

Conduite à tenir devant une masse en mammographie

Bruno Boyer

PLAN DU CHAPITRE

Introduction	90	Les masses multiples	109
Étude sémiologique	91	Cas clinique 7	109
Cas clinique 1	91	Les opacités visibles sur une seule incidence ...	111
Cas clinique 2	95	Cas clinique 8	111
Cas clinique 3	98	Cas clinique 9	115
Cas clinique 4	102	Cas clinique 10	117
Cas clinique 5	104	Contexte postopératoire	120
Bien mesurer la masse	106	Cas clinique 11	120
Cas clinique 6	106	Cas clinique 12	123

Introduction

La découverte d'une opacité en mammographie va conduire à une étude sémiologique précise : d'abord confirmer qu'elle est présente sur les deux incidences (on parle alors de masse ou d'anomalie occupant un volume alors qu'on parlera d'asymétrie lorsqu'elle n'est visible que sur une seule incidence), puis apprécier sa

densité, sa forme et surtout ses contours [1]. Parfois, le diagnostic sera évoqué d'emblée après la mammographie. Le plus souvent, une échographie complémentaire sera nécessaire après avoir bien localisé l'anomalie en mammographie. Après l'échographie, on déterminera si la masse peut être considérée comme bénigne, si elle doit être surveillée ou si elle doit faire l'objet d'une vérification biopsique.

Étude sémiologique

Cas clinique 1

Mammographie systématique. Examen clinique normal.

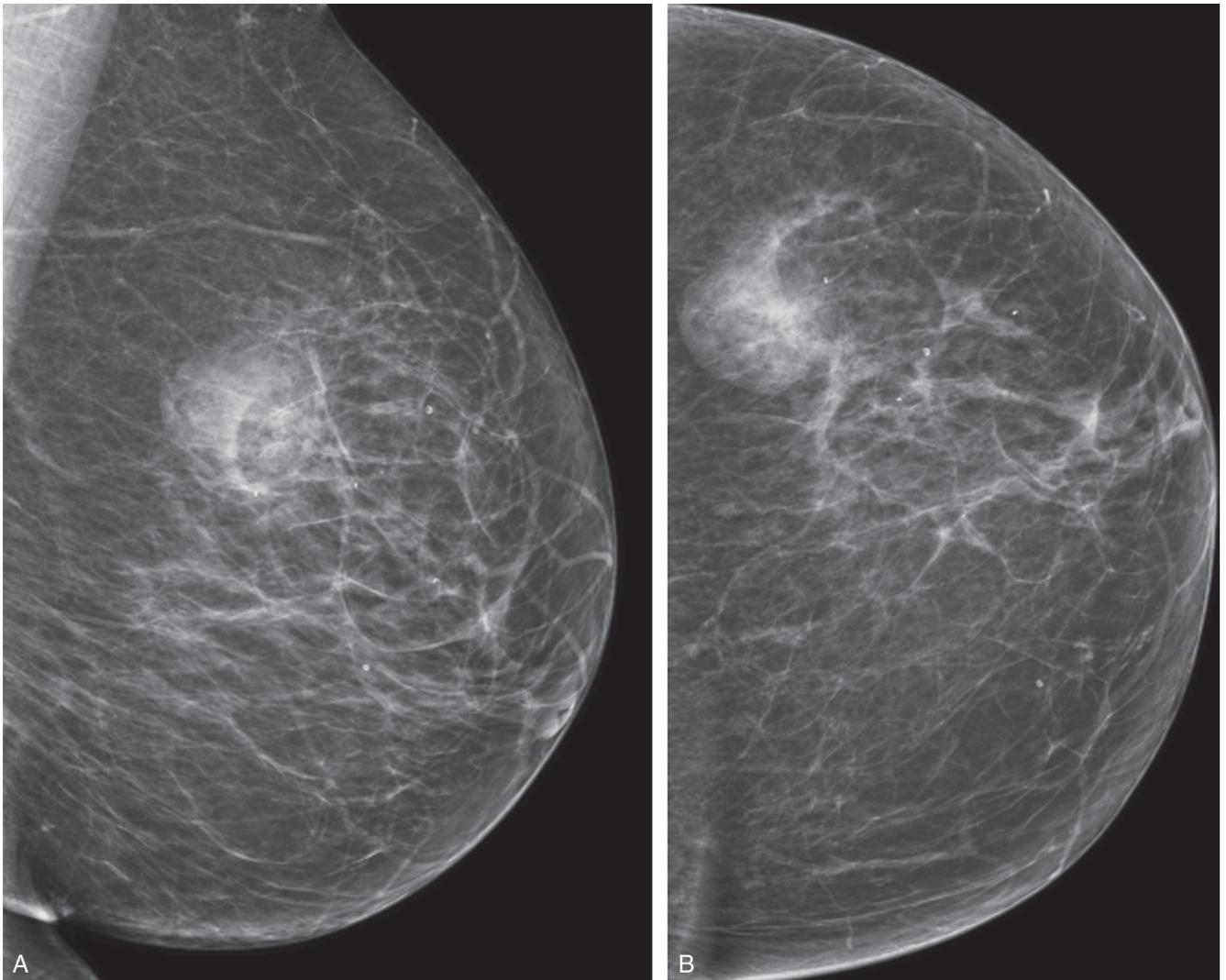


Fig. 4.1 Mammographie gauche en incidence oblique (A) et de face (B).

Comment interprétez-vous cette mammographie ?

Il existe une masse arrondie circonscrite supéro-externe gauche.

Quel autre élément sémiologique peut-on décrire ?

Sa densité. La masse est en majorité isodense au parenchyme, mais il semble exister des plages radioclares au sein de la masse. Cette hypothèse est confirmée par la tomosynthèse (fig. 4.2).

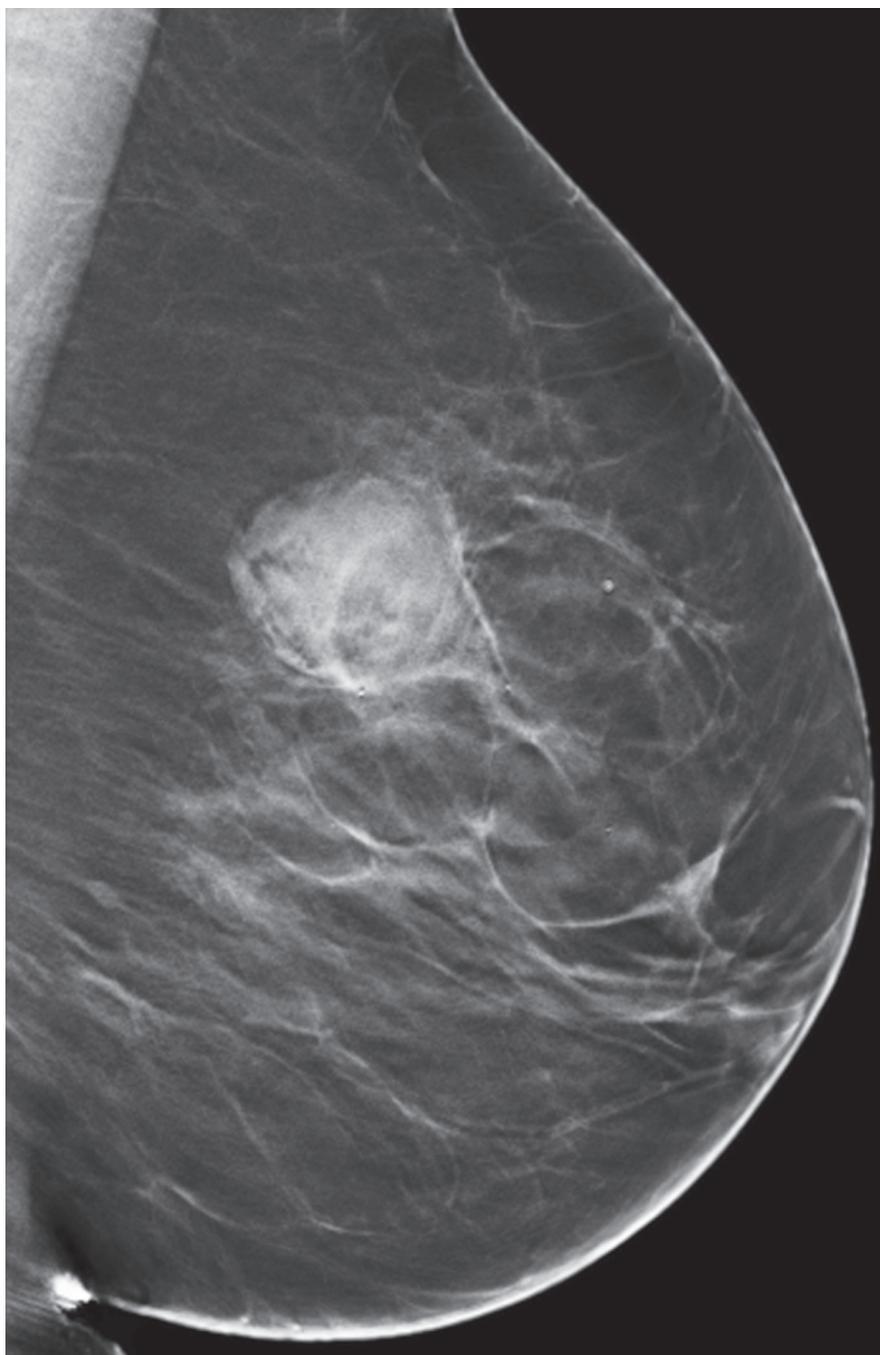


Fig. 4.2 Tomosynthèse en incidence oblique.

Quel diagnostic peut-on évoquer ?

Devant une masse circonscrite, on va discuter en premier lieu un adénofibrome ou un kyste (tableau 4.1).

Tableau 4.1 Masses typiquement bénignes (ACR 2) en mammographie en fonction de leur tonalité.

Tonalité	Diagnostic
Mixte (présence de graisse)	Ganglion (arciforme) Hamartome
Radioclaire	Lipome Kyste huileux
Calcifications pariétales	Kyste
Calcifications périphériques ou macrocalcifications	Adénofibrome

Mais la présence de plages radioclares témoigne d'un contenu partiellement graisseux ; il s'agit donc d'un hamartome ou adénofibrolipome qui associe en proportion variable du tissu fibroglandulaire et de la graisse au sein d'une lésion circonscrite. Lorsqu'il existe une proportion plus importante de graisse que de tissu fibroglandulaire, le diagnostic est aisé et l'hamartome est facilement reconnu en mammographie, donnant l'image du « sein dans le sein » ou l'aspect en « tranche de saucisson » (fig. 4.3).

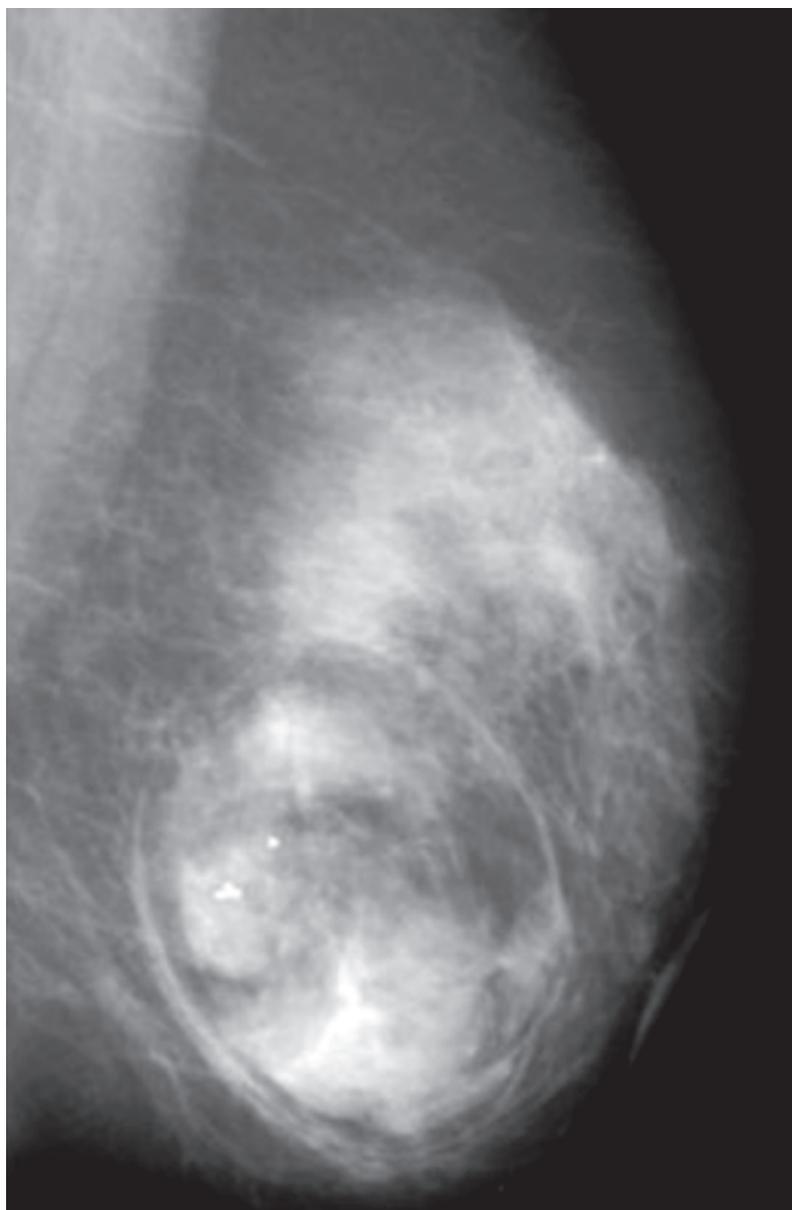


Fig. 4.3 Mammographie gauche en incidence oblique. Hamartome typique donnant l'image en « tranche de saucisson ». Noter que des calcifications peuvent être présentes au sein de l'hamartome.

Aucun examen supplémentaire n'est alors nécessaire.

Cependant, lorsque la graisse est en faible quantité comme dans notre dossier, le diagnostic est plus difficile : la tomosynthèse facilitera la recherche de graisse dont la présence permet de poser le diagnostic. En cas de doute,

l'échographie (fig. 4.4), en montrant la présence d'une masse entourée par un fin liseré hyperéchogène, à contenu mixte, isoéchogène à la graisse et hyperéchogène (tissu fibroglandulaire) confirmera le diagnostic.

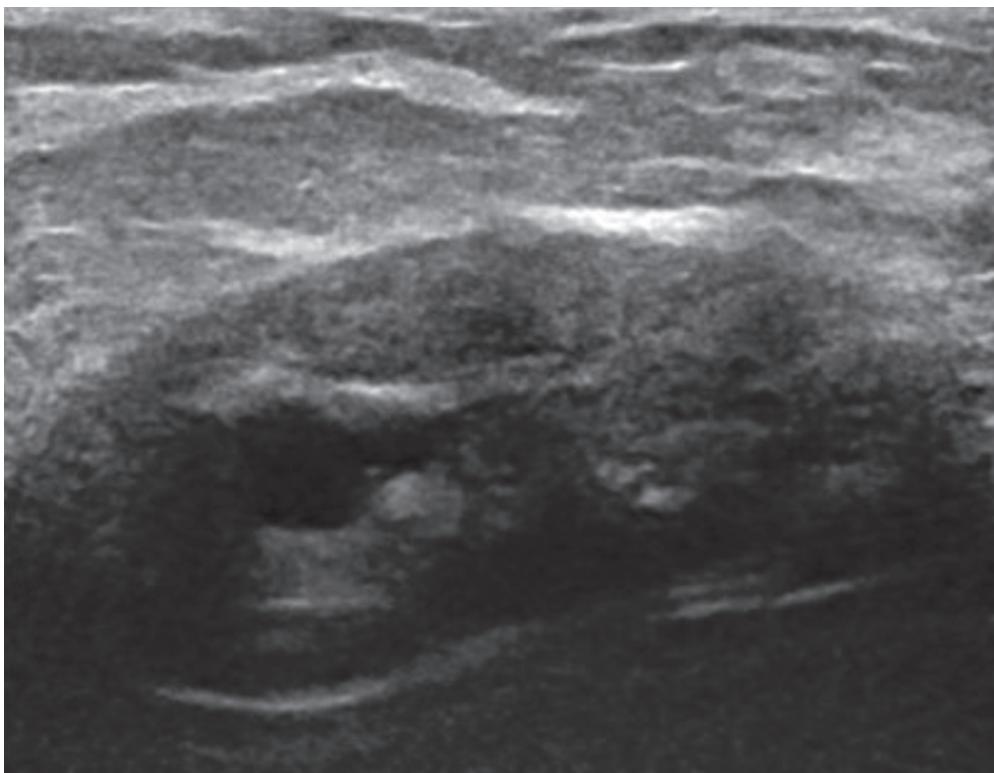


Fig. 4.4 Échographie mammaire. Masse circonscrite d'échostructure mixte et entourée par un liseré hyperéchogène : hamartome.

Cas clinique 2

Mammographie systématique.

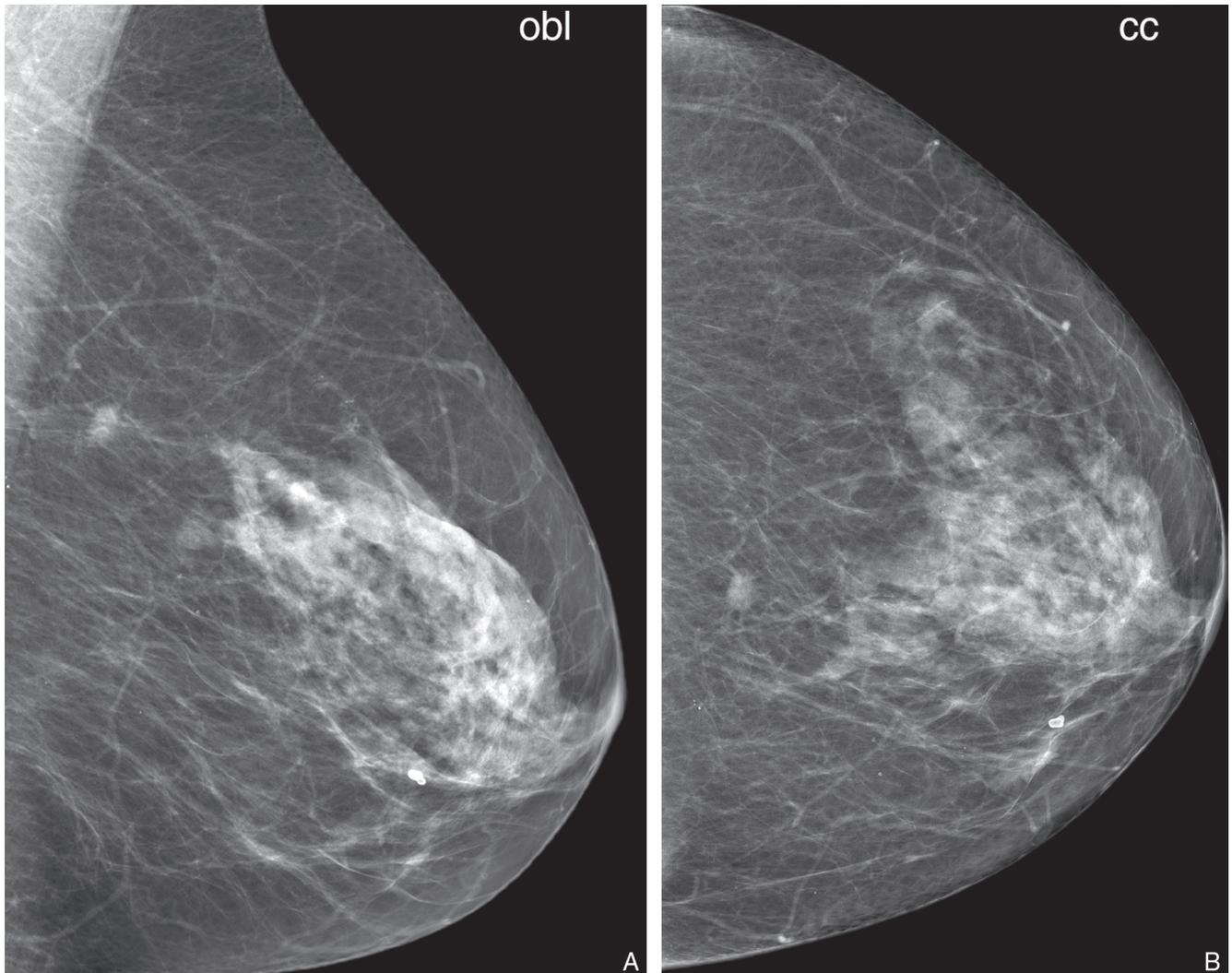


Fig. 4.5 Mammographie gauche en incidence oblique (A) et de face (B).

Que décrivez-vous ?

Il existe une masse du quadrant supéro-interne gauche de forme arrondie mais de contours irréguliers.

Comment poursuivre ?

Il convient de préciser ses contours soit par une incidence localisée, soit par une tomosynthèse. Ici, c'est un localisé qui a été réalisé.

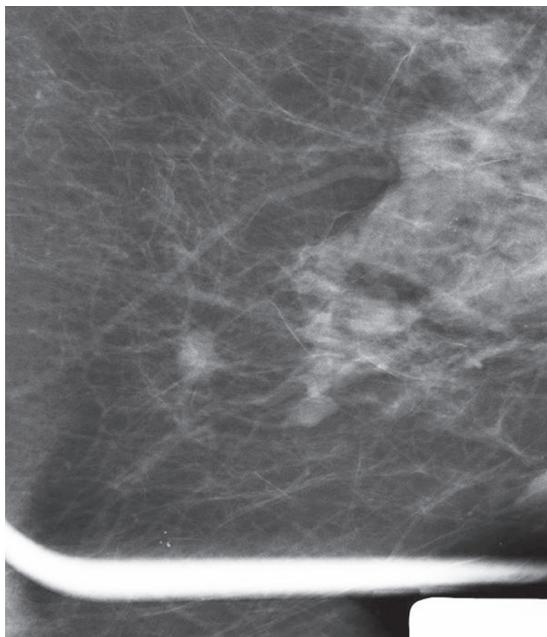


Fig. 4.6 Mammographie gauche de face en compression localisée. Masse à contours non circonscrits.

Qu'en pensez-vous ?

L'incidence localisée confirme que les contours ne sont pas parfaitement circonscrits.

En l'absence de traduction échographique, l'anomalie a été classée ACR 3. La patiente revient donc à 6 mois pour une nouvelle mammographie (fig. 4.7), complétée cette fois par une tomosynthèse (fig. 4.8).

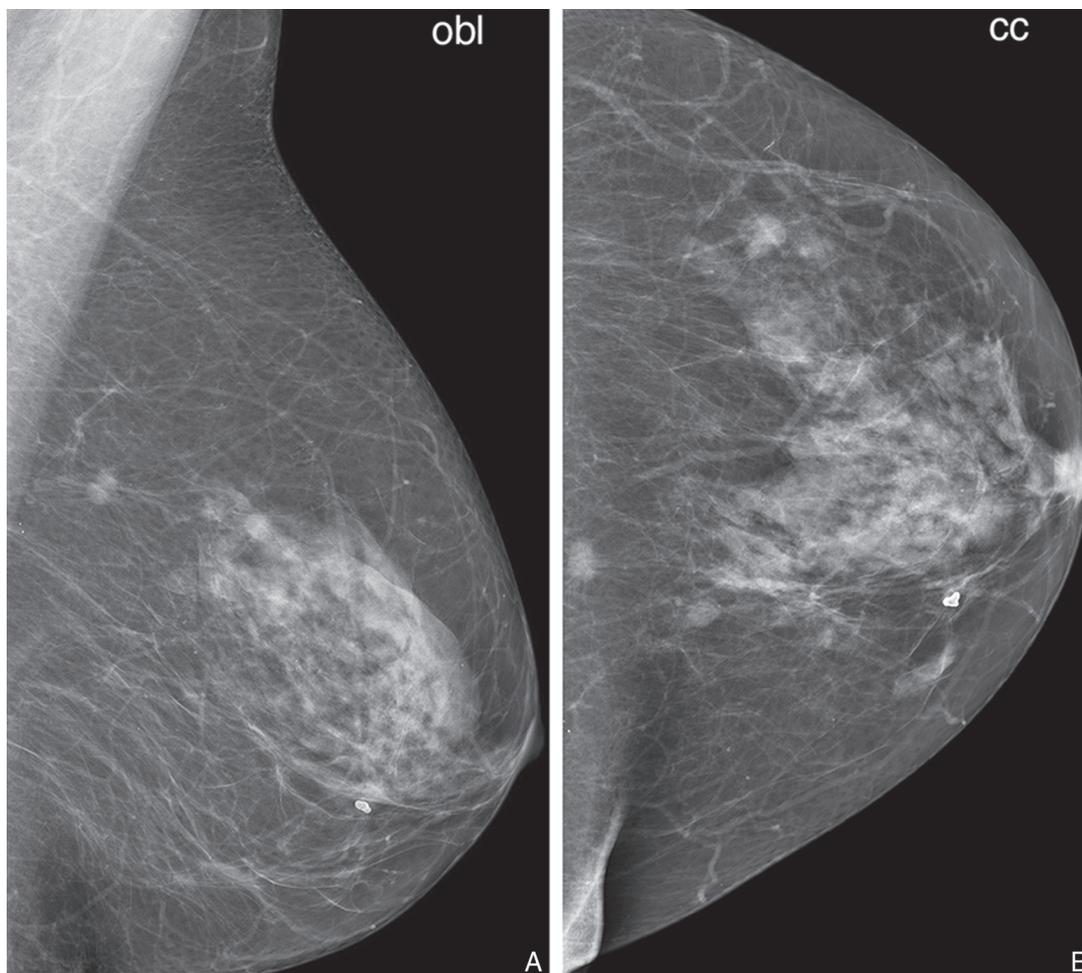


Fig. 4.7 Mammographie gauche en incidence oblique (A) et de face (B, contrôle à 6 mois).



Fig. 4.8 Tomosynthèse gauche en incidence oblique gauche.

Qu'en pensez-vous ?

Il n'y a pas de modification de taille de la lésion, mais la tomosynthèse montre que la masse présente des contours spiculés.

Vous poursuivez par une échographie qui ne montre toujours pas d'anomalie en dehors de kystes infracentimétriques.

Comment classez-vous la lésion ?

La lésion ne s'est pas modifiée en taille mais ses contours sont spiculés :

- *1^{er} adage* : « la sémiologie prime sur la stabilité ». Bien que la taille de la lésion soit identique, ce sont ses contours spiculés qui sont l'élément prédominant et qui vont guider le classement ;

- *2^e adage* : « la modalité la plus péjorative prime ».

L'absence de traduction échographique ne doit ni raser, ni modifier le classement qui est déterminé sur l'aspect mammographique, c'est-à-dire le type des contours (tableau 4.2).

Tableau 4.2 Conduite à tenir devant une masse mammographique en fonction de ses contours.

Type de contours en mammographie	Conduite à tenir
Circonscrits	Échographie puis classement
Masqués	Échographie puis classement
Irréguliers	ACR 4 puis échographie
Microlobulés	ACR 4 puis échographie
Spiculés	ACR 5 puis échographie

Les contours spiculés rendent la lésion très suspecte et doivent la faire classer ACR 5.

Que proposez-vous ?

On pourrait être tenté de proposer une IRM devant la discordance mammo-échographique. Cependant, du fait que la lésion se situe dans un environnement grasseux, une biopsie stéréotaxique sous mammographie, ici techniquement réalisable, doit être préférée à une IRM dont l'indication doit être réservée aux « impasses diagnostiques ». La biopsie révélera un carcinome canalaire infiltrant.

Commentaire

On remarquera que les contours d'aspect assez semblable d'une mammographie standard à l'autre sont bien mieux étudiés sur la tomosynthèse (qui révèle leur caractère spiculé) que sur l'incidence localisée. Cependant, la première mammographie pratiquée 6 mois auparavant montrait déjà des contours irréguliers et la lésion aurait dû être classée non pas ACR 3 mais ACR 4, même en l'absence de traduction échographique. Le classement ACR 3 doit être réservé aux masses *circonsrites* non liquidiennes en échographie ou sans traduction échographique.

À retenir

Une masse mammographique sans traduction échographique doit être classée selon ses contours : ACR 3 s'ils sont circonscrits, ACR 4 s'ils sont irréguliers ou microlobulés et ACR 5 s'ils sont spiculés.

Cas clinique 3

Mammographie systématique. Examen clinique normal.

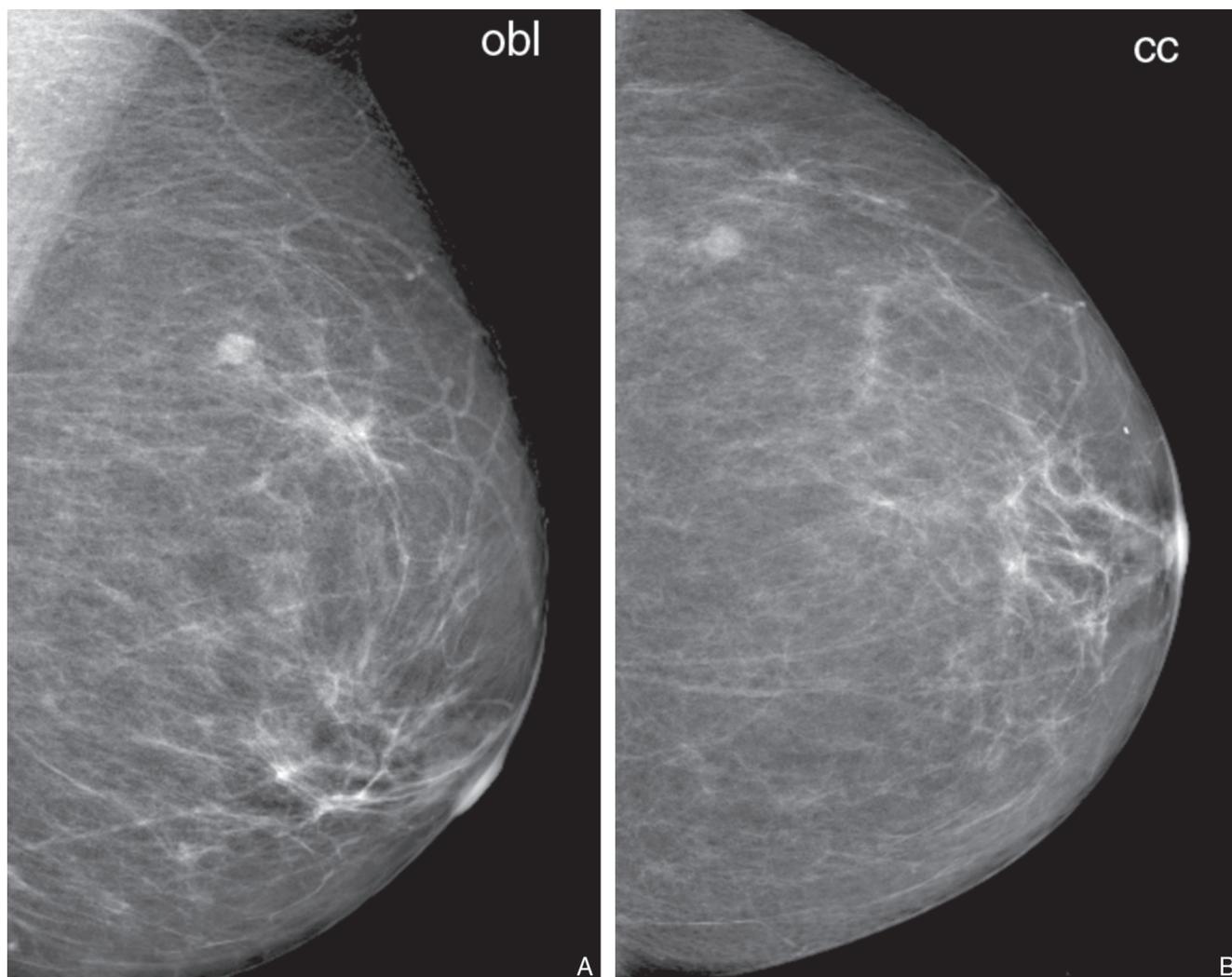


Fig. 4.9 Mammographie gauche en incidence oblique (A) et de face (B).

Comment décrivez-vous l'anomalie ?

Il existe une masse arrondie circonscrite dans le quadrant supéro-externe gauche.

Comment poursuivez-vous ?

Il convient de mieux préciser les contours de la masse (Fig. 4.10). Ici, une incidence en compression localisée a été réalisée qui a confirmé le caractère homogène et les contours circonscrits de la masse.

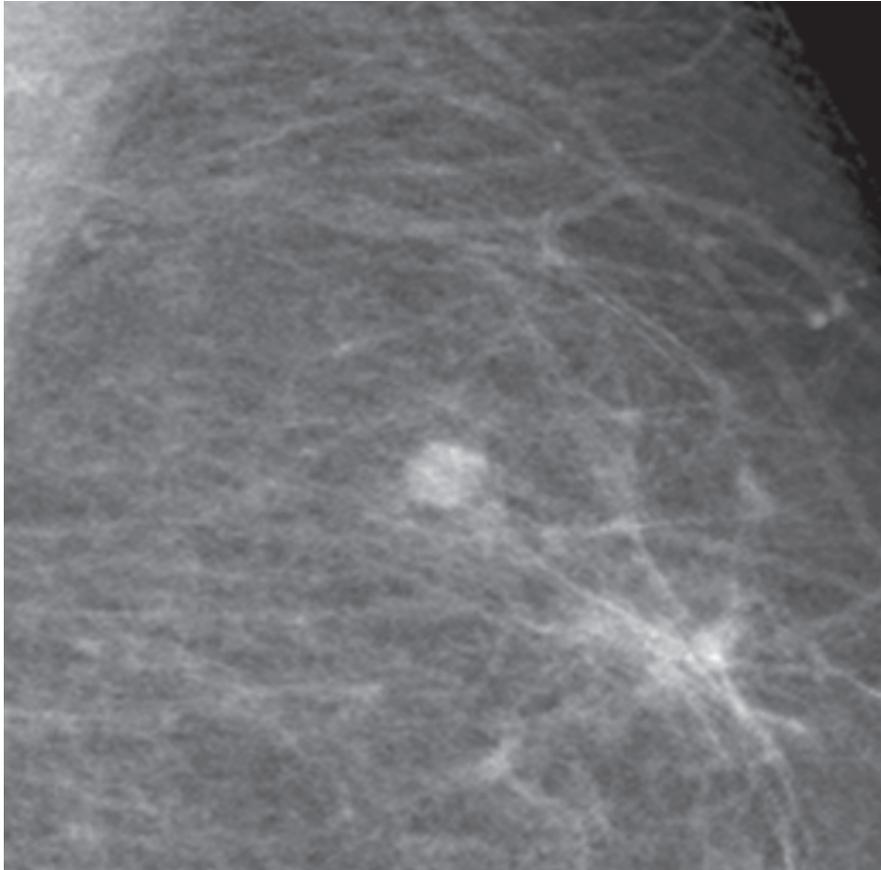


Fig. 4.10 Mammographie gauche en compression localisée.

On remarquera qu'une incidence de profil aurait permis de préciser les contours de l'anomalie, mais aussi de mieux la localiser, cette localisation précise étant importante car l'anomalie sera difficile à trouver en échographie dans un environnement grasseux.

L'échographie ne retrouve pas de masse dans le quadrant supéro-externe gauche et l'anomalie est classée ACR 3 avec demande de contrôle à 6 mois.

Êtes-vous d'accord ?

Oui, puisque ses contours sont circonscrits. Une masse circonscrite non liquidienne ou sans traduction échographique peut être classée ACR 3.

La patiente revient 9 mois plus tard.

Voici la mammographie avec comparaison au dossier antérieur.