découverte le lésion suspecte le jour du repérage (vs 6 dans la procédure initiale)
- Sans cas de « pièce blanche » sur la période d'étude

Discussion

Apport de l'échographie systématique

Repérages préopératoires

- Valide l'indication, la faisabilité et anticipe la réalisation
- **↘ repérages sous stéréotaxie ↗ sous échographie** (visualisation de clips ou d'hématomes)
 - Accessible, rapide et mieux accepté des patientes
 - Ciblé et fiable: absence de « pièce blanche »

mais également du « parcours rose » !

Traitement chirurgical

- Adaptation du geste pour lésions malignes > 80 %
- Taux de « faux positif » < IRM
- Tendance à **↘** taux de reprise de 4 % (non significatif)

- **Temps dédié** à la relecture
- **Communication** facilitée entre chirurgiens et radiologues

Conclusion

Intérêt d'une consultation radiologique pré-thérapeutique

- Bilan initial **complet** et de **qualité**
- **Bilan locorégional exhaustif** et détection de **lésions additionnelles** méconnues
Avec augmentation du taux de **faux positifs** (*acceptable ?*)
- Amélioration de l'organisation et de la qualité des **repérages**

→ **Optimisation de la prise en charge globale** : repérage, chirurgie et surveillance sénologique ultérieure