

L'utilisation judicieuse de l'IRM en imagerie du sein.

Marilyn Isabel MD, Normand Gauthier MD

Département de radiologie, Université de Sherbrooke, Québec, Canada



L'IRM mammaire

L'IRM mammaire se taille une place de plus en plus importante en imagerie du sein. Bien que le dépistage, le diagnostic et le suivi des lésions mammaires reposent encore sur le couple mammographie / échographie principalement, l'IRM s'avère un complément utile dans certaines situations bien précises.

La grande sensibilité de l'IRM est un atout majeur. Cependant, sa faible spécificité oblige une étroite corrélation avec les trouvailles mammographiques et échographiques pour départager les lésions bénignes des lésions suspectes ou malignes, et ne pallie pas le besoin de biopsier les lésions suspectes (Birads IV et V) après une investigation complète standard.

Malgré son utilisation croissante, l'IRM mammaire demeure un examen dispendieux et d'accès limité. L'attente parfois longue pour l'examen peut augmenter les délais de prise en charge des patientes. Ce délai doit être justifié par une modification significative dans la prise en charge envisagée et doit être discuté au préalable avec l'équipe multidisciplinaire.

EN DÉPISTAGE

IRM mammaire annuelle chez les patientes confirmées à haut risque :

- Patiente ou personne apparentée au 1er degré avec BRCA-1 ou BRCA-2.
- Syndrome Li-Fraumeni (TP53), Cowden (PTEN) ou autre chez la patiente ou sa parenté au 1er degré.
- Risque de cancer du sein supérieur à 20-25% à vie, malgré une évaluation génétique négative.
- Antécédent d'irradiation thoracique entre l'âge de 10 et 30 ans. Débuter 8 ans après les traitements.

IRM mammaire chez les patientes présumées à haut risque, en attendant une évaluation génétique formelle :

- Mutation à risque identifiée dans la famille proche.
- Au moins 3 personnes apparentées au 1er ou 2e degré avec cancer du sein ou de l'ovaire (même branche familiale).
- Au moins 2 personnes apparentées au 1er ou 2e degré avec cancer du sein ou de l'ovaire (même branche familiale),

et au moins un des facteurs de risque élevés suivants :

- cancer du sein bilatéral;
- cancer du sein avant 40 ans;
- homme ayant présenté un cancer du sein;
- diagnostic concomitant de cancer du sein et de l'ovaire.

SUIVI D'IMPLANTS MAMMAIRES

- Implants en silicone uniquement.
- Suspicion de rupture intra ou extracapsulaire, en complément à l'échographie ou à la mammographie.
- Suspicion de lymphome anaplasique à grandes cellules associé à l'implant (évaluation de l'épanchement périprothétique).

QUAND NE PAS FAIRE D'IRM

Il n'est pas justifié d'utiliser l'IRM mammaire sur la base des facteurs de risque isolés suivants :

- Seins denses;
- Histoire familiale augmentant légèrement le risque;
- Antécédents personnels de néoplasie lobulaire (carcinome lobulaire in situ et hyperplasie lobulaire atypique) ou d'atypies.

- Calcifications indéterminées ou probablement bénignes (trop faible valeur prédictive négative de l'IRM pour ne pas biopsier).
- Lésion suspecte à la mammographie ou à l'échographie, avec biopsie techniquement réalisable.

EN RÉOLUTION DE PROBLÈME

En dernier recours après une investigation complète par mammographie, échographie et/ou tomosynthèse qui demeure insatisfaisante :

- Anomalie persistante sur une seule vue mammographique, sans corrélation échographique ou de corrélation incertaine.
- Changement lésionnel réel vs résultant de différences techniques entre les modalités comparatives.
- Biopsie stéréotaxique et échographique techniquement impossibles (non calcifiées, très postérieures, masquées par l'anesthésiant, etc.)
- Discordance radio-pathologique (anomalie pas clairement suspecte à la mammographie, doute sur le positionnement du marqueur par rapport à la « vraie » cible, etc.)

EN PRÉ-OPÉRATOIRE

Si elle peut modifier la prise en charge, une IRM de stadification devrait être prescrite dans ces cas :

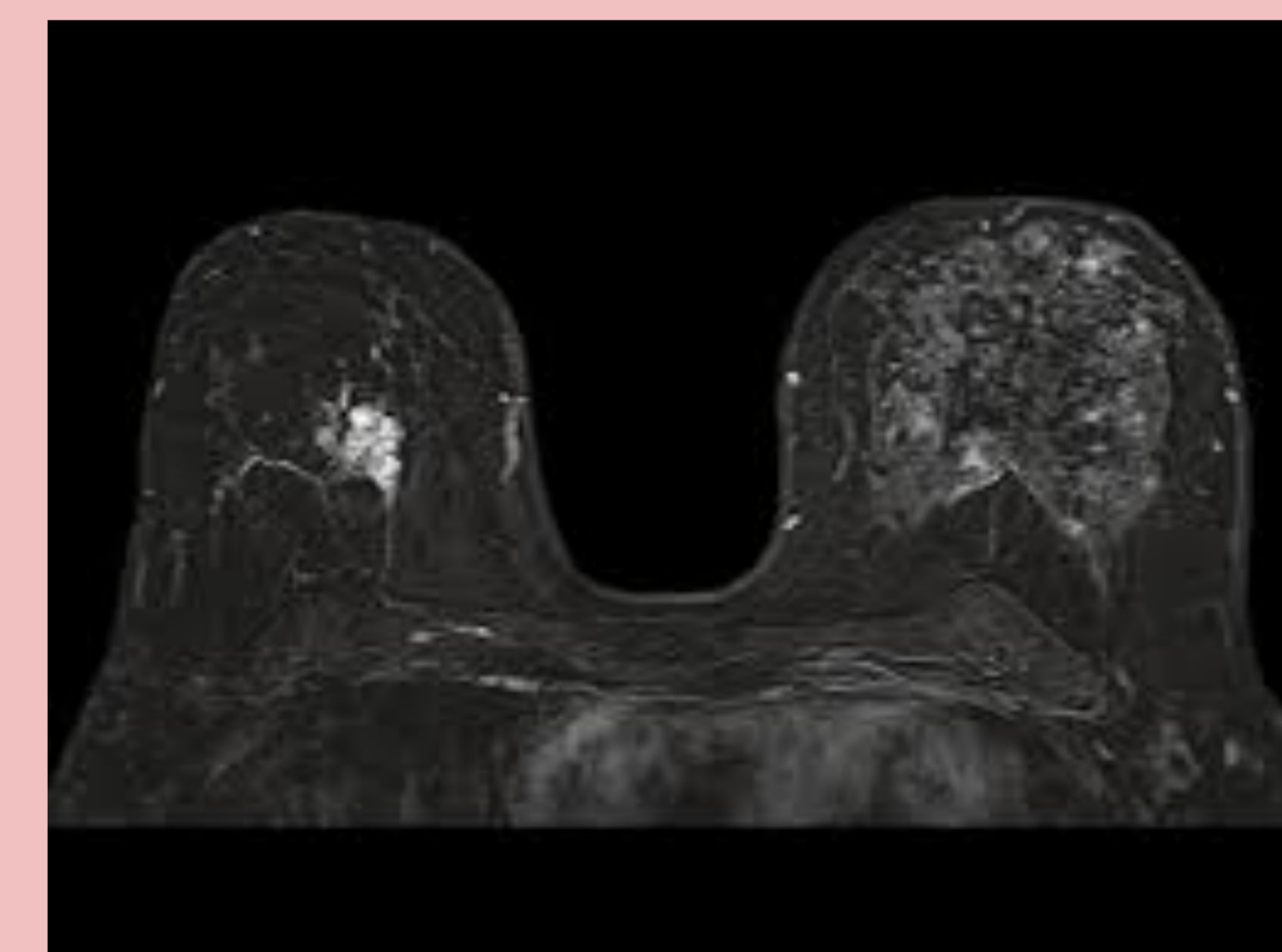
- Adénopathie maligne d'origine mammaire sans néoplasie primaire identifiée.
- Maladie de Paget.
- Chimiothérapie néoadjuvante (décision de concert avec le chirurgien-oncologue).
- Mastectomie prophylactique (idéalement moins de 6 mois avant la chirurgie).
- Possible envahissement des muscles de la paroi et du pectoral.

L'IRM de stadification pourrait aussi être utile dans certains cas de :

- Carcinome lobulaire infiltrant.
- Patiente de moins de 35 ans.
- Marges positives après une chirurgie (pour planifier une nouvelle exérèse).

D'autres cas particuliers pourraient être discutés en préopératoire :

- Cancers de type HER2+ ou triple négatif.
- Suspicion d'atteinte multifocale.
- Discordance de taille entre la mammographie et l'échographie.
- Seins denses et échographie sous-optimale.



Références:

Recommandations sur l'utilisation de l'imagerie par résonance magnétique, MSSS avril 2016, www.msss.gouv.qc.ca/cancer
Giess et al., Breast MR Imaging for Equivocal Mammographic Findings: Help or Hindrance? Radiographics (2016) 36:943-958.
Wong et al., Magnetic Resonance Imaging of Breast Augmentation: a Pictorial Review. Insights Imaging (2016) 7:399-410.

 UNIVERSITÉ DE
SHERBROOKE

Faculté de médecine
et des sciences de la santé