

# Les cancers infiltrants de bon pronostic : trop ou pas assez ?

## Le surdiagnostic radiologique : place de l'IRM *Radiological overdiagnosis: role of MRI*

A. Tardivon, F. Thibault, A. Athanasiou, L. Ollivier,  
C. Malhaire, C. El Khoury et C. Ala Eddine

*Mots clés* : cancer du sein, IRM, bilan d'extension

*Keywords*: breast cancer, MRI, staging

## IRM et bilan d'extension locale des cancers du sein

Si l'on résume la méta-analyse publiée par Houssami et Hayes en 2008, analysant 19 études (total de 2 610 patientes, 9 prospectives, aucune avec randomisation) sur 35 publiées entre 1966 et 2007, la prévalence médiane des lésions surnuméraires homolatérales au cancer index détectées par l'IRM seule était de 16 % (6-34 %). La valeur prédictive positive (VPP) de l'IRM de ces anomalies surnuméraires était de 66 % (IC 95 % de 52 à 77 %) avec un rapport vrais positifs/faux positifs de 1,91 soit, pour 3 patientes avec un rehaussement IRM additionnel, une patiente avec un faux positif de l'IRM [1]. Ces faux positifs (pas de preuve histologique avant chirurgie) ont été à l'origine d'un sur-traitement chirurgical chez 6,6 %

*Notes*

des patientes (1,1 % de conversion en mastectomie – IC 95 % de 0,3 à 3,6) – et 5,5 % de chirurgie conservatrice plus extensive – IC 95 % de 3,1-9,5). Si on s'intéresse aux études où la malignité des foyers additionnels IRM a été prouvée, on obtient les résultats suivants : taux de conversion en mastectomies de 8,1 % (IC 95 % de 5,9 % à 11,3 %) et conversion en chirurgie conservatrice plus extensive de 11,3 % (IC 95 % de 6,8 % à 18,3 %).

Deux études prospectives incluses dans cette méta-analyse méritent d'être détaillées. La première (99 seins avec 158 lésions invasives et 30 *in situ*), monocentrique, a évalué l'IRM en comparaison avec la mammographie avec pour gold standard l'analyse de la pièce de mastectomie [2]. L'IRM a surestimé l'extension dans 30 seins (30 %), soit dans l'appréciation de la taille de 17 lésions unifocales et dans l'appréciation de la multifocalité ou centricité dans 13 seins. La seconde étude, multicentrique (426 patientes, âge de  $52 \pm 11$  ans, taille médiane du cancer index de 18 mm) a pris uniquement en considération les lésions surnuméraires détectées par l'IRM siégeant à plus de 2 cm du cancer index [3]. Vingt-quatre pour cent des patientes (n = 101) avaient au moins une lésion IRM surnuméraire isolée, considérée comme suspecte chez 83 patientes (73,5 % ont eu des biopsies avec un taux de cancer de 67,2 %). Donc en termes de faux positifs, 38 patientes (8,9 %) avaient une lésion additionnelle IRM isolée bénigne, soit 37,6 % des patientes avec au moins un rehaussement IRM surnuméraire isolée.

Une méta-analyse s'est intéressée aux performances de l'IRM dans la détection d'un cancer controlatéral synchrone [4]. Sur 32 études, 22 étaient éligibles (18 rapportant 123 cancers détectés par IRM chez 3 147 patientes, 4 études rapportant 8 cancers chez 106 patientes avec un cancer index de type lobulaire, soit un total de 131 cancers synchrones chez 4,1 % des patientes). Le taux de détection de l'IRM était de 9,3 % (vrais et faux positifs ; IC 95 % de 5,8 à 14,7 %), avec une VPP de 47,9 % (IC 95 % de 31,8 à 64,6 %) variant selon la réalisation (VPP de 57 %) ou non (VPP de 31 %) d'une échographie couplée à la mammographie, un rapport vrais positifs/faux positifs de 0,92, soit quasiment

Notes

pour 2 rehaussements IRM suspects, un rehaussement bénin. Trente-cinq pour cent de ces cancers étaient des cancers *in situ* (taille moyenne de 6,9 mm) ; la taille moyenne des cancers infiltrants était de 9,3 mm. Très peu d'études ont inclus des patientes consécutives (biais de sélection) et fourni des données sur l'impact de l'IRM et sur le suivi après traitement. Dans le peu d'études ayant décrit la prise en charge, la mastectomie a été réalisée aussi souvent si ce n'est plus qu'une chirurgie conservatrice et pour certaines sans preuve histologique du rehaussement IRM.

## Conclusion

L'utilisation systématique de l'IRM dans le bilan d'extension locale nécessite une organisation spécifique de prise en charge du fait des faux positifs qu'elle engendre. En moyenne, pour 100 bilans IRM, 20-25 % vont révéler une lésion surnuméraire homolatérale dont 50 % siégeant à plus de 2 cm du cancer index et dont une sur 3 va s'avérer bénigne ; 4 % des examens vont mettre en évidence une lésion IRM suspecte controlatérale dont 1 sur 2 va s'avérer bénigne. Le bilan standard ciblé (mammographie, échographie) va dans environ deux tiers des cas retrouver une anomalie qui sera aisément biopsiée sous guidage stéréotaxique ou échographique. Pour le tiers restant, seul un accès à l'interventionnel guidé par IRM permettra un diagnostic de la lésion surnuméraire. Ainsi et clairement, l'accès à l'IRM et à l'interventionnel sous IRM est la clé permettant d'éviter une augmentation significative du délai de prise en charge et d'un sur-traitement chirurgical. La Haute autorité de santé (HAS) retient comme possibles indications de l'IRM dans ce contexte pour le sein homolatéral : une discordance entre la clinique, la mammographie et l'échographie pouvant entraîner une modification de la prise en charge thérapeutique, un choix thérapeutique difficile (traitement néo-adjuvant, oncoplastie), les femmes de moins de 40 ans, les femmes à haut risque familial de cancer du sein. Concernant le sein controlatéral, aucune donnée ne permet d'affirmer ni d'infirmer l'utilité de la réalisation d'une IRM mammaire [5].

Notes

## Références

1. Houssami N, Ciatto S, Macaskill P *et al.* (2008) Accuracy and surgical impact of magnetic resonance imaging in breast cancer staging: systematic review and meta- analysis in detection of multifocal and multicentric cancer. *J Clin Oncol* 26: 3248-58
2. Sardanelli F, Giuseppetti GM, Panizza P *et al.* (2004) Sensitivity of MRI versus mammography for detecting foci of multifocal, multicentric breast cancer in fatty and dense breasts using whole-breast pathologic examination as a gold standard. *Am J Roetgenol* 183: 1149-57
3. Schnall MD, Blume J, Bluemke DA *et al.* (2005) MRI detection of distinct incidental cancer in women with primary breast cancer studied in IBMC 6883. *J Surg Oncol* 92: 32-8
4. Brennan ME, Houssami N, Lord S *et al.* (2009) Magnetic resonance imaging screening of the controlateral breast in women with newly diagnosed breast cancer: systematic review and meta-analysis of incremental cancer detection and impact on surgical management. *J Clin Oncol* 27: 5640-9
5. HAS, service d'évaluation des actes professionnels. Place de l'IRM mammaire dans le bilan d'extension loco-régionale pré-thérapeutique du cancer du sein. Mars 2010. Téléchargeable sur le site [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

L'auteur a déclaré n'avoir aucun lien d'intérêt.

Notes