

## STRATÉGIE DIAGNOSTIQUE FACE À UNE ANOMALIE CLINIQUE OU INFRACLINIQUE DU SEIN

### I. Stratégie diagnostique face à une anomalie clinique du sein

1. **Anomalie à la palpation** (ou à l'inspection : capiton, rétraction mamelonnaire, ulcération cutanée, écoulement mamelonnaire suspect)

- mammographie bilatérale 3 incidences ± clichés centrés avec compression localisée
- échographie mammaire bilatérale avec exploration centrée sur l'anomalie palpable ou la zone suspecte.

→ Anomalie clinique avec traduction à l'imagerie :

- **microbiopsie** guidée par la palpation ou l'échographie (standard)
- si anomalie clinique très évocatrice de lésion maligne ou image très suspecte (**ACR 5**), et si pas d'indication de ganglion sentinelle, la **cytoponction** (option) peut permettre de confirmer la malignité avant intervention chirurgicale.
- si le premier traitement n'est pas chirurgical, il faut obtenir un diagnostic histologique précis par **microbiopsie** (chimiothérapie première).
- la mise en place d'un clip peut être utile pour identifier le site tumoral en cas de régression complète
- cas particulier : cancer chez femme âgée, hormonothérapie – La microbiopsie permet de confirmer le diagnostic et de doser les récepteurs hormonaux.

→ Anomalie clinique sans traduction mammographie ou échographique :

- **microbiopsie** guidée par la palpation (option : cytoponction)
- ± IRM si doute
- **exérèse-biopsie chirurgicale** si anomalie cliniquement persistante ou suspecte + extempo (dont la place doit être pondérée avec le pathologiste) si microbiopsie ou cytoponction négatives (éviter extempo. si lésion papillaire suspectée ou lésion de moins de 1 cm) et si pas de diagnostic possible par les autres techniques ou si discordance.

### 2. Cas particulier : aspect de sein inflammatoire

- mammographie bilatérale 3 incidences
- échographie : si liquide, faire analyse cytologique et bactériologique
- **microbiopsie** guidée par échographie (diagnostic histologique et facteurs pronostiques) ± **biopsie cutanée** ± prélèvement bactériologique

- si pas de lésion visible : IRM
- échographie axillaire ± cytoponction.

### 3. Ecoulement mamelonnaire unilatéral, uni-orificiel, sanglant ou clair, abondant, spontané ou provoqué

- mammographie bilatérale 3 incidences ± agrandissements face et profil sur la région *rétror-mamelonnaire*
- échographie
- ± **prélèvement du liquide** pour analyse cytologique (étalement ou recueil à la seringue si abondant)
- option : galactographie
- éventuellement IRM pour rechercher une ou plusieurs prises de contraste suspectes et en préciser la topographie et le nombre.
- **lobectomie pyramidale** - impérative si sanglant ou cytologie papillaire ± suspecte  
- de confort si clair et cytologie négative.

### 4. Aspect de Maladie de Paget du mamelon

- mammographie bilatérale 3 incidences ± agrandissements sur région rétromamelonnaire si microcalcifications
- échographie (sauf si sein totalement graisseux) pour rechercher une lésion sous-jacente
- **biopsie mamelonnaire** sous AL
- **microbiopsie** sur les lésions trouvées dans le sein (option : cytoponction)
- ± IRM si traitement conservateur envisagé (à valider).

### 5. ADP axillaire dont l'histologie ou la cytologie est compatible avec un carcinome mammaire (intérêt de la cytoponction ganglionnaire) – Recherche de lésion primitive

- mammographie bilatérale 3 incidences
- échographie
- IRM si pas de lésion retrouvée dans le sein (palpation, mammographie, échographie)
- nouvelle échographie orientée par IRM : si prise de contraste : **microbiopsie** guidée par échographie (option : cytoponction)
- si pas de cible retrouvée en échographie mais visible en IRM, possibilité de prélèvement guidé par IRM si matériel disponible avec mise en place d'un clip.
- éventuellement **exérèse chirurgicale** de la lésion mammaire prenant le contraste après repérage IRM dans le cadre du traitement locorégional du cancer (alternative : chimiothérapie première).

## II. Stratégie diagnostique face à une lésion infraclinique du sein

**La généralisation de la technique du ganglion sentinelle en cas de lésion maligne infiltrante rend indispensable l'obtention systématique d'un diagnostic histologique préopératoire.**

### A. ANOMALIE MAMMOGRAPHIQUE (sur cliché face et oblique externe de dépistage)

#### 1. Microcalcifications

- profil
- agrandissement face + profil
- ± échographie haute fréquence centrée sur le site des microcalcifications

. bénignes (ACR 2) : mammographie dans 2 ans

. très probablement bénignes (ACR 3)\* : contrôle à 6 mois (unilatéral face et profil), 1 an, 2 ans (bilatéral 3 incidences) si possible avec la même technique (contrôle standard ou agrandissement selon la meilleure visualisation)

\* Le classement BIRADS / ACR 3 ne s'applique pas à une image d'apparition récente, à une image plus suspecte que sur un examen précédent, à une image suspecte même stable par rapport à un examen précédent.

Sauf si antécédents familiaux faisant suspecter une prédisposition génétique, mutation délétère BRCA prouvée, antécédents de biopsie de lésion à risque, THS :

**Macrobiopsie assistée par aspiration** si lésion accessible.

**Exérèse-biopsie chirurgicale** à discuter dans certains cas si macrobiopsie non réalisable

- alléger la surveillance
- affirmer un diagnostic
- notion de risques particuliers.

. suspectes ou indéterminées (ACR 4)

→ Anomalie échographique associée : **microbiopsie guidée par échographie**

→ Accessibles à un prélèvement guidé par stéréotaxie : **Macrobiopsie assistée par aspiration** avec mise en place d'un repère métallique si disparition de la cible (option : microbiopsie guidée par stéréotaxie mais risque plus important de faux négatif ou de sous-estimation ; possibilité de compléter dans un 2<sup>ème</sup> temps par macrobiopsie en cas de CIC ou de lésion à risque).

\* bénin (représentatif avec microcalcifications) :

- disparition de la cible : premier contrôle de référence à 6 mois puis mammographie dans 2 ans
- persistance de microcalcifications : contrôle à 6 mois (unilatéral face et profil), 1 an, 2 ans (bilatéral 3 incidences)

\* lésion à risque : hyperplasie atypique, néoplasie lobulaire de grade 1 ou 2, métaplasie cylindrique avec atypies

- **exérèse chirurgicale** (standard)

- option si disparition de la cible et lésions atypiques peu étendues : contrôle à 6 mois unilatéral face + oblique après avis multidisciplinaire
- puis surveillance annuelle bilatérale 2 ou 3 incidences

- \* malin :
  - **chirurgie** adaptée
  - éventuellement précédée de nouveaux **prélèvements guidés par stéréotaxie** (macro ou micro-biopsie) si lésions étendues ou multiples

→ Non accessibles à un prélèvement guidé par stéréotaxie : **biopsie-exérèse chirurgicale** après repérage

→ Cas particulier des foyers étendus ou multiples : un échantillonnage par macrobiopsie assistée par aspiration, (ou éventuellement microbiopsie) dans au moins deux sites est préféré à une biopsie chirurgicale parcellaire.

. Malignité hautement probable (ACR 5) : **exérèse chirurgicale** quel que soit le résultat des prélèvements préalables (sauf si disparition totale de la cible et diagnostic histologique formellement bénin)

Dans tous les cas, même quand la malignité est hautement probable, un diagnostic histologique avant la chirurgie est recommandé.

→ anomalie échographique associée : **microbiopsie guidée par échographie**

*Option* : en l'absence de cible nettement accessible à une microbiopsie guidée par échographie (très petite taille), une cytoponction guidée par échographie pourra être réalisée.

→ lésion apparemment accessible à un traitement conservateur

- \* absence d'anomalie échographique ou d'opacité associée pouvant faire suspecter la présence d'une composante invasive : **exérèse chirurgicale** après repérage, sans extemporané précédée d'une **macrobiopsie assistée par aspiration**, (ou éventuellement **microbiopsie**) si accessible pour recherche composante invasive associée.

- \* opacité associée :
  - **microbiopsie guidée par échographie** si cible
  - **macrobiopsie assistée par aspiration** ou **microbiopsie guidée par stéréotaxie**
  - pour recherche une composante invasive associée.

→ lésion apparemment non accessible à un traitement conservateur, étendue, multicentricité suspectée

- \* **Macrobiopsie assistée par aspiration**, si possible dans deux zones représentatives et distantes de plus de 4 cm pour confirmer indication de mastectomie ( $\pm$  indication de curage axillaire).

## 2. Distorsion architecturale

- profil
- clichés centrés avec compression localisée face et profil pour confirmer l'existence réelle de l'image ou dissocier des superpositions
- $\pm$  agrandissements de face et profil pour recherche microcalcifications associées et préciser d'éventuels éléments spiculaires

- échographie
- image visible sur une seule incidence : IRM ou, à défaut, TDM.

. distorsion architecturale sans centre dense pouvant évoquer une lésion maligne ou un centre prolifératif d'Aschoff (en dehors cicatrice connue et stable) : **exérèse chirurgicale** sans analyse extemporanée précédée si possible de :

si lésion identifiable en échographie : **microbiopsie guidée par échographie** mais dont le résultat ne doit pas faire surseoir à une exérèse chirurgicale

si lésion non identifiable en échographie : **microbiopsie ou macrobiopsie guidée par stéréotaxie** mais dont le résultat ne doit pas faire surseoir à une exérèse chirurgicale.

### 3. Masses

- profil
- clichés centrés avec compression localisée en agrandissement face et profil pour dissocier les superpositions si sein non totalement graisseux et pour analyse des contours, recherche de spiculations et de microcalcifications associées
- échographie.

. anomalies mammographiques bénignes (ACR 2) : mammographie dans 2 ans

. autres :

→ lésion visible en échographie :

\* aspect de kyste simple : mammographie ± échographie dans 2 ans

\* aspect de kyste à contenu épais ou de nodule solide probablement bénin : contrôle échographique à 6 mois, 1 an, mammographie + échographie à 2 ans

*option* : **cytoponction guidée par échographie** permet :

de donner une réponse précise

d'éviter une surveillance rapprochée

de diagnostiquer une lésion maligne d'aspect trompeur

. évacuation de liquide épais – disparition de l'image :

cytologie bénigne : mammographie + échographie dans 2 ans

. nodule solide : attente résultat cytoponction – option : **microbiopsie guidée par échographie** d'emblée

Fibroadénome : surveillance à 6 et 12 mois puis rythme habituel si concordance Rx – anapath.

Cytologie « fibroadénome (phyllode ?) », « douteux », « atypies » : **exérèse-biopsie** recommandée ± extempo. selon présentation à la palpation pièce opératoire et à discuter avec le pathologiste au cas par cas.

\* aspect de kyste complexe : masse intrakystique, nodule mural, cloisons épaisses, parois épaisses ou irrégulières : **exérèse chirurgicale** sans examen extemporané (sans ponction préalable pour ne pas faire disparaître la cible en cas de lésion de petite taille).

*option* : microbiopsie dans la composante solide après avis chirurgical mais dont le résultat ne doit pas faire surseoir à une exérèse chirurgicale

*cas particulier* : nodule solide intrakystique mobile, sans vascularisation en doppler : possibilité de **ponction guidée par échographie** pour confirmer le diagnostic de concrétion.

\* aspect de nodule douteux ou suspect (forme irrégulière, contours irréguliers) : **microbiopsie guidée par échographie** (préalable à exérèse chirurgicale) afin d'obtenir un diagnostic histologique et caractère infiltrant si lésion maligne

*option* : en l'absence de cible nettement accessible à une microbiopsie guidée par échographie (très petite taille), une cytoponction guidée par échographie pourra être réalisée. En cas de positivité de la cytologie et d'image faisant suspecter une lésion invasive, une procédure d'identification du ganglion sentinelle pourrait être discutée en RCP.

Une autre solution est de faire un prélèvement plus large (micro- ou macrobiopsie) à condition de laisser en place un repère métallique, en se méfiant du risque de déplacement de celui-ci. Les clichés initiaux sont indispensables lors du repérage préopératoire pour vérifier la concordance de la position, du clip et de la cible.

→ lésion sans traduction échographique :

\* bénigne (**ACR 2**) : mammographie dans 2 ans

\* probablement bénigne (**ACR 3**)\* : contrôle mammographique unilatéral à 6 mois face et oblique, 1 an et 2 ans bilatéral face et oblique sauf si antécédents familiaux, mutation délétère BRCA prouvée, antécédents de biopsie de lésion à risque, THS : **microbiopsie guidée par stéréotaxie**

\* le classement BIRADS / ACR 3 ne s'applique pas à une image d'apparition récente, à une image plus suspecte que sur un examen précédent, à une image suspecte mais stable par rapport à un examen précédent.

\* indéterminée ou suspecte (**ACR 4**) : **microbiopsie ou macrobiopsie assistée par aspiration, guidée par stéréotaxie**

\* évocatrice d'une lésion maligne (**ACR 5**) : **microbiopsie ou macrobiopsie guidée par stéréotaxie** à visée stratégique, exérèse chirurgicale quel que soit le résultat

bilan mammographique et échographique exhaustif à la recherche d'une autre localisation homo ou controlatérale éventuellement complété par une IRM.

## **B. ANOMALIE ÉCHOGRAPHIQUE**

Cf opacité avec lésion visible en échographie.

## **C. ANOMALIE IRM**

- refaire une échographie avec une sonde de haute fréquence, orientée par l'IRM et éventuellement des clichés centrés sur la zone douteuse
- si l'anomalie est retrouvée : prélèvement guidé par échographie ou stéréotaxie selon le cas
- si l'anomalie n'est pas retrouvée :
  - \* lésion peu suspecte : contrôle IRM à 4 ou 6 mois
  - \* lésion suspecte : envisager une biopsie chirurgicale après repérage par IRM ou par scanographie avec injection de produit de contraste iodé
  - \* *option* : macrobiopsie guidée par IRM si matériel disponible.

## **D. ANOMALIE ÉVOQUANT UNE LÉSION INVASIVE**

Echographie axillaire, sus et sous-claviculaire ± mammaire interne si localisation interne

*option* : à la demande du chirurgien, cytoponction guidée par échographie si ganglion douteux (contours globuleux, épaissement du cortex périphérique hypoéchogène en particulier s'il existe un aspect nodulaire, aplatissement ou disparition du hile graisseux hyperéchogène).

La confirmation d'un envahissement ganglionnaire en préopératoire présente deux intérêts :

- \* éviter la réalisation d'une procédure de recherche de ganglion sentinelle si celle-ci avait été envisagée ;
- \* adapter l'étendue du curage axillaire (prélèvement de l'étage 3 de Berg en complément des étages 1 et 2 en cas d'envahissement ganglionnaire).

*Option* : IRM - si lésion mal visible

- si dimension difficiles à évaluer
- si seins denses d'analyse difficile.

## **INDICATIONS D'EXAMEN EXTEMPORANÉ**

- Privilégier les prélèvements préopératoires si on veut réaliser une recherche de ganglion sentinelle et pour planifier la stratégie chirurgicale et l'information de la patiente.
- Confirmation du caractère malin invasif d'une lésion avant mastectomie.
- Confirmation du caractère invasif d'une lésion afin de permettre la réalisation du curage axillaire à condition que la lésion soit bien identifiée, qu'elle mesure plus d'1 cm et que l'indication de ganglion sentinelle n'ait pas été retenue.
- Evaluation raisonnée de la positivité d'un ganglion.

## **NON INDICATIONS D'EXAMEN EXTEMPORANÉ**

- microcalcifications isolées
- lésion infraclinique de moins d'1 cm de diamètre
- suspicion de lésion papillaire (ex : lésion intrakystique ou intragalactophorique).
- Evaluation des marges (sauf cas très particuliers en accord avec le pathologiste).

## **INDICATIONS DE LA BIOPSIE-EXÈRESE CHIRURGICALE SANS PRÉLÈVEMENT PRÉALABLE ET SANS EXAMEN EXTEMPORANÉ**

***Rappel : la généralisation de la technique du ganglion sentinelle rend indispensable l'obtention systématique d'un diagnostic histologique préopératoire.***

- microcalcifications **ACR 5** isolées apparemment accessibles à un traitement conservateur
  - \* *option recommandée* : macrobiopsie assistée par aspiration pour rechercher une composante invasive
- distorsion architecturale sans centre dense confirmée
  - \* *option* : macrobiopsie assistée par aspiration
- kyste complexe contenant des composants anéchogènes (kystiques) et échogènes (solides)
  - \* *option* : microbiopsie guidée par échographie dans la composante solide
- écoulement mamelonnaire unilatéral, uni-orificiel, sanglant ou clair abondant symptomatique
- prélèvement percutané impossible pour des raisons techniques :
  - \* topographie
  - \* visibilité
  - \* épaisseur du sein comprimé
  - \* procubitus prolongé impossible.

**CAS PARTICULIER :**

**GANGLION SENTINELLE**

La procédure du ganglion sentinelle est applicable si le diagnostic de malignité est affirmé en préopératoire sur microbiopsie ou macrobiopsie ; carcinome invasif en 4 situations particulières de carcinome canalaire in situ page 33 (CCIS)? (renvoi chirurgie).