



FAITS RADIO-CLINIQUES

DISCORDANCE RADIO-CLINIQUE D'UNE TUMEUR MALIGNE DU SEIN : APPORT DIAGNOSTIQUE ET THÉRAPEUTIQUE DE L'IRM MAMMAIRE

*RADIO-CLINICAL DISCREPANCY OF A MALIGNANT BREAST TUMOR: DIAGNOSTIC AND
THERAPEUTIC CONTRIBUTION OF BREAST MRI*

***Ouédraogo Pakisba Ali¹, Tankoano Aïda Ida², Koama Adjirata³, Some M. Judicaël¹,
Ouédraogo/Belem Annick⁴, Dao B Aziz⁵, Nikiema Zakari², Lougue/Sorgho Claudine⁶,
Cisse Rabiou⁴**

1. Centre Hospitalier Régional Universitaire Ouahigouya
 2. Service d'Imagerie Médicale, Centre Hospitalier Universitaire Souro SANON de Bobo Dioulasso
 3. Service d'Imagerie Médicale, Centre Hospitalier Universitaire Bogodogo de Ouagadougou
 4. Service de Gynécologie Obstétrique, Polyclinique Notre Dame de la Paix
 5. Service d'Imagerie Médicale, Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo
 6. Centre Hospitalier Universitaire Pédiatrique Charles de Gaulle
- *Auteur correspondant** : Pakisba Ali OUEDRAOGO, 11 BP 1937 Ouaga 11 / pakisbaali@gmail.com.

RÉSUMÉ

La prise en charge des lésions mammaires malignes repose sur l'examen clinique allié à un bilan sénologique standard bien mené qui révèlent parfois des situations de discordances, source d'anxiété pour le clinicien, le radiologue et les patients. L'IRM mammaire se positionne de plus en plus dans l'arsenal diagnostique comme un moyen performant permettant de résoudre ces situations de discordances cliniques, radiologiques, histologiques. Son apport dans le bilan pré-thérapeutique devient indiscutable en permettant sur la base d'éléments nets d'adopter la meilleure décision thérapeutique. Nous rapportons le cas d'une patiente de 57 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, ayant bénéficié d'un bilan echo-mammographie qui a révélé une lésion classée ACR4, de taille sous-estimée par rapport à l'examen clinique chez qui une IRM mammaire a été réalisée pour une meilleure caractérisation lésionnelle qui a permis une thérapeutique adaptée. Le but de notre travail est de montrer l'apport diagnostique et thérapeutique de l'IRM mammaire dans ces cas de discordance radio-clinique. L'examen a été réalisée sur une IRM de marque Philips Multiva 1,5 Tesla année 2015

Mots-clés : Cancer du sein, IRM mammaire, discordance, mammographie

ABSTRACT

The management of malignant breast lesions is based on clinical examination combined with a well-conducted standard breast work-up which sometimes reveals situations of discrepancy, a source of anxiety for the clinician, the radiologist and the patients. Breast MRI is increasingly positioned in the diagnostic arsenal as an effective means of resolving these situations of clinical, radiological and histological discrepancies. Its contribution in the pre-therapeutic assessment becomes indisputable by allowing, on the basis of clear elements, the adoption of the best therapeutic decision.^[1]

We report the case of a 57-year-old patient, with no particular pathological history, who underwent an echomammography assessment which revealed a lesion classified ACR4, of underestimated size compared to the clinical examination. A breast MRI was carried out in this patient for a better lesional characterization. It allowed an adapted therapy. The aim of our work is to show the diagnostic and therapeutic contribution of breast MRI in these cases of radio-clinical discrepancy. The examination was performed on a Philips Multiva 1.5 Tesla year 2015 MRI device.

Keywords: *Breast cancer, breast MRI, discrepancy, mammography.*

INTRODUCTION

La prise en charge des lésions mammaires malignes repose sur l'examen clinique allié à un bilan sénologique standard que sont la mammographie et l'échographie. L'imagerie par résonance magnétique (IRM) des seins est un moyen d'imagerie qui voit ses indications et son utilisation connaître un essor constant du fait de ses performances diagnostiques. Sa particularité est de compléter l'étude morphologique par une étude fonctionnelle basée sur la vascularisation tumorale permettant une bonne caractérisation lésionnelle utile notamment en cas de discordance radio-clinique. Nous exposons ici un cas de discordance radio-clinique d'une tumeur mammaire maligne confirmée chez une patiente de 57 ans ayant bénéficié d'une IRM mammaire pour le bilan d'extension loco-régionale.

OBSERVATION

Il s'agissait d'une patiente de 57 ans, ménopausée depuis 03 ans, auteure de 03 grossesses menées à terme avec 03 enfants vivants, qui avaient été tous allaités au sein. Dans ses antécédents on ne retrouve pas de notion de pathologie maligne mammaire ou ovarienne familiale ou personnelle. Elle ne rapporte pas de prise d'oestrogénostatifs. Elle mesure 169 cm pour un poids de 85 kg soit un surpoids avec IMC estimé à 29,76. Elle a été adressée par sa gynécologue pour l'exploration d'une masse indurée mesurée cliniquement à 06 cm environ localisée dans le quadrant supéro-externe (QSE) du sein gauche avec perception d'adénomégalies axillaires homolatérales.

L'analyse mammographique mettait en évidence des seins graisseux hétérogènes de type B avec une asymétrie de densité marquée par la présence d'une plage de surcroît de densité mal limitée du QSE gauche sur l'incidence de face (fig1 A), de taille estimée globalement à 50 x 30 mm sur le cliché de face et mal visualisée sur le cliché oblique. La lésion contenait un foyer de microcalcifications polymorphes mal perçue sur l'incidence oblique

(fig 1B). Il n'était pas noté d'association d'opacité nodullo-stellaire et la lésion a été classée ACR 4. L'exploration échographique mammaire complémentaire retrouve dans le QSE gauche une formation mal limitée présentant une atténuation postérieure des échos, masquant le reste de la lésion et dont la portion visible est mesurée à 29 x 18 mm avec un halo hyper échogène périphérique par endroit classée ACR 4 (fig 2). Des adénomégalies axillaires gauches supra centimétriques au nombre de 03 ont été retrouvées. Une microbiopsie sous guidage échographique de la lésion a été réalisée et l'étude histopathologique avait conclu à un carcinome infiltrant de type non spécifique de grade III de MSBR. Une IRM mammaire est alors demandée pour le bilan d'extension loco-régionale devant cette discordance en taille radio-clinique de la lésion, en vue d'envisager un traitement conservateur. Nous avons réalisé les séquences suivantes T1 et T2 TSE, T2 STIR sans et avec suppression de la graisse, séquences 3D volumiques dynamiques précoce et tardif (30 s, 1 mn, 2mn, 3 mn et 4 mn) post injection de chélates de gadolinium avec soustraction d'images, séquences en diffusion avec étude de l'ADC. Elle a été réalisée après l'étude mammographie-échographie initiale et retrouve une lésion unique de 71 x 23 mm, mal limitée et spiculée à l'union des quadrants externes du sein gauche présentant en profondeur une extension au voisinage du pectoral sans évidence d'envahissement (fig3 AB). Cette lésion présente sur les séquences natives, se rehausse après injection de contraste avec une chute notable de l'ADC. Il existait également une atteinte cutanée à type d'épaississement diffus des zones cutanées et sous cutanées marquée en péri aréolaire et classée ACR 5 (fig 3 CD). Quatre (04) ganglions axillaires gauches supra centimétriques rehaussés avec perte de leur hile graisseux ont été retrouvés. Il n'a pas été mis en évidence d'atteinte controlatérale. Le bilan d'extension à distance réalisée grâce à la TDM thoraco-abdomino-pelvienne retrouvait une prise de contraste focale et fugace de 12 mm sur le dôme hépatique sans traduction sur l'échographie hépatique mais retrouvée à l'exploration IRM

hépatique. Une TEP TDM a été planifié pour une meilleure caractérisation de cette prise de contraste fugace suspecte devant son inaccessibilité pour une microbiopsie sous guidage échographique ou scannographique.

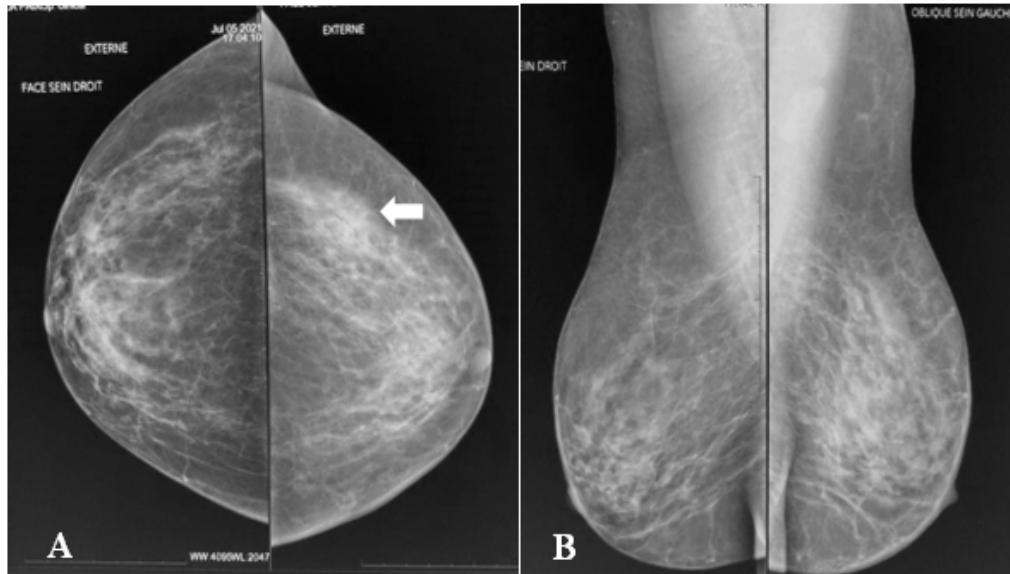


Figure 1: Clichés mammographiques retrouvant des seins type B avec la présence d'une plage de surcroît de densité mal limitée du QSE gauche sur l'incidence de face (fig 1 A), mal perçue sur l'incidence oblique (fig 1B) de taille estimée à 50 x 30 mm sans association d'opacité nodullo-stellaire

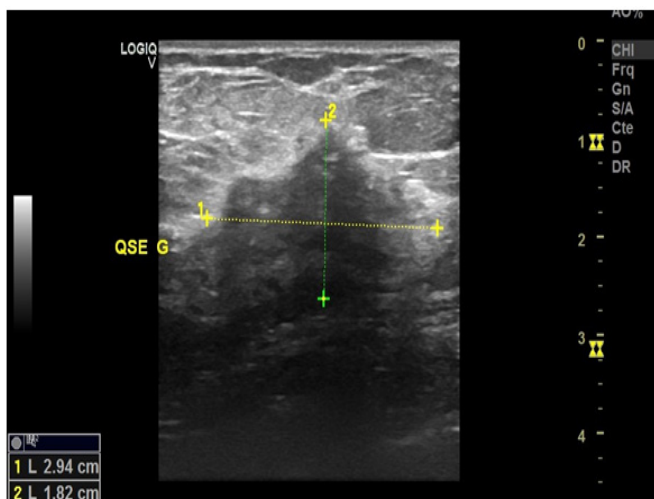


Figure 2: Echographie mammaire retrouvant dans le QSE gauche une formation mal limitée de 29 x 18 mm présentant une atténuation postérieure des échos et un halo hyper échogène périphérique par endroits et une excroissance vers la peau

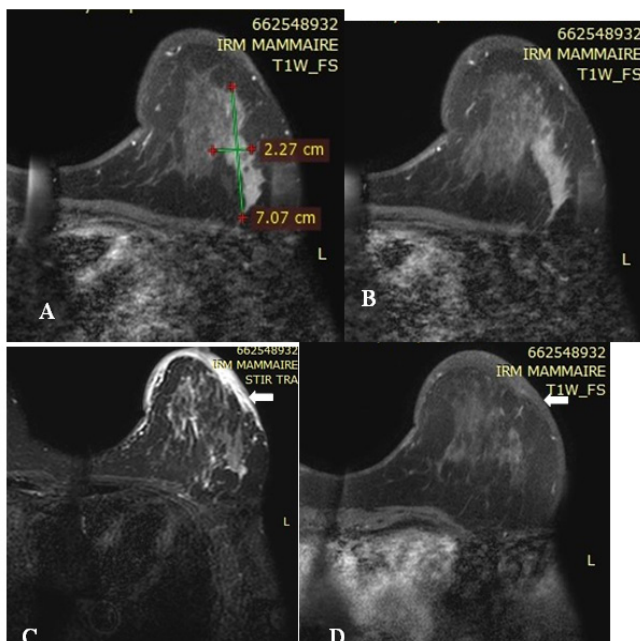


Figure 3: IRM mammaire en coupe axiales T1 FS post injection de gadolinium (ABD) et STIR (D) montrant : une masse mal limitée rehaussée de 71 mm des quadrants externes du sein gauche (A) présentant une extension en profondeur spiculée vers le pectoral (B) et une atteinte cutanée et sous cutanée à type d'épaississement (CD).

DISCUSSION

L'intérêt de notre dossier clinique est double pour l'illustration de deux indications validées de l'IRM mammaire dans la prise en charge de la pathologie mammaire que sont l'étude des discordances et le bilan d'extension loco-régionale.⁽³⁾

En effet l'utilisation de l'IRM à la suite de discordances dans le bilan clinique et sénologique reste fréquente du fait d'une valeur prédictive négative élevée. Il s'agit typiquement d'images mammographiques subtiles, de localisations difficiles (distorsion, asymétrie) avec ou sans corollaire échographique probant, classées au minimum en ACR 4.⁽⁴⁾

Dans notre cas, l'étude mammographique ne révélait qu'une asymétrie de densité mal limitée et difficilement mesurable, notamment sur l'incidence oblique associée à un foyer de

microcalcifications polymorphes avec comme traduction échographique une formation suspecte de 29 mm de grande dimension contrastant avec la masse palpée et estimée cliniquement à plus de 6 cm par le gynécologue. Il ressort également dans notre cas que l'échographie sous estimait la lésion et son utilisation isolée ne saurait être suffisante.

En vue de planifier une meilleure prise en charge thérapeutique, l'IRM a aussi servi de bilan d'extension loco-régionale à la recherche d'éventuelles multifocalités et de lésions bilatérales pouvant contre-indiquer un traitement conservateur. Plusieurs études récentes ont montré que l'IRM pouvait changer la prise en charge initiale des patientes présentant un cancer du sein. L'IRM retrouverait chez ces patientes des cancers synchrones homolatéraux dans 15% des cas et controlatéraux dans 4 à 5%^(5,6). L'objectif principal du bilan d'extension en IRM est de détecter toutes

les lésions mammaires avant planifier une prise en charge thérapeutique exhaustive et adaptée afin d'éviter une nouvelle prise en charge⁽⁷⁾.

L'IRM mammaire est aujourd'hui l'examen avec les meilleures performances diagnostiques et une sensibilité supérieure à celle de la mammographie et de l'échographie et dont l'utilisation permet d'améliorer la prise en charge des patientes atteintes de cancer de sein^(8,9).

Dans notre cas, l'IRM a permis de mieux préciser la taille de la lésion, plus proche de celle estimée par la clinique bien au-delà de la taille révélée par l'échographie et la mammographie. Elle a permis dans le même temps une étude locorégionale en révélant précisément l'atteinte cutané, l'extension en profondeur vers le muscle grand pectoral et les adénopathies axillaires péjoratifs contre indiquait un éventuel traitement conservateur envisagé sur les simples données du couple échographie/mammographie.

Dans l'étude du bilan d'extension par l'IRM, le radiologue devra préciser la taille de la tumeur et en cas de multifocalité, les tailles des principales lésions, les distances entre les lésions, leur situation éventuelle dans des quadrants différents en cas de multicentricité. Il ressort donc que dans les bonnes pratiques les résultats de l'IRM pré-opératoire soient interprétés en tenant compte des résultats de l'examen clinique, ainsi que ceux de la mammographie et de l'échographie⁽³⁾.

CONCLUSION

L'IRM mammaire se révèle une excellente méthode non invasive pour explorer de manière satisfaisante le sein et son environnement local et permet dans l'étude des discordances radio-cliniques d'infirmer ou de confirmer certains diagnostics suspectés par le bilan sénologique standard. Dans le cadre du bilan d'extension locorégionale, l'IRM mammaire est une aide précieuse pour une meilleure planification thérapeutique. C'est un examen qui reste cependant peu accessible, indisponible et ses indications pas toujours connues

et maîtrisées. Pour de meilleures pratiques dans la prise en charge de la pathologie mammaire, l'intégration dans l'arsenal diagnostique de cette technique serait d'un bénéfice certain dans nos hôpitaux africains. Il ressort également dans notre cas que l'échographie sous estimait la lésion et son utilisation isolée ne saurait être suffisante.

RÉFÉRENCES

- 1-Youssef MA, Elahwal HMS, Morsi AlwageehM. Role of MRI in differentiating benign from malignant breast lesions using dynamic contrast enhanced MRI and diffusion weighted MRI Alexandria. *Journal of Medicine* 2018 ; 54 : 1-9
- 2-Lamarque JL, Prat X, Laurent JC, Taourel P. Imagerie par résonance magnétique du sein. *Encycl Méd Chir (Elsevier) Radiodiagnostic-urologie-Gynécologie*, 34_810-A-10,2000
- 3-Sardanelli F, Boetes C, Borisch B, Decker T, Federico M, Gilbert FJ, Helbich T, Heywang-Köbrunner SH, Kaiser WA, Kerin MJ, Mansel RE, Marotti L, Martincich L, Mauriac L, Meijers-Heijboer H, Orecchia R, Panizza P, Ponti A, Purushotham AD, Regitnig P, Del Turco MR, Thibault F, Wilson R. Magnetic resonance imaging of the breast: recommendations from the EUSOMA working group. *Eur J Cancer*. 2010 May;46(8):1296-316.
- 4-Ouedraogo PA, Kouamé N, Ngoan-Domoua AM, Kouamé-Koutouan A, ClercM. La pratique de l'IRM mammaire au centre hospitalier de Chambéry. *Médecine Nucléaire*; 2013; 37 : 486-9
- 5-Lehman CD, Gatsonis C, Kuhl CK, Hendrick RE, Pisano ED, Hanna L, Peacock S, Smazal SF, Maki DD, Julian TB, DePeri ER, Bluemke DA, Schnall MD; ACRIN Trial 6667 Investigators Group. MRI evaluation of the contralateral breast in women with recently diagnosed breast cancer. *N Engl J Med*. 2007 ;356(13):1295-303.
- 6-Schell AM, Rosenkranz K, Lewis PJ. Role of breast MRI in the preoperative evaluation of patients with newly diagnosed breast cancer. *AJR Am J Roentgenol*. 2009 May;192(5):1438-44.
- 7-Bazelaire C, Albiter M, Chapellier-Canaud M, Hamy AS, *Pluvinage* Aet al. Diffusion en IRM mammaire. *Journal de Radiologie* 2010 ; 91 (3-C2):394-407

8-Kuhl CK, Mielcareck P, Klaschik S, Leutner C, Wardelmann E, Gieseke J, Schild HH. Dynamic breast MR imaging: are signal intensity time course data useful for differential diagnosis of enhancing lesions? *Radiology*. 1999 ; 211(1):101-10.

9-Kuhl C. The current status of breast MR imaging. Part I. Choice of technique, image interpretation, diagnostic accuracy, and transfer to clinical practice. *Radiology*. 2007;244(2):356-78