

LÉSIONS CLASSÉES ACR3 DANS LE PROGRAMME DE DÉPISTAGE MAMMOGRAPHIQUE DU CANCER DU SEIN DU GOUVERNORAT DE L'ARIANA : PROFIL ET DIFFICULTÉS DE PRISE EN CHARGE

Mehiri S.*, Arous Y.*, Salem A.*, Bouchlaka A.**, Kribi L.*, Sellemi M.*, Hamza R.*, Mnif N.*, Gueddana N.**

* Service de radiologie, hôpital Charles Nicolle - Tunis

** Office national de la famille et de la population – Ariana

Mehiri S., Arous Y., Salem A., Bouchlaka A., Kribi L., Sellemi M., Hamza R., Mnif N., Gueddana N.

LÉSIONS CLASSÉES ACR3 DANS LE PROGRAMME DE DÉPISTAGE MAMMOGRAPHIQUE DU CANCER DU SEIN DU GOUVERNORAT DE L'ARIANA : Profil et difficultés de prise en charge

LA TUNISIE MEDICALE - 2009 ; Vol 87 - (n°07) : 458 - 462

Mehiri S., Arous Y., Salem A., Bouchlaka A., Kribi L., Sellemi M., Hamza R., Mnif N., Gueddana N.

LESIONS CLASSIFIED ACR3 WITH THE BREAST CANCER SCREENING MAMMOGRAPHY PROGRAM OF L'ARIANA STATE : FEATURES AND PROBLEMS ENCOUNTERED

LA TUNISIE MEDICALE - 2009 ; Vol 87 - (n°07) : 458 - 462

RÉSUMÉ

Buts : Travail rétrospectif ayant pour but d'évaluer l'efficacité et la qualité du contrôle des mammographies classées ACR3 dans le cadre du projet de recherche sur le dépistage du cancer du sein par mammographie de l'Ariana.

Matériels et méthodes : Un complément d'exploration clinique, mammographique, échographique ou radiologique est indiqué devant les mammographies classées ACR3. La surveillance et le délai de contrôle sont expliqués à la patiente par le radiologue.

Résultats : 6,6% des mammographies sont classées ACR 3 dans notre série dont 71,3% âgées de moins de 50 ans. Les seins étaient très denses dans 20,5% des cas, et radio transparents dans 6 % des cas. Un bilan complémentaire a été réalisé dans 94,5% des cas comportant un cliché de profil dans 52% des cas, un cliché agrandi dans 22,1%, une compression dans 24,9% et une échographie dans 82,5%. 126 femmes ont été perdues de vue au 1er contrôle, 32 femmes au 2ème contrôle et 19 femmes sont perdues de vue au 3ème contrôle. Après deux ans de surveillance, 219 femmes ont été reclassées en ACR2. Chez 2 patientes, on a découvert un carcinome canalaire infiltrant au premier contrôle à 4 mois.

Conclusion : La catégorie 3 du BI-RADS est celle qui présente la plus grande variabilité inter et intra observateur. Le garant du probablement bénin réside dans la rigueur de l'analyse des images nécessitant une grande expérience du radiologue et un bilan complémentaire exhaustif. Dans cette étude, ce bilan a été souvent lourd en relation avec la fréquence de seins denses en rapport avec le jeune âge des patientes. Par ailleurs, pour cette catégorie particulière, la nécessité d'un apprentissage et d'une formation médicale continue est de mise et en termes de coût de santé publique, cette catégorie s'avère de gestion difficile alourdissant le dépistage sur les plans psychologique et budgétaire.

SUMMARY

Objective : This retrospective work is related to ACR3 mammograms of the program "Feasibility of breast cancer screening by mammography in Ariana Governorate" in order to evaluate the efficiency and short-term quality control of these probably benign lesions.

Materials and methods : Mammograms classified ACR3 raised the indication of further examination, futher mammogram (profile, expanded or compression). The monitoring and control period are explained to the patient by the radiologist.

Results : 6.6% mammograms were classified as ACR 3 with 71. 3% under the age of 50 years. Breast is very dense in 20.5% of cases, and transparent in 6% of cases. Further exams has been performed in 94. 5% of cases with a profile in 52% of cases, enlarged in 22.1%, compression in 24.9% and ultrasound in 82.5%.

The surveillance protocol was insufficient for 126 women lost to the 1st control, 32 women lost for the 2nd control and 19 women were lost to the 3rd control. After two years monitoring, 219 women were reclassified as ACR2 with a negative test. In 2 patients, we found an invasive ductal carcinoma at 4 months control.

Conclusion: ACR 3 mammograms are the most important operator dependent category. The diagnosis of probably benign lesion dependant of the analysis of images and requires a great experience of the radiologist and a comprehensive complementary examination. In this study, this assessment was often heavy in relation to the frequency of dense breasts itself in connection with the young age of patients. In addition, for this particular category, the need of training is important and in terms of public health cost, the management of ACR3 mammograms increases difficulties and cost of screening.

MOTS - CLÉS

KEY - WORDS

الأفات المصنفة 3ؤضه في برنامج النقصي الممغرافي لسرطان الثدي بولاية أريانة : الملامح و صعوبات التكفل الصحي يتعلق هذا العمل بنجاعة و جودة المراجعة الممغرافية للحالات المصنفة 3ؤضه و التي مثلت % 6.6 من المجموع .و من الإشكاليات التي وجدنا، نذكر أن الثدي كان كثيفاً في % 5.20 و شافاً في % 6 و قد تمتعت % 5.94 من الحالات بضوصات تكميلية مناسبة. بعد عامين من المتابعة وقعت إعادة التصنيف إلى 2ؤضه بالنسبة لـ 219 حالة مع ملاحظة النضن لحائتي كرسنوم قناتي مرتشخ خلال المتابعة الأولى في الشهر الرابع.

L'agenda de surveillance était le suivant : un 1er contrôle réalisé à 4 mois pour les opacités et à 6 mois pour les micro calcifications. Les contrôles suivants étaient fixés à 6 mois puis à une année si la lésion était stable. Après un suivi de 2 ans, la lésion était reclassée en 2, en cas de stabilité ou surclassée en 4 en cas d'évolutivité (augmentation de taille ou modification morphologie des microcalcifications), qui elle nécessitait ainsi une vérification histologique le plus souvent percutanée dans un premier temps. Une vérification cytologique et/ou histologique est rarement réalisée, pour les patientes classées BIRADS 3, en cas d'anxiété des patientes, de refus de la surveillance rapprochée, en cas d'antécédent familiaux de cancer du sein ou en cas de désir de grossesse.

RÉSULTATS

Parmi les 8244 examens effectués, 542(6,6%) comportaient des lésions classées BI-RADS 3. La majorité des femmes (71,3%) étaient âgées de moins de 50 ans avec un âge moyen de 47,3 ans (IC95%=[46,7 - 47,9]. (Tableau 1). Les seins étaient denses dans 20,5% des cas et radiotransparents 6 % des cas.

Tableau 1 : Répartition des ACR3 selon la tranche d'âge

Tranche d'âge	Proportion (%)
36 – 39 ans	1.7 %
40 – 44 ans	36.6 %
45 – 49 ans	33.0 %
50 – 54 ans	19.6 %
55 – 59 ans	7.8 %
60 – 69 ans	0.9 %
72 ans	0.4 %

Un bilan complémentaire après la lecture pour les lésions classées ACR 0 puis par la suite ACR 3 a été réalisé dans 94,5% des cas dans un délai médian de 25 jours, allant de 1 jour à 730 jours. Il a comporté dans 52% des cas un cliché de profil des seins, un cliché agrandi dans 22,1%, avec compression dans 24,9% (Tableau3) et une échographie mammaire dans 82,5% des cas.

Tableau 2 : Répartition des densités mammaires. La présence d'une densité mammaire est retrouvée chez 94,0% des femmes parmi celles pour qui le niveau de densité a été mentionné

Présence de densité	Absence de densité	Non précisé	Total
505	32	5	542

Tableau 3 : Nombres de clichés mammographiques et d'échographies réalisés en examen complémentaire

Type de clichés	Nombre
Face	51
Profil	282
Oblique	24
Agrandis	120
Comprimés	135
Echographies	449

Les anomalies mammographiques étaient à type de nodules ou masses (47,8%) ou plus rarement microcalcifications (3,8%) avec présence de surcroûts de densité dans 29,7% des cas.

Le bilan de surveillance a également comporté des clichés mammographiques et des échographies. (Tableau 4). Le protocole de surveillance rapprochée était insuffisant chez 124 patientes. En effet 126 femmes sont perdues au 1er contrôle, 32 femmes au 2ème contrôle et 19 sont perdues de vue au 3ème contrôle alors que 47 femmes étaient absentes au rendez-vous. Malgré la classification 3 du BIRADS, nous avons pratiqué des prélèvements percutanés sous contrôle échographique à type de microbiopsies chez 6 patientes et de cytologie chez 19 patientes présentant des masses à la mammographie ou un surcroît de densité. 219 femmes ont été reclassées en ACR2 après contrôle ou après prélèvement avec un test jugé négatif. Elles se répartissaient en 107 femmes avec un test négatif après 1 contrôle, 38 négatifs après 2 contrôles, 58 femmes après 3 contrôles et 16 femmes après 4 contrôles.

Chez deux patientes a été découvert un carcinome canalaire infiltrant au premier contrôle devant un surcroît de densité suivi d'une augmentation en taille et en densité au 1er contrôle à 4 mois.

Tableau 4 : nombres de clichés mammographiques et d'échographies réalisés lors des contrôles

Type de clichés	Nombre
Face	13
Profil	103
Oblique	6
Agrandis	58
Comprimés	36
Echographies	135

DISCUSSION

Les mammographies de dépistage étiquetées 3 du BI-RADS ont représenté dans notre série 6,6% de la totalité des examens issus du dépistage vs 2 à 11% dans la littérature (tableau 5)(9).

Tableau 5 : nombre de mammographies classée en ACR3 en fonction des séries de dépistage

	Wolfe	Sickles	Helvie	Varas	Vizcaino	Ariana
	1987	1991	1991	1992	2001	2004
Nombre de femmes	21057	28458	2650	21855	13790	8244
Nombres de mammo Classées ACR 3	1356	3184	144	535	795	542
Nombre de cancer	19	17	1	9	2	2

Cette catégorie du BI-RADS est celle qui présente la variabilité la plus importante inter et intra observateur, source

d'incertitudes et des litiges, nécessitant non seulement une grande expérience du radiologue, mais surtout un bilan mammographique plus exhaustif (11). L'affirmation de la certitude de la bénignité réside dans la rigueur de l'analyse des images pour laquelle les 4 clichés du dépistage standard sont insuffisants. C'est ainsi que pour 5,5% des mammographies classées d'emblée par les lecteurs en ACR 3 sur les seules données des clichés mammographiques du dépistage de face et en oblique, le bilan a été jugé insuffisant au premier contrôle. Nous avons au début de notre étude pratiqué des mammographies dont certaines ont été négativées au premier contrôle par un bilan complémentaire plus précis. Cependant l'attente du résultat a été probablement génératrice pendant une courte période, d'anxiété chez les patientes, évitable par un bilan d'emblée complet.

L'attitude adoptée sur les premières mammographies de classer les lésions en catégorie 3 d'emblée a été rapidement abandonnée, remplacée par un diagnostic basé sur un complément d'examen échographiques et/ou mammographique. Ce bilan d'appoint était souvent lourd dans notre étude pouvant associer un cliché de profil, une incidence avec compression localisée ou encore un cliché en agrandissement généralement de profil pour l'analyse fine des microcalcifications.

Ce nombre élevé d'examen complémentaires pratiqués était expliqué par la fréquence importante de densité mammaire de type 4 dans 20,5% des cas ou intermédiaire de types 3 ou 2 dans 73,6% des cas. Elle était expliquée par le jeune âge des patientes bénéficiant du programme dont 71,3% avaient moins de 50 ans (tableau 6).

Tableau 6 : Densité mammaire selon la tranche d'âge chez les femmes classées ACR3

Classe d'âge	Présence de densité	Absence de densité	Non précisé	Total
40 - 49 ans	366	16	4	386
50 - 59 ans	109	12	1	122
60 - 69 ans	20	4	0	24

L'apport de l'échographie n'est pas négligeable en présence de densité. Il se trouve au premier plan pour caractériser les opacités et les surcroûts de densité. Dans notre série, elle a été réalisée chez 82,5% des patientes. Le délai de la réalisation du bilan complémentaire est variable selon les patientes avec une moyenne de 40 jours et une extrême à 730 jours date dépassant largement le délai d'apparition d'une éventuelle évolutivité.

Ce délai d'attente constitue une limite. Il est relatif dans cette étude à deux causes : la première est celle de l'annonce différée du résultat à la patiente avec le risque de la perdre de vue ou de l'impossibilité de lui transmettre le résultat à temps. Cette première limite étant générale à toutes les classes du BIRADS.

La seconde raison plus spécifique à la catégorie 3 de l'ACR, est le faible taux d'adhésion au protocole de surveillance de la part des patientes. En effet 23,2% de femmes ont raté le 1er contrôle, 5,9% le 2ème contrôle et 3,5% le 3ème contrôle. Au total, le protocole de surveillance a été incomplet dans 28,5% des cas contre 11 à 18% dans la littérature.

Dans cette étude, l'acquisition de l'échographe sur place à l'unité de dépistage de l'ONFP depuis octobre 2007 permettant la réalisation du bilan complémentaire et l'annonce du résultat à la patiente dans le même temps que le bilan complémentaire devrait améliorer le taux d'adhésion au contrôle.

Par ailleurs et malgré l'effort consenti par le personnel médical pour l'explication du protocole de suivi, des prélèvements per cutanés ont été réalisés à cause d'un état anxieux de certaines femmes mais aussi sur insistance des médecins cliniciens traitants et ceci notamment au début de l'étude avant l'établissement de certaines confiances et complicité multidisciplinaire.

Le recours à la cytologie et plus rarement à la biopsie reste concevable dans la catégorie 3 de l'ACR. Son but sera de confirmer la bénignité de la lésion afin de remettre la patiente dans le circuit de la surveillance classique.

Par contre, la proportion de cancer dans les lésions probablement bénignes doit rester faible. Il est de 0,3% dans notre série contre 0,5 à 1,7% dans la littérature. Le risque de développer un cancer reste donc très bas dans la catégorie 3 du BIRADS. En plus, plusieurs études ont démontré que les cancers détectés durant la surveillance sont non seulement rares mais aussi avec un stade et une extension ganglionnaire similaires à ceux détectés dans les catégories 4 et 5 avec un impact négligeable sur le pronostic (10).

CONCLUSION

Compte-tenu de la littérature et de nos résultats, il paraît tout à fait possible et raisonnable de surveiller des lésions classées probablement bénignes ACR3 à condition d'être rigoureux dans la réalisation et l'interprétation du bilan d'imagerie. Les incidences de dépistage standard ne sont pas suffisantes pour permettre un classement précis des anomalies dans la catégorie 3 du BI-RADS. Un bilan plus complet comportant des clichés mammographiques supplémentaires et/ou une échographique est indispensable. Le recours à une ponction cytologique voire à une micro biopsie percutanée peut être justifié dans de rares cas sans tomber pour autant dans le piège du surclassement des lésions bénignes aboutissant à l'exérèse chirurgicale inutile de lésions bénignes d'autant plus que pour ce programme 28% des femmes n'ont pas adhéré au suivi.

Par ailleurs et devant la variabilité d'interprétation pour cette catégorie particulière de lésions où les critères sémiologiques sont encore à affiner par les différents collèges, la nécessité d'un apprentissage et d'une formation médicale continue est de mise. Les concertations multi disciplinaires peuvent être contributives pour l'établissement des confiances entre les correspondants et avec les patientes.

En terme de coût de santé publique cette catégorie s'avère de gestion difficile alourdissant le dépistage sur les plans

psychologique et budgétaire. Ainsi, préconiser le dépistage à partir de 50 ans réduirait d'après notre étude de 70% les femmes à surveiller. De plus les femmes classées en BIRADS 3 devraient bénéficier d'un suivi individuel et personnalisé en dehors du programme de dépistage organisé de masse allégeant ainsi considérablement l'organisation.

ACR 0: image nécessitant un complément d'imagerie

ACR 1: mammographie normale.

ACR 2: anomalies bénignes ne nécessitant pas de surveillance.

ACR 3: anomalie probablement bénigne pour laquelle une surveillance à court terme est conseillée.

ACR 4: anomalie indéterminée ou suspecte, qui fait poser l'indication d'une vérification histologique.

ACR 5: anomalie évocatrice de cancer.

ACR 6: l'anomalie correspond à un cancer prouvé à l'histologie.

R É F É R E N C E S

1. American College of Radiology. Breast Imaging Reporting and Data System (BIRADS). 3rd ed. Reston, Va: American College of Radiology, 1998.
2. Sickles EA. Probably benign lesions: when should follow-up be recommended and what is the optimal follow-up protocol? *Radiology* 1999;213:11-14.
3. Adler DD, Helvie MA, Ikeda DM. Nonpalpable probably benign breast lesions: follow-up strategies after initial detection on mammography. *Am J Roentgenol* 1990;155:1195-1201.
4. Sickles EA. Periodic mammographic follow-up of probably benign results in 3,184 consecutive cases. *Radiology* 1991;179:463-468.
5. Helvie MA, Pennes DR, Rebner M, Adler DD. Mammographic follow-up of low suspicion lesions: compliance rate and diagnostic yield. *Radiology* 1991; 178:155-158.
6. Varas X, Leborgne F, Leborgne JH. Non-palpable, probably benign lesions: role of follow-up mammography. *Radiology* 1992; 84:409-414.
7. Charriais, K Kinkel, F Thibault: Le système BI-RADS™ en imagerie mammaire : Initiation à son utilisation en version française. *J Radiol* 2002;83:531-534.
8. A Travade, A Isnard, C Bagard et F Bouchet : Les opacités et les microcalcifications de la classification ACR 3 liées à un cancer. *J Radiol* 2004;85:2111-22.
9. Vizcaino I, Gadea L, Andreo L, Salas D, Ruiz-Perales F, Cuevas D, et al. Short-term follow-up results in 795 non palpable probably benign lesions detected at screening mammography. *Radiology* 2001;219:475-83.
10. Varas X, Leborgne JH, Leborgne F, Mezzera J, Jaumandreu S, Leborgne F., Revisiting the mammographic follow-up of BI-RADS category 3 lesions. *AJR* 2002;179:691-695.
11. Taplin SH, Ichikawa LE, Kerlikowske K, Ernster VL, RD, Yankaskas BC, et al. Concordance of Breast Imaging Reporting and Data System assessments and management recommendations in screening mammography. *Radiology* 2002;222:539-535.