



QUAND DEMANDER UNE IRM MAMMAIRE ?

Dr Loïc BOULANGER, Pr Denis VINATIER
Service de chirurgie gynécologique et mammaire

Dr Marion DEWAILLY, Dr Nathalie FAYE
Service d'imagerie de la femme

Hôpital Jeanne de Flandre, CHRU de Lille



**Centre Hospitalier Régional
Universitaire de Lille**

IRM mammaire

- **Excellente VPN**, très bonne sensibilité (CIS : 90%, CI : 97%)
- Mais ne pas l'utiliser pour n'importe quelle indication car:
 - Coût, temps d'examen, accès difficile
 - **Mauvaise spécificité : découverte de nombreuses lésions bénignes +++**
- Difficultés à gérer les incidentalomes +++ :
 - échographie de 2° look,
 - surveillance IRM à 4 mois
 - macrobiopsies sous IRM (long, équipements spécifiques, dans peu de centres)

IRM mammaire

- **Jamais un examen de première intention**
- Nécessité d'une synthèse complète du dossier après l'IRM mammaire (au mieux tous les examens réalisés par la même équipe radiologique, intérêt d'un staff décisionnel)
- La pratique de l'IRM mammaire ne devrait se concevoir qu'à la condition d'avoir accès à la biopsie sous IRM = réseau de soin +++
- Indications strictes = réponse à une question précise

Les indications indiscutables actuelles

- *Surveillance des femmes à haut risque :*
 - Mutation BRCA ou risque absolu > 20 ou 30% selon les équipes : à évaluer en consultation d'oncogénétique
 - IRM de dépistage annuelle suivie d'1 mammo et d'1 écho + examen clinique 2x/an, 5 ans avant l'âge du 1^o cancer familial (mais pas avant 30 ans)
- Rq: Pour les autres femmes à risque (antécédents familiaux, histologie...) : mammo + écho annuelles

Les indications indiscutables actuelles

- *Sein traité avec doute sur une récurrence loco régionale:*
 - récurrence ? remaniements post thérapeutiques ?
cytostéatonecrose ?
 - Rq: attendre au moins 12 mois après la fin de la radiothérapie
- *Métastase ganglionnaire axillaire isolée prouvée / recherche d'un primitif mammaire*
 - avec examen clinique, mammographique et échographique normaux

Les indications indiscutables actuelles

- *Chimiothérapie néo-adjuvante*
 - évaluation de la réponse
(fragmentation/régression concentrique) pour
décision de mastectomie totale ou partielle
- *Rupture de prothèse mammaire*
 - Rupture intracapsulaire : Se 78%, Sp 91 % >
échographie

Les indications où l'IRM peut aider

- Discordance clinique - radiologie – histologie
 - Ex: anomalie clinique (masse, écoulement) avec mammo-écho normale / Image ACR4 ou 5 avec biopsie discordante
- Ecoulement mamelonnaire uniporique
- Anomalie mammographique retrouvée sur une seule incidence, sans traduction écho
- Recherche de l'extension intracanalalaire d'une maladie de Paget du mamelon
- Bilan préopératoire d'une lésion profonde : envahissement du muscle pectoral ou de la paroi thoracique ?

Quand demander une IRM dans le bilan d'un cancer du sein prouvé histologiquement ?

- Intérêts potentiels: diagnostic de multifocalité et multicentricité, étude du sein controlatéral, estimation précise de la taille tumorale
- Aucune étude n'a prouvé l'utilité de l'IRM en terme de gain en survie (globale et sans récurrence)
- L'IRM générerait 10 à 30 % de mastectomies inutiles
- Pas de diminution du taux de reprise chirurgicale en cas de traitement conservateur
- Gestion des incidentalomes: retarde la prise en charge

Quand demander une IRM dans le bilan d'un cancer du sein prouvé histologiquement ?

- **Indications actuellement retenues (HAS 2010)** : doit être réservée aux patientes ayant un risque majoré ou chez qui l'évaluation de la taille tumorale ou la détection de lésions surnuméraires est difficile en écho ou en mammo
 - Chez des femmes de moins de 40 ans en raison de la plus forte densité mammaire
 - En cas d'ATCD personnel ou de plusieurs ATCD familiaux de cancer du sein
 - En cas de forme lobulaire infiltrant (difficulté diagnostique plus importante et plus grande fréquence de multifocalité)
 - En cas de discordance entre la clinique et l'imagerie standard
 - En cas de choix thérapeutiques difficiles (chirurgie oncoplastique, traitement conservateur ou mastectomie, traitement néo-adjuvant)
- Sur le sein controlatéral, aucune donnée ne permet d'affirmer ni d'infirmer l'utilité de la réalisation d'une IRM mammaire pour l'étude du sein controlatéral

IRM inutile et nuisible

- Bilan de micro-calcifications : macrobiopsie sous stéréotaxie +++
- IRM retarde la prise en charge
- Bilan d'une lésion visible en mammo et/ou échographie (ACR 3, 4, 5): contrôle ou biopsies
- Femme jeune, sans atcd, seins denses: risque d'incidentalomes +++

Conclusion

- L'IRM mammaire n'est jamais un examen de 1^{ère} intention sauf chez les patientes mutées
- Sa réalisation devrait toujours faire l'objet d'une discussion pluridisciplinaire (radiologues, cliniciens, anatomopathologistes)
- Et d'une information de la patiente sur les limites et les « risques » de cet examen