

9

Masses échographiques kystiques : À négliger ? À prélever ? À opérer ?

M. Boissierie-Lacroix*, A. Syed, G. Hurtevent-Labrot et S. Ferron
Unité de Sénologie, Institut Bergonié, 33076 Bordeaux Cedex

Les masses kystiques à l'échographie sont extrêmement fréquentes. Nous proposons une revue iconographique de leurs différents aspects, avec application de la classification BI-RADS [1] et détermination de la conduite à tenir. L'enjeu est d'éviter un geste interventionnel quand le kyste est simple ou « compliqué », et de ne pas méconnaître un cancer devant un amas de microkystes ou une masse complexe (fig. 1).

Les kystes simples et les kystes « compliqués » présentant des échos internes mobiles ou une image de niveau, à paroi fine, classés ACR 2, ne nécessitent de ponction qu'en cas de sensibilité [1]. La mobilité des échos est essentielle pour différencier un kyste compliqué (ACR 2) d'une masse complexe (ACR 4).

Les kystes à contenu épais ou à paroi épaissie, classés probablement bénins (ACR3), nécessitent en fonction du contexte clinique une surveillance ou une cytoponction à visée diagnostique voire une microbiopsie. Il s'agit le plus souvent de kystes inflammatoires.

Les amas de microkystes sont habituellement bénins (ACR2), mais à surveiller (ACR3) voire prélever quand ils sont de petite taille, de situation profonde, apparus en post-ménopause ou chez une femme à haut risque de cancer [2]. Dans le contexte de haut risque, l'amas de microkystes est classé ACR 4 et peut correspondre à un carcinome intracanalair.

Les masses complexes, à composante liquidienne et solide sont classées ACR4, le taux de malignité étant de 23 à 31 % [3]. Elles recouvrent un large éventail de pathologies (hématome, adénofibrome, lésion papillaire bénigne ou maligne, carcinome canalaire). La conduite à tenir n'est pas consensuelle, à savoir geste interventionnel (microbiopsie ou macrobiopsie par aspiration) ou chirurgie d'emblée.

Un algorithme décisionnel résumera la stratégie diagnostique. La surveillance est effectuée à un intervalle de 4-6 mois, 6 mois, 1 an. La biopsie dans ce type de lésions est d'autant plus délicate que le geste peut « effondrer » la composante liquidienne et faire disparaître l'image. La pose d'un clip est nécessaire à la fin du geste. Le choix de la procédure interventionnelle (14G ou 11G sous aspiration) se décide, éventuellement en réunion multidisciplinaire, en fonction de la taille

de la composante tissulaire et des possibilités du plateau technique interventionnel, les macrobiopsies 11G sous échographie étant encore peu répandues. À la réception des résultats, il est essentiel d'établir une corrélation radio-histologique pour s'assurer d'une bonne concordance, toute discordance faisant proposer de nouveaux prélèvements ou une intervention chirurgicale.

En conclusion, l'échographie est essentielle pour identifier, caractériser et si besoin prélever les masses kystiques qui répondent à de nombreuses entités. La prise en charge de ces images est un problème quotidien pour lequel il importe de ne pas être trop invasif [4].

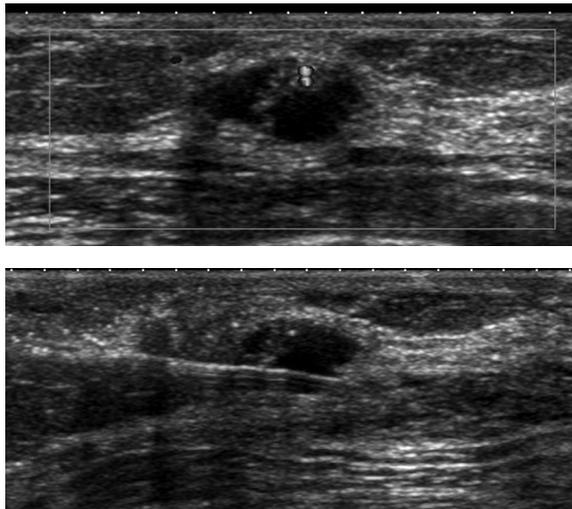


Figure 1 – 64 ans, découverte mammographique d'une masse ovale de 1 cm ACR 3. A : Échographie : masse liquidienne de 1 cm avec portion charnue vascularisée de 4 mm. B : Macrobiopsie sous échographie : exérèse totale de la masse. Pose de clip. Carcinome intracanalair.

Références

1. American College of Radiology (2003) *ACR BI-RADS ultrasound*. In: *ACR breast imaging and data system, breast imaging atlas*. Reston, Va: American College of Radiology
2. Berg WA, Sechtin AG, Marques H, Zhang Z (2010) *Cystic breast masses and the ACRIN 6666 experience*. *Radiol Clin North Am* 48: 921-87
3. Doshi DJ, March DE, Giovanni MC, Coughin BF (2007) *Complex cystic breast masses: diagnostic approach and imaging-pathologic correlation*. *RadioGraphics* 27: 53-64
4. Daly CP, Bailey JE, Klein KA, Helvie MA (2008) *Complicated breast cysts on sonography: is aspiration necessary to exclude malignancy?* *Acad Radiol* 15: 610-7