

ROYAUME DU MAROC
UNIVERSITE SIDI MOHAMMED BEN ABDELLAH
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
FES



**CORRELATION RADIO HISTOLOGIQUE
DES LESIONS MAMMAIRES INFRA CLINIQUES
Etude rétrospective à propos de 50 cas**

MEMOIRE PRESENTE PAR :
DOCTEUR WAHBI MOUHCINE
Né le 01 juin 1975 à Casablanca

**POUR L'OBTENTION DU DIPLOME DE SPECIALITE EN MEDECINE
OPTION : GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE**

Sous la direction de :
Professeur MELHOUF MY ABDELILAH

Juin 2013

SOMMAIRE

PREMIERE PARTIE : PARTIE THEORIQUE	4
I .INTRODUCTION	5
II METHODES DIAGNOSTIQUE	6
A MAMMOGRAPHIE	6
B ECHOGRAPHIE.....	9
C IRM	9
III METHODES DE GUIDAGE.....	10
1 INDICATIONS DE BIOPSIE GIUDEE PAR IMAGERIE.....	10
2 MODES DE GIUDAGE	12
2.1 PONCTION SOUS GIUDAGE ECHOGRAPHIQUE.....	12
2.2 PONCTION SOUS GIUDAGE MAMMOGRAPHIE	13
2.3 BIOPSIE PERCUTANEE GIUDEE PAR IRM.....	13
3 MODE DE PRELEVEMENT	14
3.1 CYTOPONCTION A L'AIGUILLE FINE	14
3.2 MICROBIOPSIE AU TROCART.....	15
3.3 MICROBIOPSIE ASSISTEE PAR LE VIDE	18
3.4 EXERESE CHIRURGICALE PERCUTANEE GIUDEE PAR L'IMAGERIE...	19
3.5 BIOPSIE CHIRURGICALE APRES REPERAGE PRE OPERATOIRE.....	21
3.6 PERSPECTIVES D'AVENIR.....	22
V CONCLUSION	23
2EME PARTIE : PARTIE PRATIQUE.....	24
I INTRODUCTION	25
II PATIENTES ET METHODES.....	25
III RESULTATS	30
3.1 CARACTERISTIQUES EPIDEMIOLOGIQUES	30

3.2 CARACTERISTIQUES DES IMAGES RADIOLOGIQUES.....	30
3.2.1 Caractéristiques des patientes	30
3.2.2 caractéristiques des lésions	31
3.3 REPERAGE PRE OPERATOIRE ET TYPE DE CHIRURGIE	37
3.4 HISTOLOGIE	39
3.4.1 Malignité de l'ensemble des lésions	39
3.4.2 Malignité chez les patientes avec antécédents personnel de cancer de sein	39
3.4.3 Malignité chez les patientes avec antécédent familial de cancer de sein.....	41
3.4.4 Histologie dans le cadre de dépistage	41
3.4.5 Résultat comparatif	41
IV DISCUSSION	44
V CONCLUSION	48
REFERENCES	49
RESUME	54

LISTE DES ABREVIATIONS

ATCD	:	ANTECEDENT.
FAM	:	FAMILIAUX.
PERS	:	PERSONNEL.
KC	:	CANCER.
VPP	:	VALEURE PREDICTIVE POSITIVE.
CCC	:	C ARCINOME CANALAIRE INFILTRANT.
CIS	:	CARCINOME IN SITU.
ACR	:	COLLEGE AMERICAIN DE RADIOLOGIE.

PREMIERE PARTIE

PARTIE THEORIQUE

I)- INTRODUCTION

Le cancer du sein reste la première cause de mortalité par cancer chez la femme, son incidence est élevée ,35.04 pour 100000 femmes par an au Maroc (33).et présente une légère augmentation régulière.

Les lésions mammaires infra cliniques, sont la traduction d'une image anormale observée a la mammographie plus rarement a l'échographie ,sans aucune correspondance a l' examen clinique et dont la taille est supérieure ou égale a 3mm qui présente le seuil de détection mammographique .

Les examens systématiques ou de dépistage, collectif ou individuel ont en effet augmenté le nombre d'anomalies infra cliniques paraissant suspectes ou simplement douteuses, nécessitant des investigations supplémentaires qui peuvent aller jusqu'à la vérification chirurgicale.

II) METHODES DIAGNOSTIQUES

1) MAMMOGRAPHIE

Les lésions mammaires non palpables échappent au diagnostic clinique, elles sont mises en évidence lors de dépistage collectif ou individuel par la mammographie qui présente l'examen de première intention, et dont le seuil de détection des lésions mammaires infra cliniques est de 03 mm.

L'expression la plus fréquente de ces lésions est représentée par les micro calcifications, identifiables à la mammographie en foyer isolé ou associées à une autre anomalie parenchymateuse, telle une opacité ou une désorganisation architecturale.

Dans le but d'avoir une traduction radiologique universelle le collège américain de radiologie a mis à la disposition des radiologues et gynécologues une stratégie diagnostique radiologique basée sur la classification ACR (tableau n°1) et à la lumière de cette dernière une démarche diagnostique qui consiste soit en une surveillance des lésions rassurantes, ou autres moyens radiologiques d'investigation, soit une preuve histologique devant des lésions douteuses ou suspectes. (tableau 2)

Cette classification doit figurer sur le compte rendu de radiologie et la décision de préférence doit être prise dans le cadre d'une réunion multidisciplinaire.

FIGURE 1 CLASSIFICATION ACR

ACR	ANOMALIES MAMMOGRAPHIQUE	INTERPRETRATION ET ATTITUDE
ACR0	Non classée car manquent les documents antérieurs	
ACR1	Aucune anomalie	
ACR2	- Opacités rondes avec macro calcifications (adenofibrome ou kyste) - Opacités ovales à centre clair (ganglion intra mammaire) - Opacités rondes correspondant à un kyste typique en échographie Image de densité graisseuse ou mixte (lipome, hamartome)	Anomalie bénigne identifiable ne nécessitant ni surveillance ni examen complémentaire
ACR3	- Micro calcifications de type 2 après Le Gal en foyer unique ou multiple ou nombreuses calcifications dispersées groupées au hasard - Opacités rondes ou ovales, discrètement polycycliques non calcifiées, bien circonscrites, non typiquement liquidiennes en échographie	Forte probabilité de bénignité mais une surveillance à court terme est conseillée
ACR4	- Micro calcifications de type 3 d'après Le Gal groupée en amas, ou de type 4 peu nombreuses - Images spéculées sans centre dense - Opacités non liquidiennes rondes ou ovales, à contour microlobulé ou masqué - Distorsion architecturale	Anomalie indéterminée ou suspecte, qui fait poser l'indication d'une vérification
ACR5	- Microcalcifications de type 5 d'après Le Gal nombreuses et groupées - Amas de microcalcifications de topographie galactophorique - Microcalcifications évolutives ou associées à une anomalie architecturale ou à une opacité	Forte probabilité de malignité
ACR6	Lésion maligne « prouvée » par histologie	

FIGURE 2 : CLASSIFICATION ACR ET STRATEGIE DIAGNOSTIQUE

ACR 1 ET 2	SURVEILLANCE
ACR 4 ET 5	NECESSITE HISTOLOGIQUE
ACR 3	SURVEILLANCE CLINIQUE ET RADIOLOGIQUE OU PRELEVEMENT HISTOLOGIQUE SI : • FACTEURS DE RISQUE ELEVES. • SURVEILLANCE IMPOSSIBLE. • AGE SUPERIEUR A 70 ANS. • DISCORDANCE AVEC AUTRES EXAMENS SENOLOGIQUES. • DEBUT OU DESIR DE GROSSESSE.

2) ECHOGRAPHIE MAMMAIRE :

Examen indissociable a la mammographie si cette dernière est anormale, c'est un couple radiologique complémentaire.

vue les progrès de l'imagerie et depuis l'avènement des sondes a haute fréquence l'échographie a pus combler le vide mammographique, devant les localisations lésionnelles particulières et surtout devant les seins très denses des jeunes patientes .

Ce couple radiographique, manque cependant de spécificité et peut conduire a un très grand nombre d'interventions chirurgicales pour des lésions qui seront en définitif bénignes.

3) IRM MAMMAIRE

Le progrès de la technologie a permis de pousser les investigations radiologiques, et on assiste ces dernières décennies petit a petit a l'introduction de l'imagerie par résonnance magnétique dans l'arsenal diagnostic de certaines lésions mammaires infra clinique, vue sa valeur prédictive négative et son excellente sensibilité supérieure a 90% .

Cependant, elle ne se conçoit que dans une stratégie diagnostic et couplée aux autres méthodes d'imagerie car une faible spécificité (moins de 70 %) incompatible avec le dépistage.

III) METHODES DE GIUDAGE

Le nombre de mammographies systématiques réalisées dans le cadre du dépistage du cancer du sein s'est considérablement accru au cours de ces deux dernières décennies, conduisant à la découverte d'anomalies infra-cliniques, qui dans un certain nombre de cas conduiront à la biopsie chirurgicale.

La stratégie face à ces anomalies infra-cliniques a pour but essentiel d'évaluer le degré de suspicion de manière à rationaliser les indications de biopsies chirurgicales à visée diagnostique, afin d'en améliorer la valeur prédictive positive.

Les prélèvements guidés par l'image deviennent une arme majeure dans l'arsenal diagnostique de ces lésions infra cliniques, mais les techniques utilisées sont nombreuses. Le but de ces techniques est double :

- éviter les interventions chirurgicales en cas de lésions bénignes ;
améliorer le diagnostic préopératoire des carcinomes permettant de planifier l'attitude thérapeutique.

1) INDICATIONS DE BIOPSIE GIUDEE PAR IMAGERIE

Les lésions infra-cliniques susceptibles de faire l'objet d'une ponction-biopsie guidées par l'imagerie sont :

- Ø les lésions suspectes ou hautement suggestives de cancer, de manière à établir un diagnostic pré-thérapeutique ;
- Ø les lésions probablement bénignes, de manière à prouver leur nature histologique bénigne, évitant ainsi une biopsie chirurgicale à visée diagnostique.

La description et la classification des anomalies radiologiques en fonction de leur degré de suspicion font l'objet d'importantes discordances entre les lecteurs de mammographies. Face à ce problème de caractérisation de l'image

mammographique, l'American Collège of Radiology a proposé un lexique ainsi qu'une classification des anomalies mammographiques en six catégories.

Le radiologue doit définir ensuite leur appartenance à une des cinq catégories de L'ACR, auxquelles sont associées une valeur prédictive positive de malignité (VPP), ainsi que des recommandations concernant les examens complémentaires à réaliser et une proposition de suivi. Cette standardisation permet l'obtention d'un rapport clair, non ambigu à l'issue du bilan mammographique, qui facilite la communication entre le radiologue, le médecin référent et la patiente [3].

La compréhension du rapport représente un atout majeur dans la compliance des patientes aux recommandations proposées. En fonction du niveau de suspicion de l'anomalie mammographique, celle-ci est placée dans une des cinq catégories ACR[4] :

S'il existe une concordance acceptable inter- et intra-observateurs en ce qui concerne la description et l'appartenance à une des cinq catégories ACR des masses et des micro-calcifications, cette concordance est médiocre concernant les ruptures architecturales et les asymétries de densité (6 ,7)

Les lésions suspectes ,appartenant à la classe 4 ou 5 selon L'ACR, représentent une bonne indication de biopsie guidée par l'imagerie, celle-ci permettant d'établir un diagnostic de lésions néoplasiques de manière rapide en réduisant le coût de 50% par rapport à la biopsie chirurgicale à visée diagnostique [7].

Ceci permet, de plus, la planification d'une stratégie pré-thérapeutique et thérapeutique en accord avec la patiente.

Les anomalies probablement bénignes, classe 3 DE L'ACR, de très faible Valeur Prédictive Positive, feront l'objet d'une mise-au-point complémentaire et d'un suivi radio-clinique. La mise au point comprendra des clichés agrandis sous compression localisée, une échographie et éventuellement une ponction.

Le suivi radio-clinique proposé sera clairement expliqué à la patiente et au médecin prescripteur. Il s'agit le plus souvent d'un contrôle à six mois du sein concerné, et d'un bilan complet un an plus tard.

2. Modes de guidage

Les méthodes de guidage peuvent être stéréotaxique (mammographique) ou échographique.

Elles ne peuvent être réalisées, qu'après obtention d'un bilan diagnostic d'excellente qualité, ayant permis d'éliminer une éventuelle image construite et de poser une indication optimale.

Le choix de la méthode va dépendre du mode de traduction de l'image :

2.1. Ponctions sous guidage échographique

Les progrès réalisés ces dernières années en échographie concernent essentiellement la résolution géométrique [10] , les sondes utilisées sont des barrettes linéaires ou des sondes annulaires de hautes fréquences (10 à 13 MHz). Elles permettent de caractériser et de repérer, à priori ou en fonction des données de la mammographie, 90 % des opacités infra-cliniques.

Le choix du mode de guidage dépend de l'équipe radiologique et est fonction de son expérience en échographie et en ponctions écho-guidées.

L'échographie pourra être choisie de manière préférentielle à la mammographie comme mode de guidage car les lésions sont plus faciles d'accès, le trajet de l'aiguille est visualisé en temps réel, la position de la patiente est plus confortable et la réalisation de l'examen plus rapide.

Les difficultés rencontrées seront essentiellement :

- le repérage de petites lésions dans les seins volumineux et gras.
- les lésions profondes pré-pectorales.

- Les foyers de micro-calcifications sans substrat tumoral, rarement visibles à l'échographie.

2.2. Ponctions sous guidage stéréotaxique

Le guidage stéréotaxique est le seul qui permet de repérer dans l'espace une lésion n'ayant ni traduction clinique ni traduction échographique (foyer de micro-calcifications sans substrat tumoral, désorganisation architecturale, anomalie de faible densité dans un environnement graisseux). Il nécessite un appareillage spécifique permettant la réalisation de deux incidences ayant un angle symétrique par rapport à la verticale, permettant le calcul des coordonnées de la lésion dans l'espace par un ordinateur, déterminant le positionnement du porte-aiguille.

La réalisation de clichés de contrôle après mise en place de l'aiguille permet de démontrer le ciblage précis de la lésion. La précision de ce genre de procédure est de l'ordre du millimètre.

2.3 Biopsie percutanée guidée par imagerie par résonance magnétique

L'imagerie par résonance magnétique (IRM) est une technique dont la sensibilité pour détecter le cancer du sein est très élevée. Son aide au diagnostic est précieuse, aussi bien pour la caractérisation des lésions, que pour leur bilan d'extension. Cette technique d'imagerie permet également d'effectuer des biopsies sous guidage IRM. Des instruments IRM non ferromagnétiques ont été récemment développés. Ce type de biopsie est très utile pour des lésions visibles uniquement en IRM et dont la nature maligne engendre un changement de la prise en charge chirurgicale. La durée moyenne pour une telle biopsie est de 1 h 30. Une biopsie sous guidage IRM n'est possible que dans certains centres équipés d'un aimant à champ ouvert et d'un système de guidage par imagerie virtuelle. (5)

3. Modes de prélèvement

Le prélèvement peut se faire, soit à l'aide d'une aiguille de petit calibre, de manière à obtenir une analyse cytologique, soit avec une aiguille de gros calibre

(microbiopsie) permettant l'obtention d'une « carotte » tissulaire et donc d'une analyse histologique.

Le choix du mode de prélèvement va essentiellement dépendre de l'accès aux différentes techniques .

3.1. Cytoponction à aiguille fine

La cytoponction à l'aiguille fine permet le prélèvement à l'aide d'une aiguille de petit calibre (23 gauges) de matériel cellulaire qui sera étalé sur une lame, permettant une analyse cytologique.

Cette méthode, requiert impérativement une équipe entraînée et, en particulier, un cyto-pathologiste expérimenté. Les études publiées(12) ont démontré les valeurs variables obtenues tant en nombre de prélèvement insuffisant pour établir un diagnostic cytologique ,qu'en terme de sensibilité et spécificité ,allant respectivement de 68 à 92% (12) en fonction des équipes. Cette technique est critiquée pour son taux trop élevé de faux négatifs, lorsque l'on analyse les résultats cytologiques [13]. La sensibilité sera nettement améliorée si les résultats sont intégrés aux données de la clinique et de l'imagerie (12).

Les avantages de cette technique sont :

- Ø L'innocuité de la procédure, virtuellement a traumatique.
- Ø la rapidité de la procédure, permettant la réalisation de la cytoponction au décours de la consultation sinologique .
- Ø l'absence de cas décrit de dissémination de cellules cancéreuses sur le trajet de ponction .
- Ø la rapidité de préparation et de lecture du prélèvement cytologique ;
- Ø le coût extrêmement réduit de la procédure.

Les inconvénients de la technique sont :

- Ø la nécessité impérative d'une équipe entraînée, pour obtenir des résultats fiables.
- Ø un pourcentage élevé de prélèvements insuffisants allant de 12 à 24% (11).
- Ø la variabilité d'interprétation des lames inter-observateurs, ayant conduit de nombreuses équipes à la réalisation de micro-biopsies, plus facile à interpréter pour la plupart des pathologistes .
- Ø l'absence d'information sur l'architecture cellulaire de l'anomalie, et donc l'impossibilité de différencier un carcinome in situ d'un carcinome infiltrant.

3.2. Micro-biopsies au trocart

Les micro-biopsies au trocart permettent le prélèvement, à l'aide d'une aiguille de gros calibre et d'un pistolet automatique à débattement rapide, d'un fragment tissulaire de l'anomalie, permettant une analyse histologique.

Il existe actuellement des *protocoles d'exams*, pour la réalisation de micro-biopsies au trocart, fondés sur les données de la littérature, permettant d'obtenir des résultats fiables, avec une disparition quasi complète des complications(14,16).

La sensibilité, si l'on considère les publications les plus récentes, est de 92 à 98% [17], dès lors identique à celle de la biopsie chirurgicale après repérage (18). Ces résultats ont été obtenus par des équipes ayant une grande expérience et qui utilisent pour la plupart des tables dédiées.

La spécificité est pour la plupart des séries proche de 100%.

Les avantages de la technique sont :

- Ø la quantité plus abondante de matériel tissulaire recueilli par un pistolet automatique, rendant la procédure moins opérateur-dépendant que la ponction à l'aiguille fine ;

- Ø l'interprétation plus aisée d'un matériel histologique pour la plupart des pathologistes et la possibilité de faire le diagnostic de carcinome infiltrant si celui-ci est présent dans le matériel prélevé (la présence d'un contingent infiltrant ne pouvant jamais être exclue lorsque les micro-biopsies révèlent uniquement un cancer in situ) .
- Ø la possibilité de réaliser les dosages des récepteurs hormonaux.
- Ø l'absence de déformation cicatricielle clinique .
- Ø le plus souvent l'absence de modification significative ou gênante de l'image mammographique, ne perturbant donc pas le suivi radiologique [19] ;
- Ø le coût considérablement moins élevé qu'une biopsie chirurgicale à visée diagnostique. (7)
- Ø le faible taux de complications, 0,2 %, souvent sans gravité. (16)

Les complications de la technique sont :

- Ø hématomes superficiels parfois importants mais sans conséquence.
- Ø rares complications majeures à savoir hématome grave ou abcès ayant nécessité un traitement médico-chirurgical. (16)
- Ø de rares malaises vagues plus fréquents lorsque la procédure est réalisée en position assise ;
- Ø le pneumothorax traumatique par lésion des plans profonds ne s'observe que dans le cadre de micro-biopsies de tumeur palpable réalisée sans guidage par l'imagerie. Cette complication est impossible sous guidage stéréotaxique et évitée sous guidage échographique par la sélection des indications, le choix d'un trajet parallèle aux plans profonds, et la limitation de la course de l'aiguille si nécessaire(10).

Les inconvénients de la technique et causes d'échec sont:

- Ø la nécessité de réaliser une anesthésie locale et une micro-incision.

- Ø la difficulté dans le positionnement de la lésion.
- Ø la non-accessibilité de certaine lésion [20] :
 - par leurs position profonde pré-pectorale ou situées au niveau du prolongement axillaire (néanmoins parfois réalisable avec le système de stéréotaxie accessoire) .
 - par la configuration de la patiente (cyphose, pectus excavatus).
 - par le volume mammaire insuffisant pour permettre la réalisation d'une microbiopsie.
 - par une position trop superficielle, ne permettant pas de se positionner en deçà de la cible .
- Ø la petite taille de certaines lésions risquant de disparaître après la procédure, rendant le traitement chirurgical ultérieur plus difficile et plus mutilant.
- Ø l'échantillonnage non représentatif de la lésion, responsable d'un résultat faussement négatif .
- Ø un mouvement du sein ou de la cible (secondaire à l'injection de l'anesthésique) pendant la procédure.
- Ø la non-contiguïté des échantillons prélevés.
- Ø la sous-estimation du risque histologique en présence d'hyperplasie épithéliale atypique (dans environ la moitié des cas), et de carcinome canalaire in situ (dans un cinquième des cas), [21],.
- Ø le taux de faux négatifs lié à l'échantillonnage tissulaire prélevé par micro-biopsies peut ne pas être représentatif de la lésion en particulier dans le cas des Carcinomes canaux in situ (ccis) et des Hyperplasies atypiques(HEA), les échantillons prélevés n'étant pas contigus.
- Ø la possibilité de dissémination métastatique le long du trajet de l'aiguille n'a été évoquée qu'à une seule reprise [22]

Ø un inconvénient récemment soulevé dans la littérature concerne la possibilité de déplacements de cellules épithéliales lors de la réalisation d'une microbiopsie., Ces déplacements seraient liés au passage de l'aiguille dans la lésion puis dans le parenchyme mammaire sain avoisinant. Ces déplacements peuvent mimer une invasion stromale et donc en imposer pour un cancer infiltrant à l'étude histologique réalisée par des pathologistes non avertis.

3.3. Micro-biopsies Assistées Par le Vide (Mammectomie, MIBB)

Malgré l'utilisation d'aiguilles de calibre élevé et la réalisation d'un nombre croissant de prélèvements par cible au pistolet automatique (trocart), les diagnostics d'hyperplasie épithéliale atypique et de carcinome canalaire in situ restent sous estimés de manière significative (21. 34).

L'introduction des systèmes de micro-biopsies assistées par le vide (Vacuum-assisted biopsy, Mammotome, Minimale Invasive Breast Biopsy-MIBB) devrait permettre de pallier aux insuffisances de la microbiopsie au pistolet automatique.

Cette technique emploie une aiguille de 14, 11 ou 18gauge, une fraise rotative à très haute vitesse couplée à une pompe à aspiration, permettant le prélèvement de fragment au cœur et en périphérie de la lésion.

Cette technique permet donc le prélèvement de fragments tissulaires *de meilleure qualité* (les caillots sanguins devenant rares grâce au système d'aspiration), *en quantité abondante* (huit fois plus volumineux que les échantillons recueillis par micro-biopsies traditionnelles au trocart), et *contigus*. Cette contiguïté permet de pallier au problème des échantillonnages non représentatifs, et permet fréquemment une exérèse complète d'image de moins de 5mm (23).

Les avantages de la technique sont :

Ø les fragments plus volumineux, contigus, et de bonne qualité tissulaire .

- Ø une diminution du taux de sous-estimation dans les diagnostics d'HEA et de CCIS .
- Ø l'exérèse souvent complète du signal avec possibilité de largage d'un marqueur métallique permettant de retrouver le site de l'anomalie lors du suivi mammographique et/ou en cas de reprise chirurgicale.
- Ø l'absence de déplacement de l'aiguille, ce qui rend la technique moins traumatisante par rapport aux micro- biopsies au trocart, et permet de multiplier les prélèvements en limitant le risque de déplacements cellulaires.
- Ø une diminution du nombre de déplacements épithéliaux par rapport aux micro-biopsies réalisées au trocart, [27], voire même l'absence de déplacement (25).

Les complications de la technique sont rares (0,1%) :

- Ø des hématomes superficiels.
- Ø des douleurs sous le bras.

Les inconvénients de cette méthode sont :

- Ø la difficulté dans le positionnement de la lésion .
- Ø la même non-accessibilité de certaines lésions que lors de la réalisations de micro-biopsies au trocart [28] .
- Ø le coût prohibitif du système, ne pouvant être utilisé qu'avec les tables stéréotaxiques dédiées .

cette technique apparaît, d'après la littérature récente, uniquement à visée diagnostique puisque les marges de résection du prélèvement ne peuvent être étudiées de manière fiable(27).

3.4. Exérèse chirurgicale percutanée guidée par l'image (Système ABBI)

Le système ABBI (Advanced Breast Biopsy Instrumentation) permet l'exérèse percutanée en "monoblocs" des lésions infra-cliniques du sein.

Le repérage de la lésion se fait de manière stéréotaxique classique. Après anesthésie locale et incision de 15 à 25 mm, il permet le prélèvement par forage d'une carotte de tissu de 20 mm de diamètre maximum (diamètre maximum de la canule de prélèvement) et d'une longueur moyenne de 4,8cm. (30)

Les avantages théoriques de l'exérèse percutanée de volumes plus importants de tissu mammaire en monobloc sont [29] :

- Ø diminution du taux d'erreur d'échantillonnage.
- Ø diminution du nombre de discordance mammographique-histologique.
- Ø diminution des sous-estimations histologiques ;
- Ø diminution du taux de ré-biopsie ;
- Ø une analyse simple des marges, le prélèvement étant en un bloc ;
- Ø augmentation du nombre d'exérèse complète des anomalies radiologiques, et par-delà, une augmentation du nombre de petits carcinomes infiltrant avec marges saines.
- Ø L'avantage majeur de cette technique, par rapport aux micro-biopsies assistées par aspiration, est l'analyse des berges plus aisée pour l'anatomo-pathologiste, le prélèvement étant en un bloc, ainsi que la caractérisation des lésions complexes type hyperplasie épithéliale atypique et carcinome in situ.

Cependant, malgré cet avantage majeur, Les auteurs ont mis en évidence d'importants inconvénients et limitations de cette technique (31.32) :

- Ø le grand nombre de lésions non accessibles à la technique ABBI, représentant de 0 à 30 % des cas selon les études, de part l'épaisseur de tissu mammaire nécessaire et la limite de la profondeur de la lésion par rapport à la peau.
- Ø un taux d'échecs de la procédure de 20 % et plus, dont certains seraient dû à l'inexpérience des utilisateurs mais d'autres au matériel même.

- Ø un résultat esthétique parfois compromis par la voie d'abord chirurgicale et le prélèvement en un bloc d'un grand volume de tissu mammaire (13 cm³, par rapport à 35 mg pour les micro-biopsies 14gauges assistées par le vide, et 100 mg pour les micro-biopsies 11gauges assistées par le vide) .
- Ø un taux plus élevé de complications sévères (micro-biopsies au trocart : 0,2% [33], micro-biopsies 14g assistées par le vide : 0,1%[34], ABBI : 1,1% .(30)
- Ø l'envahissement des marges dans 64 à 100 % des cancers diagnostiqués par le système ABBI, nécessitant dès lors une reprise chirurgicale plus large qu'après micro-biopsies assistées par le vide, puisque la cavité d'exérèse est de grand volume et tubulaire, sans marquage possible de l'endroit précis où se situait la lésion. (29)
- Ø le coût de l'appareillage et desposables (vingt fois supérieur aux disposables des micro-biopsies 14g assistées par le vide(29).

3.5 Biopsie chirurgicale après repérage

L'objectif de la biopsie chirurgicale du sein est d'exciser la lésion dans un but diagnostique en évitant de prélever du tissu sain autour de la lésion, afin de garantir un résultat esthétique satisfaisant.

De nos jours, cette procédure chirurgicale est rarement pratiquée pour les raisons énoncées plus haut. Il persiste une indication particulière en cas de lésion de grande taille. En effet, une biopsie percutanée est alors dans l'impossibilité d'assurer un échantillonnage adéquat de la lésion. La biopsie chirurgicale reste un bon moyen diagnostique quand la biopsie percutanée n'est pas disponible et quand les résultats histologiques sont incertains (hyperplasie canalaire atypique).

Techniquement, la biopsie chirurgicale requiert un repérage préopératoire de la lésion infra clinique.⁽⁵⁾ Celle-ci est identifiée par un petit fil métallique (repère), placé au centre de la lésion, sous contrôle mammographique ou échographique.

Pour les lésions volumineuses, plusieurs fils sont placés autour de la lésion. Le but est de guider l'exérèse de la zone tissulaire. Le repérage a lieu soit la veille, soit le matin même de l'intervention. Le choix de la technique de guidage et sa faisabilité doivent être discutés et programmés en collaboration étroite entre le chirurgien et le radiologue, afin de choisir la meilleure approche. En cas de lésion étendue ou diffuse, seule la zone la plus suspecte sera repérée et excisée.

Le choix de l'incision est fonction de la topographie de la lésion, mais une incision péri aréolaire doit être choisie chaque fois qu'elle autorise une chirurgie dans de bonnes conditions. L'intervention peut se pratiquer en ambulatoire, sous anesthésie locale ou anesthésie générale. Durant la biopsie chirurgicale, le chirurgien veille à ne pas déplacer le repère ; la biopsie est orientée par des fils, puis le tissu prélevé est radiographié pour affirmer la présence de la lésion mammographique. En cas de doute sur le caractère complet de l'exérèse, une mammographie postopératoire est prévue un mois après l'intervention. L'examen histologique extemporané n'est pas pratiqué en raison des difficultés d'affirmer la nature de la lésion dans un temps raisonnable durant l'anesthésie de la patiente.

3.6 Perspectives futures

Le rôle du chirurgien du sein et celui du radiologue sont en pleine mutation. Les lésions dépistées deviennent de plus en plus petites et nécessitent l'intervention du radiologue pour un repérage préopératoire.

Ainsi, le traitement du cancer du sein évolue vers des techniques de chirurgie minimalement invasive (*minimale invasive surgery*) à condition de disposer d'un diagnostic préopératoire complet et fiable. La collaboration étroite entre chirurgien et radiologue permettra de traiter les lésions tumorales du sein par une destruction locale, plutôt que par une excision. Dans cette nouvelle approche, la tumeur sera détruite soit par chaleur (radiofréquence ou laser), soit par congélation (cryothérapie). De telles approches sont explorées dans plusieurs centres anticancéreux, et seront évaluées prospectivement dans notre institution à partir de cette année.

IV CONCLUSION

les politiques de dépistage de masse et individuel conduisent de plus en plus souvent au diagnostic de lésions infra clinique du sein .la prise en charge adaptée de ces lésions angoissantes pour la patiente permet d'approcher au mieux du diagnostic réel .le but étant a la fois de ne pas méconnaître le diagnostic de la lésion maligne ,d'éviter les interventions inutiles et de conduire a une stratégie chirurgicale d'emblée adapter en cas de cancer confirme. Toute la problématique de la strategie est de combiner une excellente sensibilité a une excellente valeur prédictive négative. De nombreuses possibilités ont été introduites ces dernières années :

Agrandissement, numérisation, IRM, échographie, techniques cytologiques, techniques de micro-histologie ou de macro-histologie.

Elles ont toutes pour but de conduire à ne pas opérer des patientes présentant un risque inférieur ou égal a 4 % et a opérer des patientes chez qui le risque de découvrir une lésion est largement supérieur a 50 %.

Cette inflation de moyens conduit dans certains cas a une inflation d'examens inutiles voire conduisant a des décisions erronées et a des retards diagnostiques inacceptables.

le praticien doit donc, dès la constatation de l'image, imaginer une stratégie le conduisant a prendre ou non une décision d'intervention. S'il doit utiliser tous les moyens disponibles de façon judicieuse, il doit également ne pas hésiter à faire appel à des avis spécialisés, voire a des structures multidisciplinaires qui apparaissent de plus en plus fréquemment comme étant des éléments essentiels d'une prise en charge de qualité.

DEUXIEME PARTIE

PARTIE PRATIQUE

I INTRODUCTION

Le cancer du sein représente au Maroc un véritable problème de sante publique en raison de son incidence et sa mortalité.

La détection précoce des lésions mammaires non palpables représente actuellement la meilleure chance de guérison.

Un repérage pré opératoire de ces lésions est nécessaire a fin de localiser ces lésions et guider leur exérèse le but de notre étude est de faire une corrélation radio histologique de ces lésions ainsi que ca comparaison avec les données de la littérature.

II PATIENTES ET METHODES :

Il s'agit d'une étude rétrospective menée entre janvier 2010 et décembre 2012 au service de gynécologie obstétrique II CHU Hassan II de Fès, concernant, la découverte de lésions mammaires infra cliniques, dans le cadre de dépistage individuel ou chez des patientes ayant des antécédents de cancer de sein.

L'indication de repérage pré opératoire a été pose au sein de l'unité de sénologie du service de gynécologie obstétrique II, en concertation étroite avec le service de radiologie mère et enfant du chu Hassan II de Fès.

Nous avons colligés, 50 dossiers de patientes ayant eu une exérèse d'une lésion mammaire infra clinique après repérage.

Le nombre total des lésions repérées était de 54, puisque 4 patientes ont eu 2 lésions infra cliniques.

Ces patientes ont bénéficié d'une exérèse chirurgicale après repérage radiologique de la lésion infra clinique.

Les anomalies radiologiques sont classées selon la classification ACR de l'American collège of radiologie.

Le repérage était pratiqué au service de radiologie, mère et enfant chu Hassan II de Fès sous échographie et ou mammographie. (figure 3 photos)

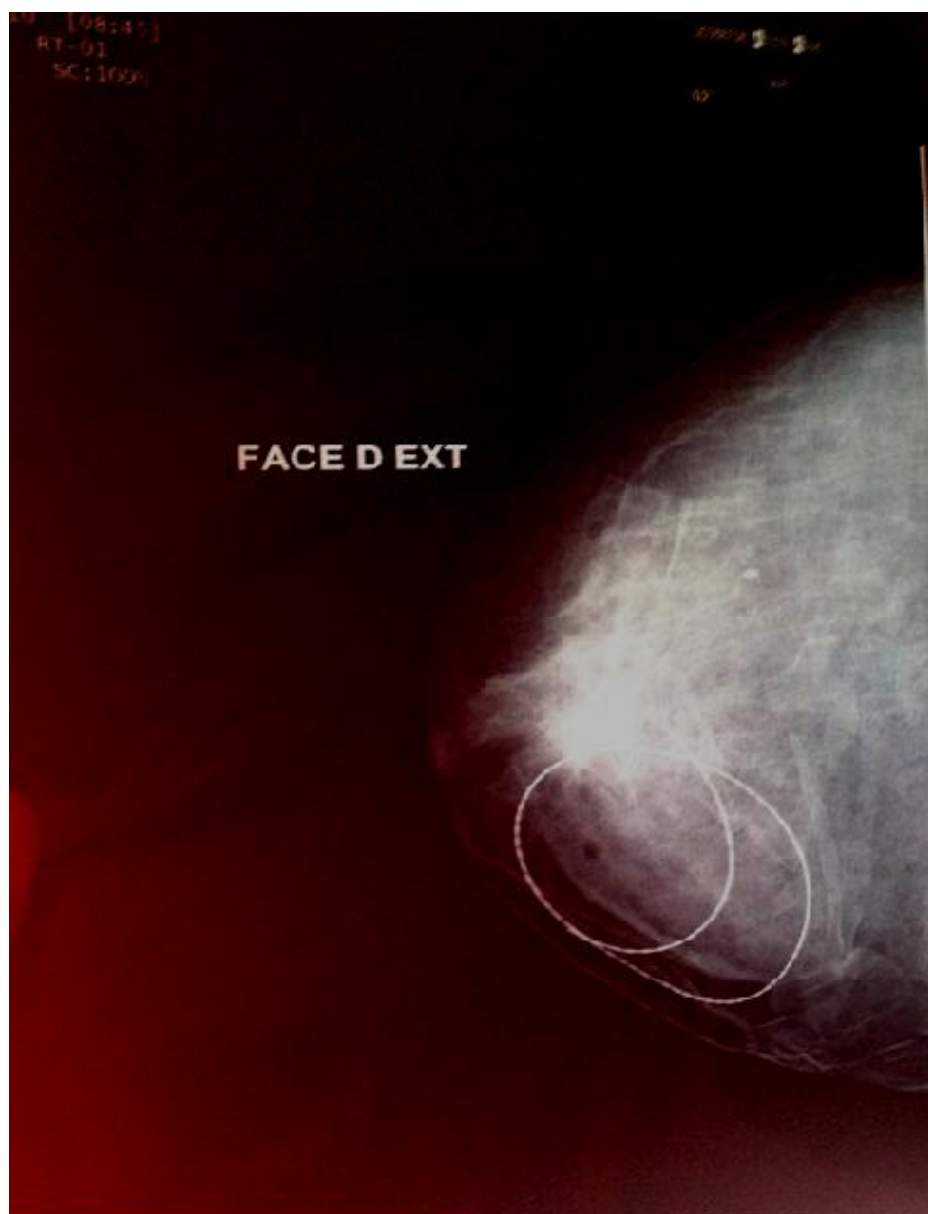


FIGURE 3 : REPERAGE PRE OPERATOIRE

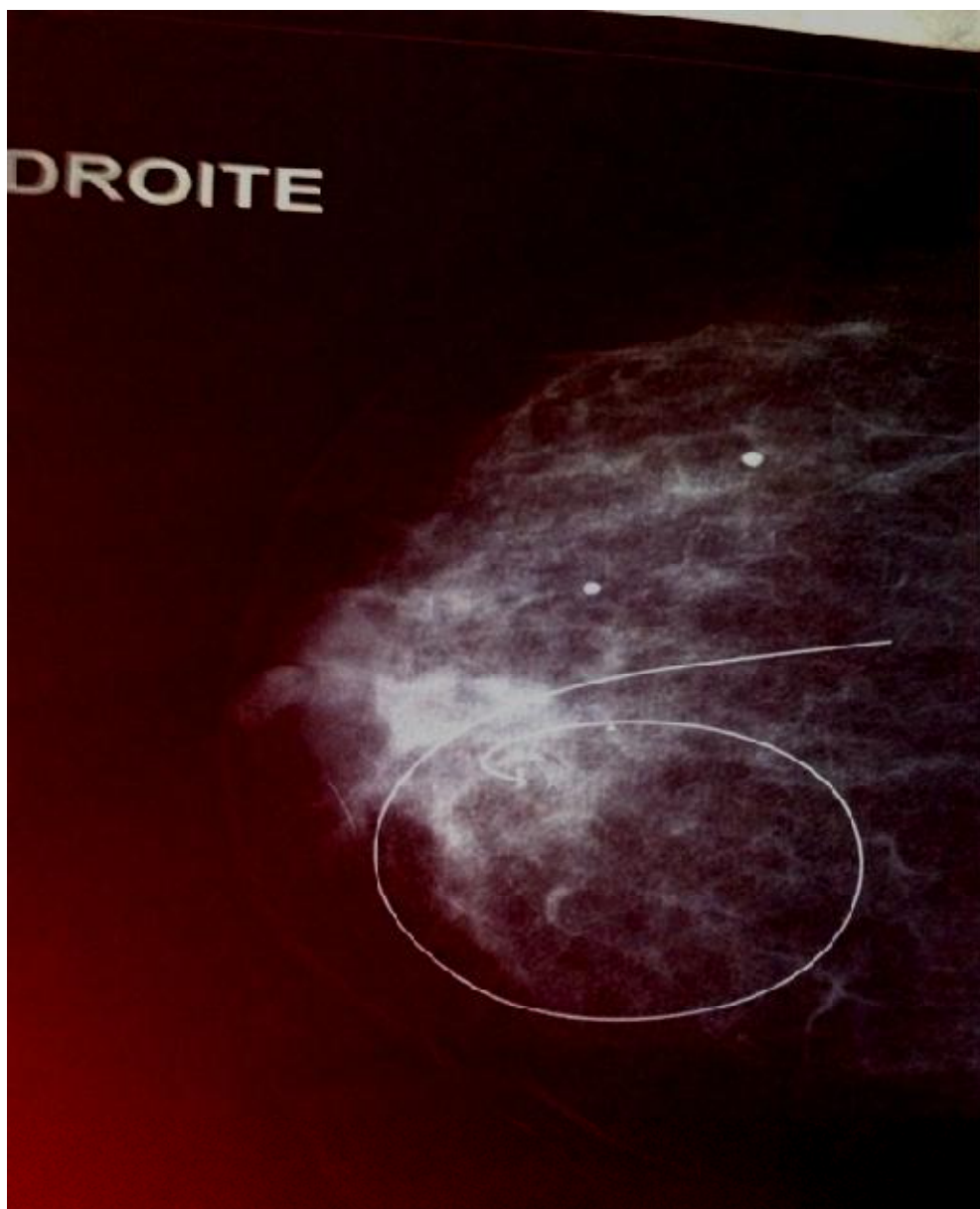


FIGURE 3 : REPERAGE PRE OPERATOIRE

L'ensemble des dossiers contenaient :

une observation médicale ; un compte rendu opératoire , une fiche technique du repérage, un compte rendu opératoire décrivant la technique, la radiographie de la pièce opératoire pour quelques cas (figure 4) et le résultat d'anatomie pathologique .

Les caractéristiques épidémiologiques, les modalités de repérage, le type de chirurgie pratiquée et les résultats histologiques ont été analysés, le recueil des données s'est fait à l'aide d'une fiche d'exploitation pré établie.

Toutes les patientes ont été opérées le même jour selon la méthode classique sous anesthésie générale ; la majorité des pièces opératoires n'été malheureusement pas radiographiée avant l'étude histologique, l'examen extemporané n'été pas systématique.

Nous avons réalisé une corrélation radio anatomopathologique des différentes lésions.

En cas de cancer de sein confirme l'étude histologique a été complété par l'étude des récepteurs hormonaux et l'expression de l'oncogène her2.

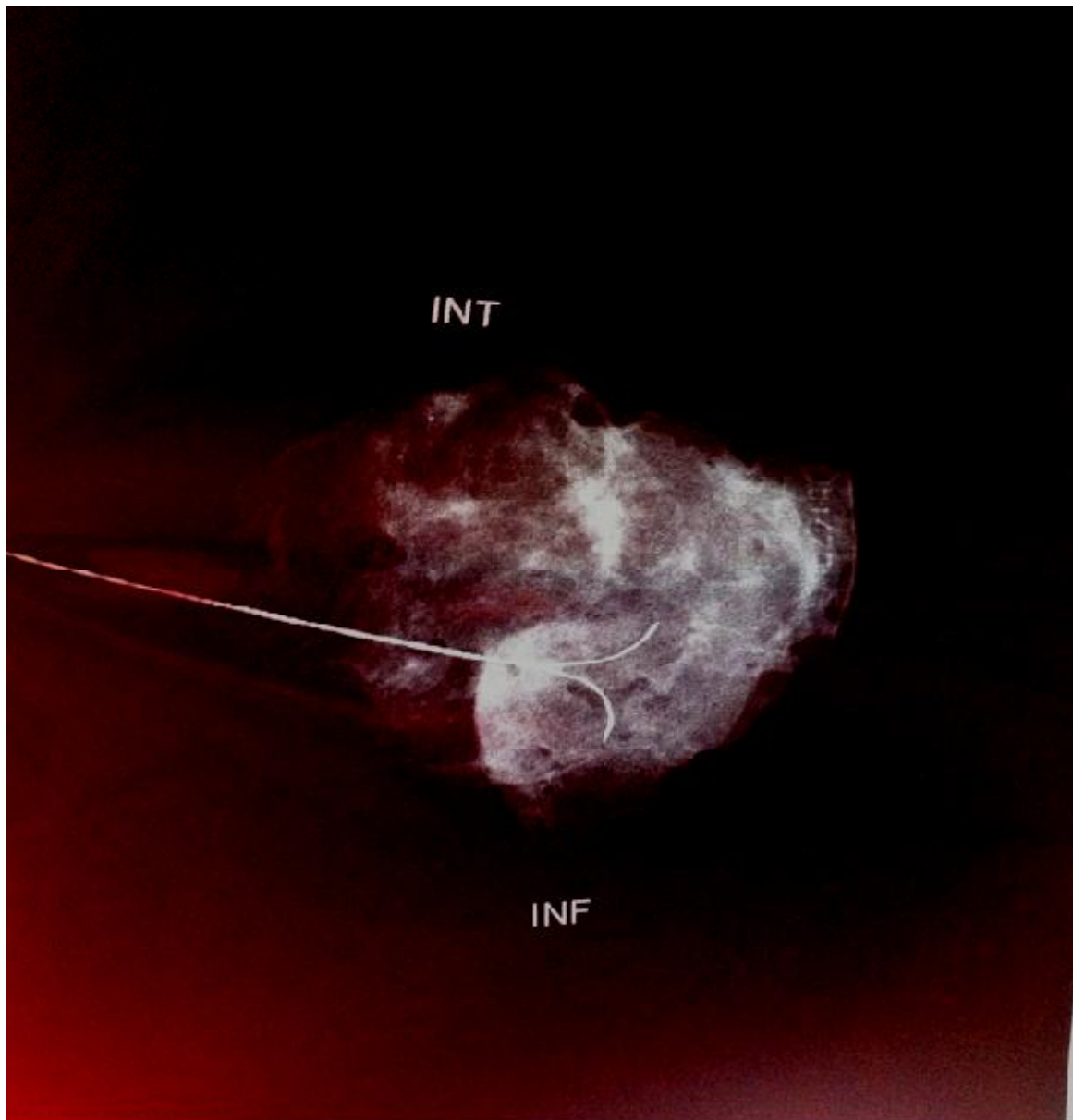


FIGURE 4 : RADIOGRAPHIE DE LA PIECE OPERATOIRE

III RESULTATS=

3.1 CARACTERES EPIDEMIOLOGIQUES :

50 dossiers ont été collectés, toutes nos patientes ont bénéficié d'une mammographie et échographie mammaire soit dans le cadre de suivie des patientes ayant un antécédent de cancer de sein ou chez des patientes ayant bénéficié d'un dépistage individuel.

L'âge moyen de nos patientes était de 46 ans. Avec des extrêmes de 21 et 80 ans, il y a eu 30 patientes en période d'activité génitale soit 60% et 20 patientes étaient ménopausées soit 40%.

La notion d'allaitement maternel a été retrouvée chez 48% des patientes.

3.2 CARACTERISTIQUES DES IMAGES RADIOLOGIQUES

3.2.1 caractéristiques des patientes :

L'antécédent personnel du cancer du sein représente la circonstance la plus fréquente d'indication de l'écho mammographie.

28 patientes soit 56 % avaient un antécédent personnel de cancer de sein, 06 patientes soit 12 % avaient un antécédent familial de cancer de sein ,et 16 patientes soit 32 % avaient bénéficié d'un dépistage individuel.(figure 5)

FIGURE 5 :CARACTERISTIQUES DES PATIENTES

	Nombre	pourcentage
ATCD PERS	28	56%
ATCD FAM	06	12%
DEPISTAGE	16	32%

3.2.2Caracteristiques des lésions :

Durant la période d'étude 50 patientes de notre service avaient une exérèse chirurgicale après repérage

Radiologique d'une lésion infra clinique suspecte du sein.

41 des lésions soit 75 % étaient des lésions tissulaires.

12 soit 22 % étaient des micros calcifications.

Une lésion correspondait à une désorganisation architecturale. (figure 6 pourcentage des lésions)

L'examen clinique était normal chez toutes nos patientes.

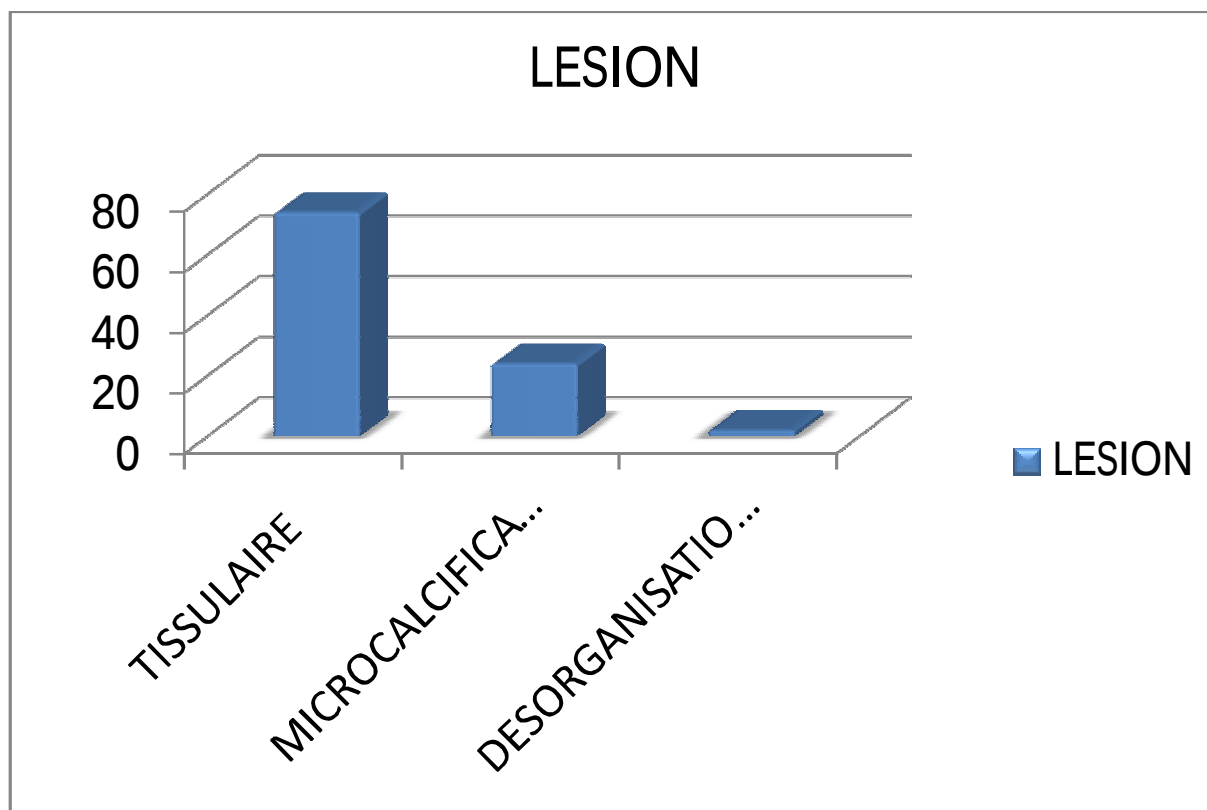


FIGURE 6 :POURCENTAGE DES LESIONS

Pour l'exploration des seins le couple mammographie échographie mammaire a été réalisé dans tous les cas.

L'indication de confrontations histologique était prise dans le cadre des réunions de concertation multidisciplinaire.

les lésions mammaires se localisaient dans le sein gauche chez 32 patientes soit 64% et dans le sein droit pour les 18 patientes restantes soit 36%.

Le quadrant supéro externe était le plus touché 31 cas soit 62 % à droite et 19 fois à gauche soit 38%.

La taille moyenne de ces images radiographiques était de 1,75 mm avec des extrêmes de 1.5mm et 2 mm.

Toutes les lésions trouvées ont été classées selon la classification ACR.

Nous avons répertorié chez les patientes ayant un antécédent personnel de cancer de sein :

Ø 20 lésions tissulaires réparties en 05 lésions acr3, 10 lésions acr4, et 05 lésions acr5 soit un pourcentage de 25% ,50%, 25% RESPECTIVEMENT.(figure 7).

Ø 10 micro calcifications réparties en 04 lésions acr3, 05 lésions acr4 et 01 lésion acr5. Soit respectivement 40% ,50%, et 10% (figure8)

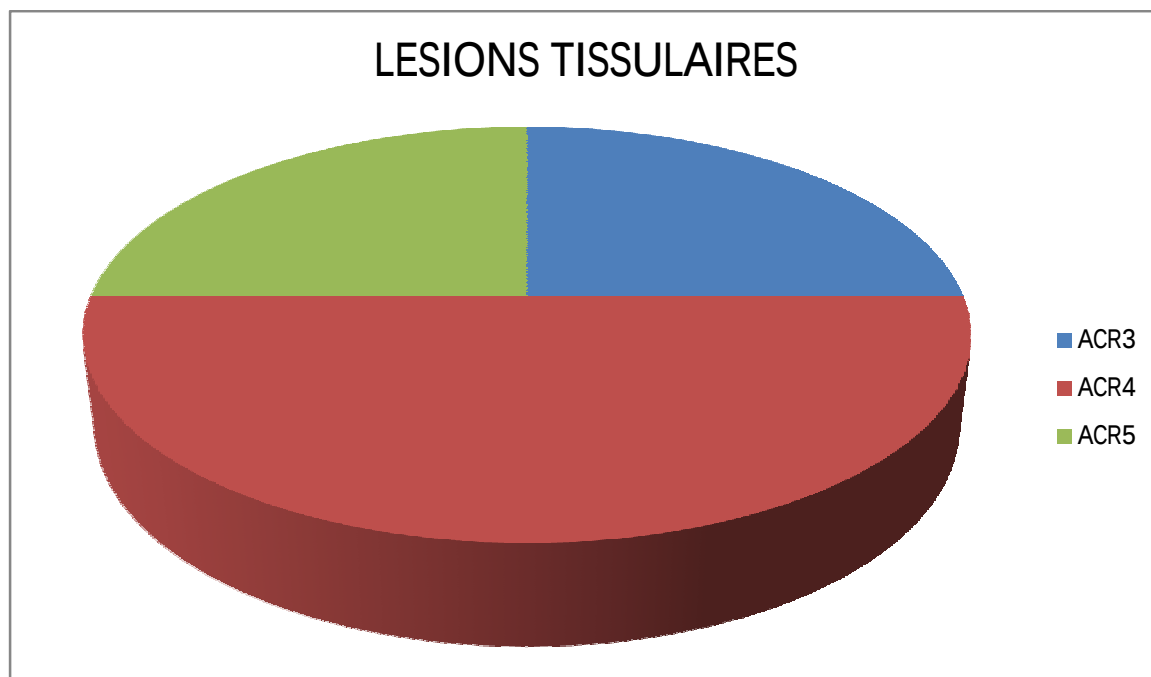


FIGURE 7 : LÉSIONS TISSULAIRES CHEZ PATIENTES AVEC ATCD PERS DE KC DE SEIN

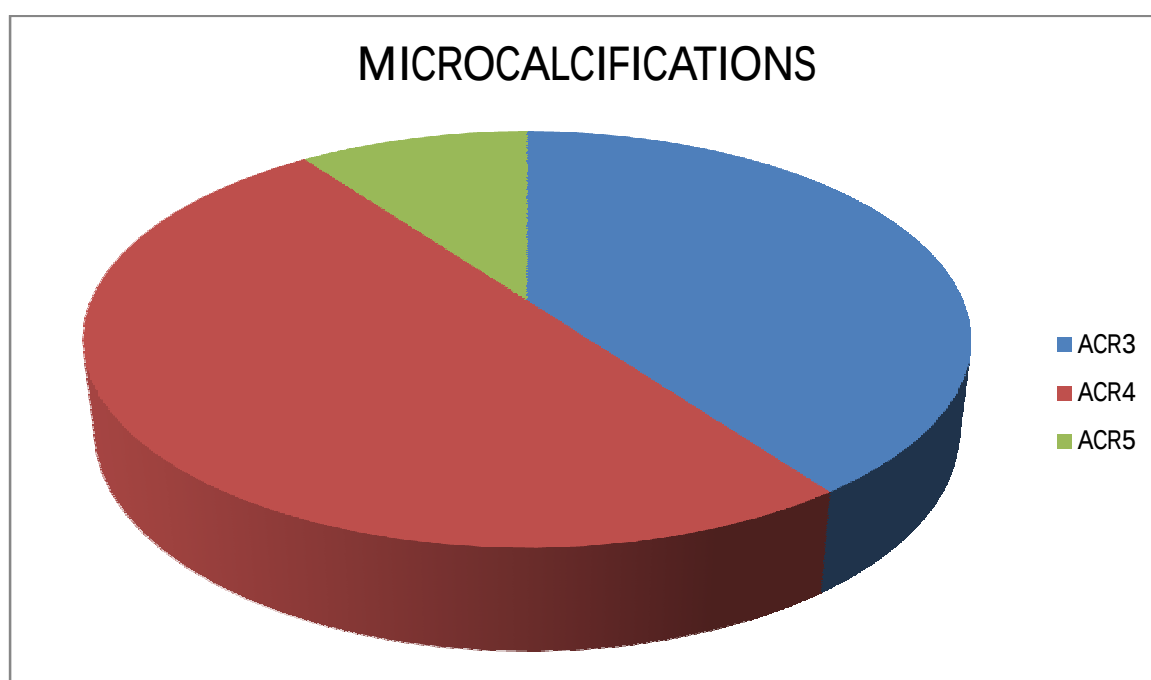


FIGURE 8 : MICROCALCIFICATIONS CHEZ PATIENTES AVEC ATCDS PERS DE KC DE
SEIN

Chez les patientes ayant un antécédent familial, de cancer de sein on a recensé 06 lésions

Ø 04 lésions tissulaires reparties en 02 lésions acr3 soit 50% ,01lesion acr 4 et une lésion acr 5 soit respectivement 25% chacune.(figure9)

Ø 02 microcalcifications reparties entre acr3 et acr4.(figure10).

Dans le cadre de dépistage toutes les 17 lésions étaient tissulaires, reparties en ,11 lésions acr4 soit 64% et 06 LÉSIONS acr5 (figure 11)

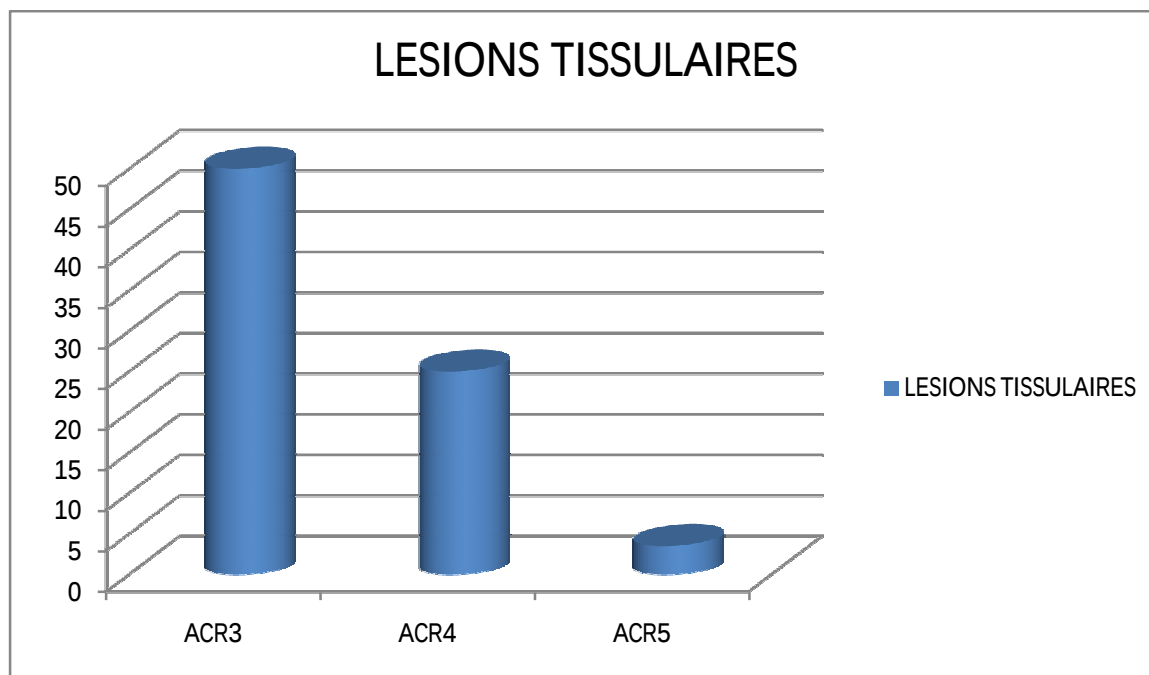
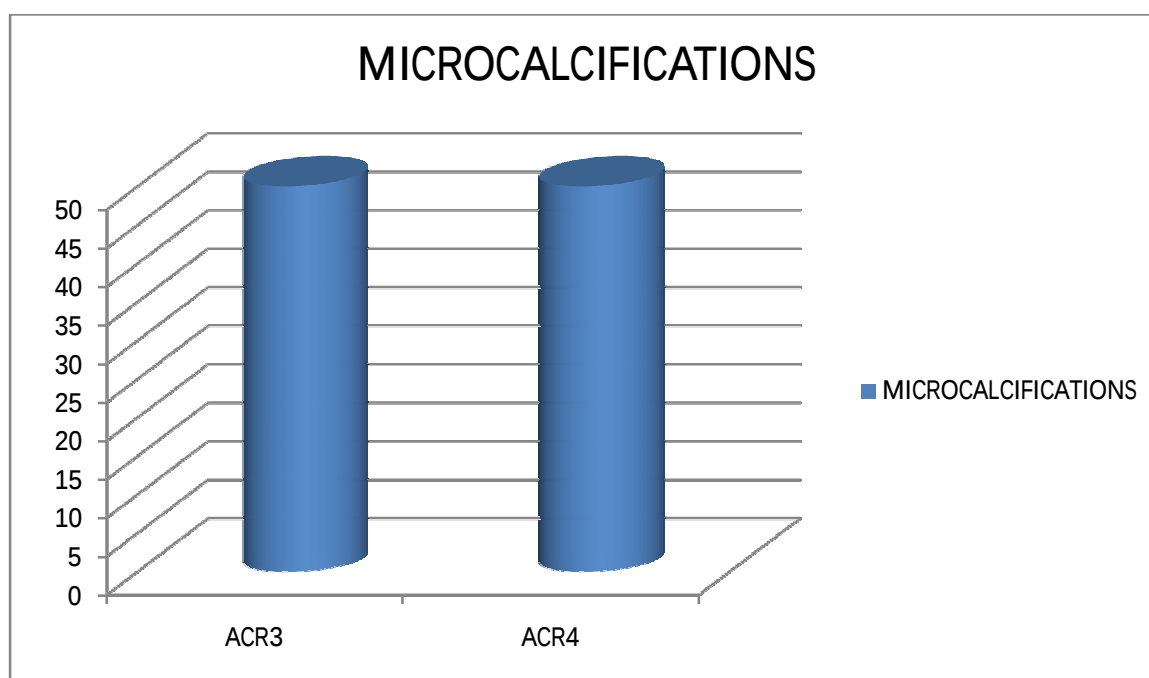


FIGURE 9 : LESIONS TISSULAIRES CHEZ PATIENTES AVEC ATCD FAM DE KC DE SEIN



**FIGURE 10 : MICROCALCIFICATIONS CHEZ PATIENTES AVEC ACTDS FAM DE KC DE
SEIN**

3.3 REPERAGE PRE OPERATOIRE ET TYPE DE CHIRURGIE

Les 54 lésions de notre série ont été repérés par harpon 73 % des repérages ont été effectués sous échographie et 27 % sous stéréotaxie. (Figure n 11 type de repérage)

Le délai moyen entre la mise en place de l'harpon et l'exérèse chirurgicale était de 4 heures.

La durée moyenne de cette intervention était de 25 mn.

La taille moyenne du tissu mammaire excisé était de 5cm.

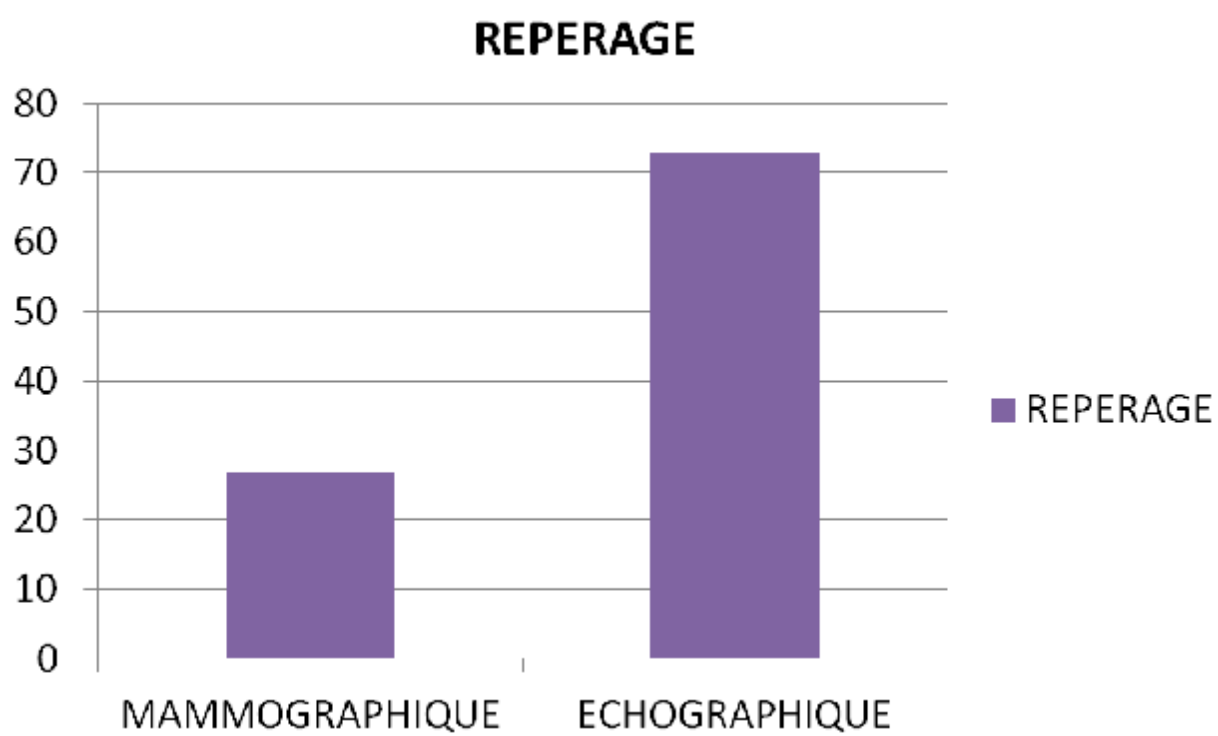


FIGURE N 11 :TYPE DE REPERAGE

3.4 HISTOLOGIE

Sur le plan histologique, l'examen anatomopathologique définitif a objectivé :

3.4.1 malignité de l'ensemble des lésions

- Ø 75.92 % des lésions bénignes.
- Ø le taux de lésions malignes était de 22.22 %.
- Ø le taux de cancer in situ était de 33.33 %.
- Ø celui de cancer infiltrant était de 66.66%.

3.4.2 Malignité chez les patientes ayant un antécédent personnel de cancer de

sein :

Ø malignité des lésions tissulaires (figure12)

- 02 lésions acr3 soit 22%.
- 04 lésions acr4 soit 44%.
- 03 lésions acr5 soit 34% .

Ø malignité des microcalcifications (figure 13)

- Aucune lésion acr3
- 02 lésions acr4 soit 66%
- 01 lésion acr5 soit 44%

Chez ces patientes la positivité des lésions acr 4 était la plus grande aussi bien sur les lésions tissulaires que les micro calcifications.

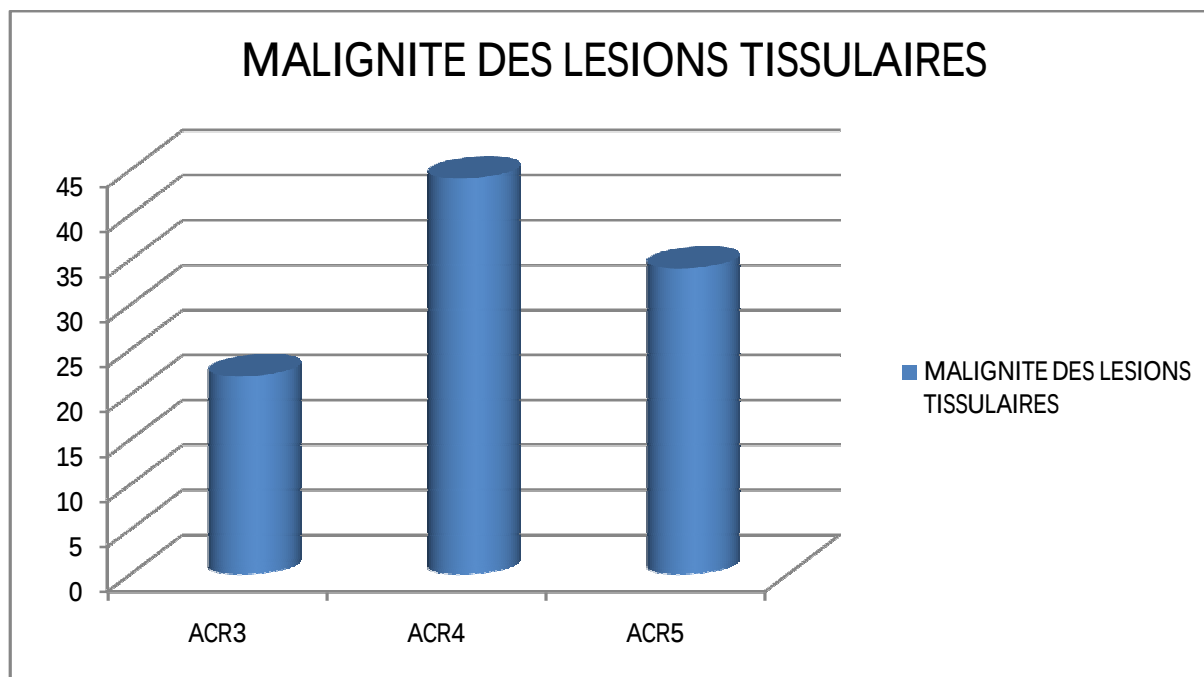


FIGURE 13 : PATIENTES AVEC ATCD PERS DE KC DE SEIN

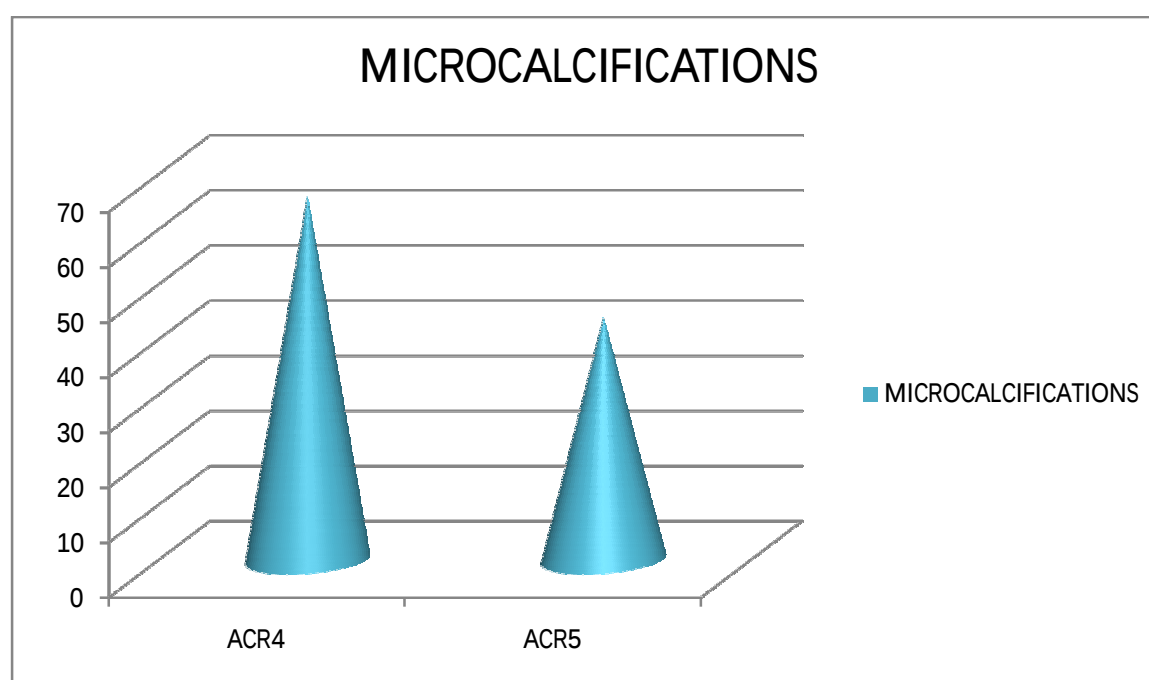


FIGURE 13 : PATIENTES AVEC ATCD PERS DE KC DE SEIN

3.4.3 Malignité chez les patientes ayant un antécédent familial de cancer de sein :

Chez ces patientes les six lésions se sont révélées bénignes que ce soit les lésions tissulaires ou microcalcifications.

3.4.4 Histologie dans le cadre de dépistage :

Ø malignité des lésions tissulaires (figure 14)

04 lésions acr4 soit 36%

04 lésions acr5 soit 64%

Ø Malignité des microcalcifications

Toutes les microcalcifications se sont révélées bénignes.

3.4.5 Résultat comparatif :

Les résultats comparatifs entre la malignité des lésions tissulaires chez les patientes ayant des antécédents personnels et familiaux de cancer de sein et celle trouvée lors de dépistage sont représentés dans le tableau suivant (figure 15)

Ainsi que les résultats comparatifs des microcalcifications sont groupés dans le tableau (figure 16)

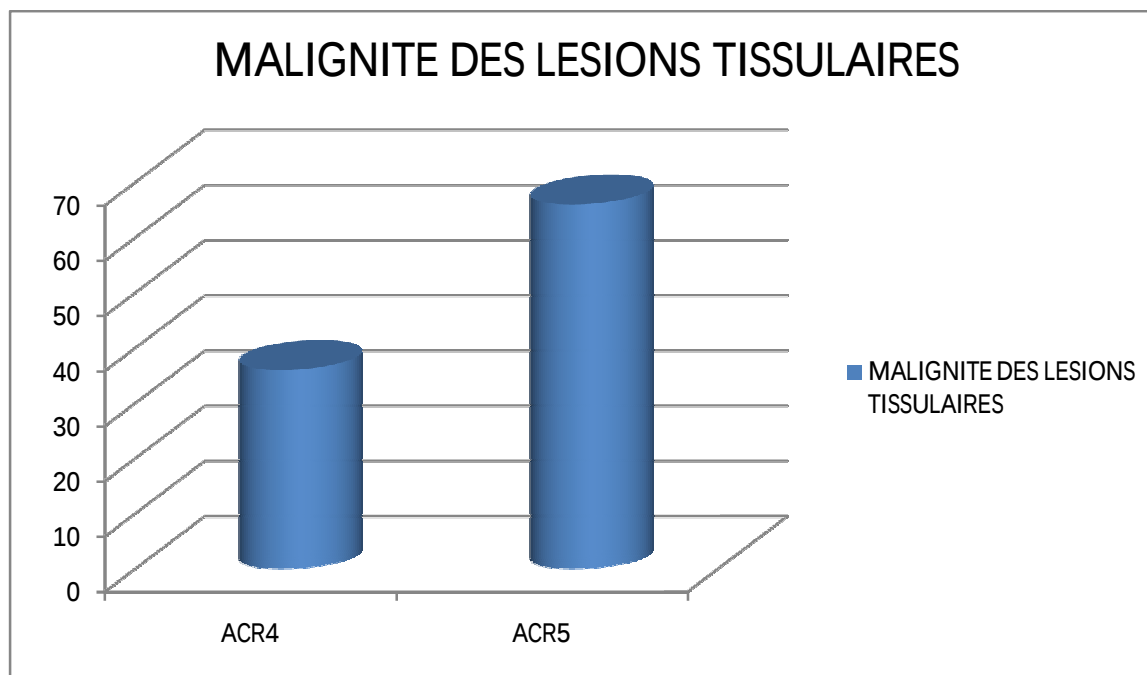


FIGURE 14 : DANS LE CADRE DU DEPISTAGE

FIGURE 15 COMPARAISON DE MALIGNITE DES LESIONS TISSULAIRE

	ACR3	ACR4	ACR5
ATCD PERS	22%	44%	34%
ATCD FAM	0%	0%	0%
DEPISTAGE	-	36%	64%

FIGURE 16 COMPARAISON DE MALIGNITE DES MICROCALCIFICATIONS

	ACR3	ACR4	ACR5
ATCD PERS	0%	66%	44%
ATCD FAM	0%	0%	0%
DEPISTAGE	-	0%	0%

L'atteinte carcinologique était canalaire dans tout les cas.

Les limites de résections étaient saines dans tous les cas.

Sept cas de cancer étaient canaux infiltrant avec une taille histologique entre 8 mm et 10mm et présence de foyer étendue de carcinome in situ dans 04 cas, indiquant un ptey.

Chez deux patientes nous avons indiqué une mastectomie devant des lésions de carcinome in situ multifocales de haut grade.

IV DISCUSSION

L'étude des facteurs de risque du cancer du sein constitue une étape importante dans l'indication d'un repérage préopératoire des lésions infra-cliniques. Les antécédents personnels et familiaux de cancer du sein augmentent le risque de survenue de cancer du sein de 2 à 5 [3]. dans notre série, 28 patientes avaient un antécédent personnel de cancer du sein et 06 un antécédent dans la famille.

L'âge de la patiente représente l'un des principaux facteurs [1]. Mais on remarque que dans notre série, l'âge de survenue du cancer du sein est inférieur à celui de la littérature. [2].

La multiparité, l'âge tardif de la première grossesse (>35 ans) et le statut ménopausique sont aussi des facteurs de risque avéré de cancer du sein [1]. le diagnostic des tumeurs a un stade précoce offre une meilleure chance de guérison. Le couple échographie-mammographie représente la méthode de référence pour le diagnostic des lésions infra-cliniques du sein [4, 5].

Dans notre série, le repérage a été pratiqué dans le cadre du suivi des patientes qui présentaient un néo du sein contre latéral dans 56% des cas, des antécédents familiaux de cancer de sein, Ou dans le cadre de dépistage individuel. Le repérage préopératoire d'une lésion mammaire infra-clinique peut être effectué par mise en place d'un repère métallique : harpon ou par repérage de la projection à la peau. Il peut être orienté en mammographie simple, en stéréotaxie ou en échographie [9].

la technique utilisée dans notre travail est le repérage préopératoire par harpon. La mise en place de repères métalliques appelés harpons est de plus en plus utilisée grâce aux progrès des méthodes de guidage. Le guidage échographique est la technique la plus simple lorsque la lésion est « échovisible » [10]. Le guidage mammographique est utilisé à chaque fois que le guidage échographique est impossible, ce qui est le cas de la plupart des groupements de

micro calcifications ou des petites opacités non visibles en échographie [11]. Le repérage préopératoire par harpon a une excellente fiabilité et un taux d'échec n'excédant pas 2% [12, 13, 14].

nous avons réalisé le repérage par harpon sous échographie chaque fois que la lésion avait une traduction échographique : 72.22% des cas, et sous guidage mammographique par stéréotaxie dans 24.07 % des cas. Dans notre étude le harpon a été placé au centre de la lésion dans 100%. La distance maximale séparant la lésion de la pointe du harpon était de 10 mm dans notre série.

La mobilisation secondaire du repère est une cause majeure d'échec.

Si la radiographie de la pièce opératoire ne retrouve pas la lésion, on est obligé de prélever plusieurs fragments ce qui rend l'exérèse inutilement étendue. Le taux d'échec du prélèvement avec nécessité de recoups varie selon les équipes de 1 à 10% [15]. Nous n' avons répertorié aucun cas de déplacement secondaire du harpon .

Les complications sont rares (<1%) [16]. la survenue d'un hématome lors de la mise en place de l'aiguille est rare, une compression est alors nécessaire. Il est habituel de citer le pneumothorax par pression intempestive d'une aiguille introduite par voie antéropostérieure, chez une patiente maigre et lors du repérage d'une lésion profonde. Cette complication est exceptionnelle, impossible sous stéréotaxie. Lorsque la patiente est très maigre et la lésion profonde, il vaut mieux implanter l'aiguille-guide parallèlement à la paroi thoracique.

Nous n'avons répertorié aucune complication dans notre étude. Pour l'exérèse des lésions infra-cliniques, la glande doit être sectionnée au bistouri à lame froide ou aux ciseaux [17].

L'incision glandulaire est faite au moins 10 à 15 mm au-delà du siège présumé du harpon, jusqu'au plan pectoral. En effet les lésions histologiques

peuvent être plus étendues ou juste à coté de la zone de micro-calcifications [18] [19].

La radiographie de la pièce opératoire permet de vérifier le caractère adéquat de l'exérèse. dans notre série, la radiographie de la pièce n'a pas été réalisée systématiquement.

les cas de micro calcifications ou la radiographie avec lecture immédiate a été réalisée. les micro-calcifications repérées ont été retrouvées a la radiographie de la pièce opératoire dans tous les cas. la pièce orientée est adressée avec les renseignements fournis par le chirurgien a l'anatomopathologiste permettant ainsi de choisir l'axe des coupes sériées pour établir des mesures précises de la lésion, de cibler les zones sur lesquelles les coupes sériées seront resserrées, et de repérer les ilots périphériques [20].

Le taux de lésions malignes découvertes a l'examen histologique définitif, dans notre étude, était de 22%. Ce taux est plus faible que la plupart de ceux retrouvés dans la littérature [1,21]. Ceci pourrait s'expliquer par la proportion élevée de lésions classées ACR 3. L'étude de miras [22] a montré que l'amélioration de la qualité du matériel de diagnostic et l'augmentation des micro-biopsies permettaient de réduire le nombre de biopsies chirurgicales inutiles. Il est à signaler qu'on ne dispose pas dans notre formation de mammotomes permettant une biopsie percutanée des micro-calcifications ce qui explique notre recours plus large a la biopsie chirurgicale.

Pour les micro-calcifications, la vpp de malignité selon la classification ACR est <5% ,19% et >70% pour les lésions classées ACR 3, ACR 4 et ACR 5 respectivement [23] [24]. Les vpp correspondantes dans notre étude étaient de 04 %, 46 % et 50%.

Concernant les lésions tissulaires, la vpp de malignité est entre 88 et 94% dans la littérature [25] [26]. dans notre étude, elle est de 20.5%.

Selon newstead et al. [27], 5,5% des carcinomes canalaire infiltrant et 30% du carcinome lobulaire infiltrant se caractérisent par des distorsions architecturales. l'échographie mammaire doit compléter chaque mammographie lorsque les seins sont denses [28]. L'échographie mammaire a une sensibilité de 80% et une spécificité supérieure à 85%. le couple mammographie- échographie mammaire a une sensibilité globale de 100% et une spécificité globale de 85% [29]. La détection précoce des lésions mammaires infra-cliniques représente actuellement la meilleure chance de guérison. Mais l'augmentation du nombre d'explorations chirurgicales pour ces lésions non palpables engendre un surcoût non négligeable et il convient de tout mettre en œuvre pour le limiter.

CONCLUSION

Le cancer du sein représente actuellement un véritable problème de santé publique au Maroc , en raison de son incidence et de sa mortalité. La détection précoce de lésions mammaires infra cliniques permis une bonne maîtrise de la maladie.

Toutes les lésions infra cliniques ; dans notre série ; ont été classées selon la classification de l'ACR en ACR 3, ACR 4 et ACR 5 dans 47%, 34,7% et 18,3% respectivement.

Le repérage par Harpon des lésions mammaires infra-cliniques est une technique ayant une très bonne faisabilité avec un taux d'échec très faible et engendrant très peu de complications.

Nous avons réalisé ce repérage sous échographie dans 73 % des cas. Le guidage mammographique par stéréotaxie a été utilisé dans 27 % des cas.

La chirurgie des lésions mammaires non palpables est réalisable en toute sécurité, elle a été pratiquée dans 84,5% des cas dans notre série. Outre la réduction du coût de la prise en charge, elle présente de nombreux avantages psychologiques avec une dédramatisation de l'acte opératoire et une diminution de l'anxiété ainsi qu'une plus grande participation familiale permettant une meilleure acceptation de la maladie. Le taux de lésions malignes découvertes après la chirurgie est de 22%. Le taux de cancer in situ est de 33,3% et celui des cancers infiltrant de 66,6%. Nos valeurs sont un peu loin de ceux de la littérature, ce qui peu être expliqué par un sur classement des lésions .

Le repérage par Harpon, nécessite donc une collaboration étroite entre le chirurgien-gynécologue, l'anesthésiste-réanimateur, le radiologue et l'anatomopathologiste afin de bien poser les indications et de réaliser le geste chirurgical adéquat.

REFERENCES

1. COTTU PH, COJEAN-ZELEK I, BOURSTYN E ET AL. ANALYSE RETROSPECTIVE MULTIVARIEE DE LA CORRELATION RADIO-HISTOLOGIQUE DES LESIONS INFRA CLINIQUES DU SEIN. REV MED INTERNE 2000; 21:337-43
2. BEN GOBRANE H, FAKHFAKH R, RAHAL K ET AL. PRONOSTIC DU CANCER DU SEIN A L'INSTITUT DE CARCINOLOGIE SALAH AZAÏEZ DE TUNIS. EAST MEDITERR HEALTH J 2007; 13:309-18
3. MAALEJ M, HENTATI D, MESSAI T, KOCHBATI L ET AL. BREAST CANCER IN TUNISIA IN 2004: A COMPARATIVE CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL STUDY. BULL CANCER 2008 ; 95 :5-9
4. BALU-MAESTRO C, CHAPELLIER C, SOUCI J ET AL. DEPISTAGE DU CANCER DU SEIN : QUELLE IMAGERIE POUR QUELLES FEMMES ? J GYNECOL OBSTET BIOL REPROD 2010 ; 39:3-10
5. MICKSCHE M, LYNGE E, DIEHL V ET AL. RECOMMANDATIONS POUR LE DEPISTAGE DU CANCER DANS L'UNION EUROPEENNE. BULL CANCER 2001;88:687-92
6. MOKADDEM W. LE DEPISTAGE ORGANISE DU CANCER DU SEIN PAR LA MAMMOGRAPHIE CHEZ LA FEMME DE 40 A 69 ANS DANS LE GOUVERNORAT DE L'ARIANA : RESULTATS DU 1ER TOUR. A PROPOS DE 5325 CAS. THESE DE MEDECINE, TUNIS 2007
7. PERRY N, BROEDERS M, DE WOLF C ET AL. EUROPEAN GUIDELINES FOR QUALITY ASSURANCE IN BREAST CANCER SCREENING AND DIAGNOSIS. ANN ONCOL 2008; 19:614-22
8. TRESADERN JC, ASBURY D, HARTLEY G ET AL. FINE-WIRE LOCALIZATION AND BIOPSY OF NON-PALPABLE BREAST LESIONS. BR J SURG 1990;77:320-2.
9. BUSSIERES E, BARREAU B, DE LA QUINTANE BD ET AL. LES PRELEVEMENTS MAMMAIRES EN STEREOTAXIE : MACROBIOPSIES AVEC ASPIRATION ET BIOPSIES CHIRURGICALES STEREOTAXIQUES. GYNECOL OBSTET FERTIL 2003 31:256-64

10. RIZZATO G, GUISEPETTI GM, BONIFACIO A, CHERSEVANI R, BALDASSARE S, RANIERI E. BREAST ULTRASOUND. BOLOGNA: EDITORIALE GRASSO, 1993
11. SILVERSTEIN MJ, GAMAGAMI P, MASETTI R, LEGMANN MD, CRAIG PH, GIERSON ED. RESULTS FROM A MULTIDISCIPLINARY BREAST CENTER. ANALYSIS OF DISEASE DISCOVERED. SURG ONCOL CLIN N AM 1997; 6:301-14
12. HASTRICH DJ, DUNN JM, ARMSTRONG JS ET AL. DIAGNOSTIC AND THERAPEUTIC ASPECTS OF FINE-WIRE LOCALIZATION BIOPSY FOR IMPALPABLE BREAST CANCER. BR J SURG 1992; 79:1038-4
13. SILVERSTEIN MJ, GAMAGAMI P, COLBURN WJ ET AL. NONPALPABLE BREAST LESIONS: DIAGNOSIS WITH SLIGHTLY OVERPENETRATED SCREEN-FILM MAMMOGRAPHY AND HOOK WIRE-DIRECTED BIOPSY IN 1,014 CASES. RADIOLOGY 1989; 171:633-8
14. CHADWICK DR, SHORTHOUSE AJ. WIRE-DIRECTED LOCALIZATION BIOPSY OF THE BREAST: AN AUDIT OF RESULTS AND ANALYSIS OF FACTORS INFLUENCING THERAPEUTIC VALUE IN THE TREATMENT OF BREAST CANCER. EUR J SURG ONCOL 1997; 23:128-33.
15. HALL FM, STORELLA JM, SILVERSTONE DZ, WYSHAK G. NONPALPABLE BREAST LESIONS: RECOMMENDATIONS FOR BIOPSY BASED ON SUSPICION OF CARCINOMA AT MAMMOGRAPHY. RADIOLOGY 1988; 167:353-8.
16. HELVIE MA, IKEDA DM, ADLER DD. LOCALIZATION AND NEEDLE ASPIRATION OF BREAST LESIONS: COMPLICATIONS IN 370 CASES. AM J ROENTGENOL 1991; 157:711-4
17. DAUPLAT J, DEPADT G, ABBES M ET AL. STANDARDS, OPTIONS AND RECOMMENDATIONS FOR THE PRACTICE OF ONCOLOGIC SURGERY. NATIONAL FEDERATION OF CENTERS FOR THE FIGHT AGAINST CANCER. BULL CANCER 1995; 82:795-810.

18. HOLLAND R, HENDRIKS JH, VEBEEK A ET AL. EXTENT, DISTRIBUTION, AND MAMMOGRAPHIC/HISTOLOGICAL CORRELATIONS OF BREAST DUCTAL CARCINOMA IN SITU. LANCET 1990 ; 335:519-22
19. FONDRINIER E, LORIMIER G. CURRENT MANAGEMENT OF DUCTAL CARCINOMA IN SITU. EUR J SURG ONCOL 1998; 24:155-6
20. CHARPIN C, BONNIER P, HABIB MC ET AL. X-RAYING OF SLICED SURGICAL SPECIMENS DURING SURGERY: AN IMPROVEMENT OF THE HISTOLOGICAL DIAGNOSIS OF IMPALPABLE BREAST LESIONS WITH MICROCALCIFICATIONS. ANTICANCER RES 1992; 12:1737-46
21. SCHWARTZ GF, CARTER DL, CONANT EF, GANNON FH, FINKEL GC, FEIG SA. MAMMOGRAPHICALLY DETECTED BREAST CANCER. NONPALPABLE IS NOT A SYNONYM FOR INCONSEQUENTIAL. CANCER 1994;73:1660-5
22. MIRAS T, SEFFERT P, MEHDI A. LES LESIONS MAMMAIRES INFRA CLINQUES. A PROPOS D'UNE ETUDE RETROSPECTIVE DE 261 CAS. J GYNECOL OBSTET BIOL REPROD 2000;29:469-77
23. LAZARUS E, MAINIERO MB, SCHEPPS B, KOELLIKER SL, LIVINGSTON LS. BI-RADS LEXICON FOR US AND MAMMOGRAPHY: INTEROBSERVER VARIABILITY AND POSITIVE PREDICTIVE VALUE. RADIOLOGY 2006; 239:385-91
24. RESENDE LM, MATIAS MA, OLIVEIRA GM ET AL. EVALUATION OF BREAST MICROCALCIFICATIONS ACCORDING TO BREAST IMAGING REPORTING AND DATA SYSTEM (BI-RADS) AND LE GAL'S CLASSIFICATIONS. REV BRAS GINECOL OBSTET 2008; 30:75-9
25. CHEREL P, BECETTE V, HAGAY C. STELLATE IMAGES: ANATOMIC AND RADIOLOGIC CORRELATIONS. EUR J RADIOL 2005; 54:37-54
26. VENKATESAN A, CHU P, KERLIKOWSKE K ET AL. POSITIVE PREDICTIVE VALUE OF SPECIFIC MAMMOGRAPHIC FINDINGS ACCORDING TO READER AND PATIENT VARIABLES. RADIOLOGY 2009; 250:648-57

27. NEWSTEAD GM, BAUTE PB, TOTH HK. INVASIVE LOBULAR AND DUCTAL CARCINOMA: MAMMOGRAPHIC FINDINGS AND STAGE AT DIAGNOSIS. RADIOLOGY 1992; 184:623-7
28. ZONDERLAND HM, COERKAMP EG, HERMANS J ET AL. DIAGNOSIS OF BREAST CANCER: CONTRIBUTION OF US AS AN ADJUNCT TO MAMMOGRAPHY. RADIOLOGY 1999; 213:413-22
29. OZDEMIR A, OZNUR II, VURAL G ET AL. TL-201 SCINTIGRAPHY, MAMMOGRAPHY AND ULTRASONOGRAPHY IN THE EVALUATION OF PALPABLE AND NONPALPABLE BREAST LESIONS: A CORRELATIVE STUDY. EUR J RADIOL 1997; 24:145-54
30. KERLIKOWSKE K, GRADY D, RUBIN SM, SANDROCK C, ERNSTER VL. EFFICACY OF SCREENING MAMMOGRAPHY, A META-ANALYSIS. JAMA 1995;273:149-54
31. WAIT SH. LE COUT DU DEPISTAGE DU CANCER DU SEIN. BULL CANCER 1996 ;83:769-72
32. HADJ TAIEB H. PRISE EN CHARGE DES LESIONS MAMMAIRES INFRACLINIQUES : A PROPOS DE 173 OBSERVATIONS. THESE DE MEDECINE, SFAX 2006.
33. JOURNAL NATIONAL MAROCAIN DE PRESENTATION ET CONTROL DU CANCER 2004 MINISTERE DE LA SANTE MAROCAINE.

RESUME

OBJECTIF= RAPPORTER LES RESULTATS DE LA VERIFICATION CHIRURGICALE DES LESIONS MAMMAIRES INFRA CLINIQUES, CHEZ DES PATIENTES AYANT DES ANTECEDENTS PERSONNELS OU FAMILIAUX DE CANCER DE SEIN , OU AYANT BENEFICIE D'UN DEPISTAGE INDIVIDUEL.

MATERIEL ET METHODES= NOTRE ETUDE RETROSPECTIVE A CONCERNE 50 PATIENTES COLLIGÉES DE JANVIER 2010 A DECEMBRE 2012, OPERÉES POUR DES LESIONS TISSULAIRES INFRA CLINIQUES OU MICRO CALCIFICATIONS, AU SERVICES DE GOII CHU HASSAN II DE FES ;LE DIAGNOSTIC ETAIT BASE SUR UNE EXPLORATION ECHO MAMMOGRAPHIQUE , TOUS LES REPERAGES ETAIENT EFFECTUES DANS LE SERVICE DE RADIOLOGIE MERE ET ENFANT CHU HASSAN II ,L'ETUDE HISTOLOGIQUE ETAIT EFFECTUE AU SERVICE D'ANATOMOPATHOLOGIE CHU HASSAN II.

NOUS AVONS COMPARE LES RESULTATS DE L'ETUDE HISTOLOGIQUE DES PIECES DE TUMORECTOMIE A LEUR CLASSIFICATION ACR.

RESULTAT= NOUS AVONS EFFECTUE 54 VERIFICATION CHIRURGICALES VUE QUE 4 PATIENTES AVAIENT DEUX LESIONS , ELLES ONT CONCERNE DES LESIONS ACR3 DANS 11 CAS (20%) ACR4 DANS 31 CAS (58%) ET ACR 5 DANS 12 CAS (22%).

L'ETUDE ANATOMOPATHOLOGIQUE A CONCLU A DES LESIONS MALIGNES DANS 44% DES LESIONS ACR4 ET 34 % DES LESIONS ACR 5 CHEZ LES PATIENTES AVEC ANTECEDENTS PERSONNELS DE CANCER DE SEIN CONTRE 22% POUR LES LESIONS ACR3 CHEZ LA MEME CATEGORIE DES PATIENTES, .ALORS QUE DANS LE CADRE DE DEPISTAGE 64% DES LESIONS TISSULAIRES ACR5 ETAIENT MALIGNES CONTRE 36% DES LESIONS ACR4 .POUR LES MICROCALCIFICATIONS 66% DES LESIONS ACR4 ETAIENT MALIGNES CHEZ LES PATIENTES AYANT DES ANTECEDENTS PERSONNELS CONTRE 44% DES LESIONS ACR5 MALIGNES CHEZ LES MEMES PATIENTES ,ALORS QUE LES MICROCALCIFICATIONS DECOUVERTES LORS DE DEPISTAGE OU CHEZ LES PATIENTES AVEC ANTECEDENTS FAMILIAUX DE CANCER ETAIENT TOUTES BENIGNES.

CONCLUSION = NOTRE ETUDE PRELIMINAIRE CHEZ DES PATIENTES DEJA SUIVIES POUR CANCER DU SEIN, ayant des antécédents familiaux de cancer de sein ou ayant bénéficié d'un dépistage individuel A PERMIS LE DIAGNOSTIC ET LA PRISE EN CHARGE A UN STADE PRECOCE DES LESIONS INFRA CLINIQUES MALIGNES. NOTRE ECART, PAR RAPPORT A LA LITTERATURE PEUT ETRE EXPLIQUER PAR UN SURCLASSEMENT DES LESIONS.

MOTS CLES = SEIN. LESION INFRA CLINIQUES. ÉCHO MAMMOGRAPHIE. LESIONS TISSULAIRES MICRO CALCIFICATIONS. REPERAGE. CHIRURGIE.
