



Article original

Aspects tomодensitométriques des métastases des cancers mammaires dans le Service d'imagerie médicale du CHU Le Luxembourg

Tomodensitometric aspects of breast cancer metastases in the medical imaging service of CHU Luxembourg

M.A. Camara¹, S Coulibaly², M.M.Traore¹, M. Ndiaye⁴, A.S.T Kane⁴, H Diarra¹, M Tangare⁶,
S Coulibaly¹, S. B.M Toure¹, A.S Kone¹, S. Sidibe⁶

Résumé

Introduction : Les cancers mammaires constituent le premier cancer chez la femme dans le monde. Son pronostic dépend du diagnostic et d'une prise en charge précoces. La tomодensitométrie (TDM) occupe une place importante dans le bilan diagnostic et la surveillance de cette pathologie. L'objectif de notre travail était de déterminer la place de la TDM dans le bilan d'extension des cancers mammaires dans le service d'imagerie médicale du Centre Hospitalier Mère Enfant (CHME) le Luxembourg.

Matériels et méthodes: Il s'agissait d'une étude descriptive portant sur le recueil rétrospectif des données TDM des patients au service d'imagerie médicale du centre hospitalier Le Luxembourg, du 01 mai au 30 novembre 2017. Ont été inclus, quel que soit le sexe et l'âge, tout patient ayant un cancer du sein, confirmé à l'histologie et développé une ou plusieurs lésions secondaires qui ont été décelées au scanner. L'examen TDM était réalisé avant et/ ou pendant le traitement. Les appareils TDM étaient HITACHI[®]

SUPRIA 16 barrettes et TOSHIBA[®] 04 barrettes, ans et avec une injection intra veineuse d'iode 350mg

Résultat: En sept mois, Nous avons colligés 44 patients avec un âge moyen de 49 ans, et une nette prédominance féminine. Les ATCD de cancer de sein étaient retrouvés dans 13% des cas et le carcinome canalaire infiltrant représentait 95.54%. Les principales métastases étaient: multi-viscérales (31,82%), pleuro-pulmonaires (70,75%), ganglionnaires (63,63%), hépatiques (27,27%), et osseuses (18,18%).

Conclusion : Le cancer du sein est un problème de santé publique avec une nette prédominance féminine. Dans notre contexte, la tomодensitométrie garde un intérêt capital dans la recherche de lésion secondaire ainsi que dans la surveillance de cette affection.

Mots clés: cancer du sein, TDM, métastase, CHME Luxembourg

Abstract

Introduction : Breast cancers are frequent and very varied discoveries. They can lead to reversible complications, locoregional recurrences or metastases. Medical imaging plays an important role in the diagnosis and monitoring of this pathology. The prognosis is a function of the stage of the disease, its locoregional extension and distance. The aim of our work was to determine the role of CT in breast cancer extension assessment in the medical imaging department of CHME Luxembourg.

Materials and methods: Descriptive study carried out in the medical imaging department of the Luxembourg Hospital Center, from 01 May to 30 November 2017.

Included were all patients with breast cancer who were histologically confirmed and developed secondary injury. CT was performed before and / or during treatment.

Result: We had 44 patients with an average age of 49, and a clear predominance of women. Breast cancer ATCDs were found in 13% of cases and infiltrating ductal carcinoma accounted for 95.54%.

The main metastases were: multivisceral (31.82%), pleuropulmonary (70.75%), lymph node (63.63%), liver (27.27%) and bone (18.18%).

Conclusion

Keywords: breast cancer- CT- metastasis -CHME Luxembourg.

Introduction

Les cancers mammaires sont de découvertes fréquentes et très variées. Elles peuvent correspondre à des complications réversibles, définitives, à des récidives locorégionales ou des métastases [1,]. La tomographie (TDM) occupe un rôle important dans le bilan diagnostique et la surveillance de cette pathologie [1,2].

La prise en charge de ces cancers est multidisciplinaire. Elle repose sur des traitements locorégionaux tels que la chirurgie et la radiothérapie ainsi que sur des traitements médicamenteux. Les taux du cancer du sein en Afrique sont : 2,30% au Mozambique 9,5% en Ouganda [5] et 11,8% au Sénégal [5]. Au Mali en 2000 le cancer du sein a représenté 5,7% de l'ensemble des cancers diagnostiqués à l'Institut national de Recherche en Santé Publique (INRSP) et en 2001 ce taux était de 7,6% [7]. Enfin ; de 2002 à 2005 ce cancer a représenté le 1er des cancers gynécologiques dans le service de chirurgie « A » de l'Hôpital National du Point G [7]. L'imagerie médicale joue un rôle important dans le bilan diagnostique et la surveillance du cancer du sein .C'est une affection grave responsable de 15 à 20% de l'ensemble des décès par cancer et 2 à 5% de l'ensemble des décès dans les pays développés. Son pronostic est sévère avec 35% de survie à 5 ans [5,10]. Le pronostic est fonction de l'extension locorégionale et à distance (métastases osseuses, pulmonaires, hépatiques et cérébrales).

La place de la tomographie (TDM) n'est plus à démontrer dans les pays développés, où tous les patients cancéreux ont facilement accès à cet examen. Sa sémiologie répond à certaines caractéristiques morphologiques connues sur le bilan standard : la masse, l'asymétrie de densité et la rupture architecturale.

Au Mali, plusieurs études antérieures réalisées avaient traitées les aspects épidémiologiques cliniques et anatomopathologiques. Cependant aucune étude n'avait traité les aspects des métastatiques au scanner au Mali. Aucune étude n'a été consacrée sur ses aspects métastatiques au scanner .Nous avons entrepris ce travail avec comme objectif déterminer la place du scanner dans le bilan d'extension des cancers mammaires

dans le service d'imagerie médicale du CHME Le Luxembourg.

Matériels et méthodes

Il s'agissait d'une étude descriptive portant sur le recueil rétrospectif des données des patients du service d'imagerie médicale du centre hospitalier Le Luxembourg du 01 mai au 30 novembre 2017. Ont été inclus dans notre étude tout patient, quel que soit l'âge, le sexe ayant un cancer du sein, confirmé à l'anatomo-pathologie et ayant développé de lésion secondaire La TDM était réalisée avant et/ ou pendant le traitement Le matériel était constitué de deux appareils TDM dont un HITACHI® SUPRIA 16 barrettes et l'autre TOSHIBA® 04 barrettes.

Les patients étaient convoqués à jeun à 6 heures avant l'examen, après avoir écarté toute contre-indication à l'examen. Le patient était réalisé en décubitus dorsal, les bras au-dessus de la tête. On réalisait une double acquisition hélicoïdale de 5mm, en apnée après inspiration profonde depuis la base cervicale jusqu'à la symphyse pubienne. Un produit de contraste iodé est injecté en intra-veineuse après le passage non injecté, à la dose de 1ml/kg d'un produit iodé de dosé (300-350mg d'iode), à un débit de 3-4 cc/sec. L'acquisition TDM était faite avec injection de produit contraste iodé au temps portal à 70-80 secondes. Une troisième acquisition (tardive) était réalisée 5-15 min après l'injection en cas d'uretéro-hydronephrose. Nous réalisons des reconstructions multi planaires, multifenêtrage et en MIP Nos critères de mensurations et de comparaison étaient celles du RECIST 1.1, basée sur les notions: de lésions cibles: au plus 5/organe et 10 au total, mesurable supérieure ou égale à 1cm, et mesurable mais évaluable. Nos données ont été analysées par les logiciels EPI Info version 7.

Résultats

En sept mois, nous avons colligé 90 patients présentant un cancer du sein histologiquement confirmé. Parmi eux, 44 patients présentaient une ou plusieurs localisations secondaires soit une fréquence de 48%. L'âge moyen de nos patients était de 49 ans avec des extrêmes allant de 22 à 75ans. Le sexe féminin représentait 97,73% de nos patients. Il y avait un seul cas de sexe masculin parmi nos patients. Les antécédents de cancer du sein étaient retrouvés chez 27% de nos patients. Le carcinome canalaire infiltrant était le type histologique fréquemment retrouvé (95,45%), suivi du carcinome lobulaire infiltrant (4,55%) un cas de tumeur phyllode. Pendant la phase pré-thérapeutique, 34,09% des patients avaient réalisé un scanner, tandis que les lésions ont été découvertes lors des bilans de surveillance tomodensitométriques (tableau I). Sur le plan tomodensitométrique : Les localisations métastatiques étaient ; multi-viscérales (31,82%), ganglionnaires (63,63%), pleuropulmonaire (70,75%), hépatiques (27,27%), osseuses (18,18%) et cérébrale (2,27%). les atteintes pleuropulmonaires étaient essentiellement ; nodulaires (31,82%), les pleurésies (9,09%) et les verres dépolis (6,82%). (Tableau II).

Tableau I : répartition des patients selon les données épidémiologiques

	Effectif (N=44)	Pourcentage (%)
Age moyen (année)	49	
Sexe	F	43 97,73
	M	1 2,27
ATCD cancer du sein	oui	12 27,27
	non	78 72,73
Histologie	CCI	42 95,45
	CLI	2 4,55
	Tumeur phyllode	1 1,11
Bilan TDM	Pré-thérapeutique	15 34,09
	surveillance	29 65,91

Tableau II : répartition des patients selon les lésions tomodensitométriques

	Localisations	Effectif (N=44)	Pourcentage (%)
Localisations secondaires	Multi-viscérales	14	31,82
	Ganglionnaires	28	63,63
	Pleuro-pulmonaires	31	70,75
	Hépatiques	12	27,27
	Osseuses	8	18,18
Sièges ganglionnaires	axillaires	10	22,73
	Sous claviculaires	2	4,55
	Médiastinales	2	4,55
	Multiples	14	31,82
Localisations pleuro-pulmonaires	Nodule parenchymateux	14	31,82
	Plage de verre dépoli	3	6,82
	Pleurésie	4	9,09
	Épaississement pleural	10	22,27
Localisations hépatiques	Nodule unique	3	6,82
	Nodule multiple	8	18,18
	Infiltration diffuse	1	2,27
Localisations osseuses	Unique	2	4,55
	Multiples	6	13,64
	Ostéolytiques	6	13,64
	Condensante	2	4,55
Localisation cérébrale	Nodulaire unique	1	2,27

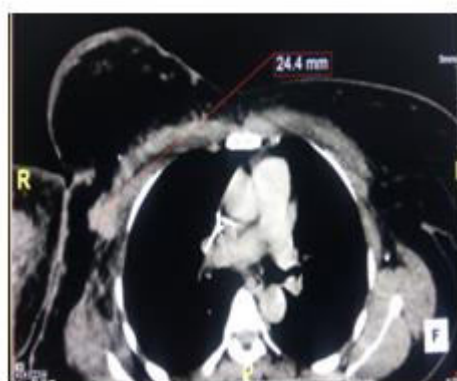


Figure 1: TDM thoracique en coupe axiale injectée en fenêtre médiastinale, mettant en évidence un épaississement cutané et une adénopathie axillaire droite

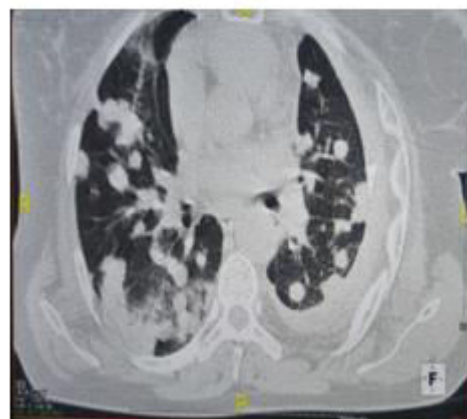


Figure 2: TDM thoracique en coupe axiale, en fenêtre parenchymateuse. Les nodules pulmonaires bilatéraux en lâcher de ballon et un épaississement pleural gauche.

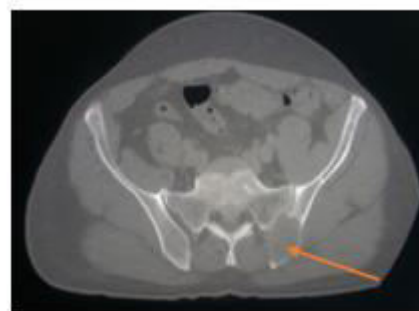


Figure 3 : TDM pelvienne en coupe axiale en fenêtre osseuse une ostéolyse sur l'aile iliaque gauche.



Figure 4: TDM cérébrale en coupe axiale et fenêtre parenchymateuse, non injectée, montrant une lésion iso dense frontale droite entourée d'un important œdème péri-lésionnel.

Discussion

Sur le plan épidémiologique-clinique

Au terme de notre étude, nous avons colligé 48% des patients qui avaient développés une ou plusieurs métastases, Nos données sont supérieures à celles de littérature selon lesquelles 20 à 30%, des patients développeront des métastases sous traitement [5,8, 9,10]. Cette différence s'explique par que nos patients ont été vus à un stade tardif.

L'âge moyen de nos patients était de 49 ans, par contre Kemeny en Angleterre [9] et Margaret [10] en Californie aux Etats-Unis rapportaient respectivement un âge moyen de 55ans et 60 ans. Ce résultat pourrait s'expliquer d'une part, par l'âge jeune de nos populations et, d'autre part l'accès facile aux méthodes de dépistage et le traitement précoce dans les pays développés.

Le sexe féminin était prédominant, ce qui s'accorde avec la littérature, selon laquelle Elle est très peu fréquente chez l'homme [9,10,]. L'antécédent (ATCD) familial de cancer du sein était retrouvé chez 27 % de nos patients. Ceux-ci étaient supérieurs aux données de la littérature, selon les quelles, seulement 5 à 10% des cancers du sein sont familiaux [7]. Nous n'avions pas trouvé de données scientifiques explicatives précises. Le carcinome canalaire infiltrant(CCI) était le type histologique était le plus fréquent. Cela s'accordait avec la littérature selon laquelle concerne 8 cas sur 10 [3,5, 7].

Sur le plan tomométriques

Tous nos patients avaient bénéficié d'un scanner pendant le traitement. Seulement 34,9 % ayant été inclus à la phase pré-thérapeutique. Les atteintes secondaires multi-viscérales ; pulmonaire, hépatique, ganglionnaire et pleurale étaient les plus fréquentes (33%) ceux qui étaient superposables à littérature [4, 7].

Les atteintes pleuropulmonaires surviennent par les voies: hémotogène et lymphatique. Quant aux lésions pulmonaires, elles étaient essentiellement : nodulaire (31,82%) et en verre dépoli (6,82%). Les nodules pulmonaires multiples prédominaient 75% des cas. Les métastases pulmonaires se présentaient majoritairement en nodules parenchymateux multiples comme dans les données de la littérature [7, 12, 13]. Cependant nous avons colligé 6,82% de cas de verre dépoli. La dissémination par la voie lymphatique est responsable de l'atteinte de l'interstitium péri-broncho-vasculaire réalisant cet aspect de verre dépoli [7, 13]. Les atteintes pleurales étaient exclusivement des épaissements pleuraux et les pleurésies. Les pleurésies étaient de 09, 09%. Elles étaient proches des données Européennes et africaines [7, 12, 13].

Les atteintes ganglionnaires étaient multiples (31,82%), nous avons noté 28 patients avec des atteintes ganglionnaires, parmi eux, 14 présentaient de multiples localisations multiples (50%). Ce qui était superposable aux données de la littérature, selon laquelle, les métastases ganglionnaires étaient retrouvées chez deux tiers des patients présentant un cancer avancé [7].

Les atteintes hépatiques étaient des nodules multiples (18,18%) contre 6,82% pour les unique. Ces lésions hépatiques étaient de natures tissulaires (nodule multiple) dans 66 % des cas, de tailles variables, qui siégeaient sur le foie droit dans 63%. Taourel.P et al [7] et Sheafor.DH et al [14] avaient trouvé 30% et 26% de métastases hépatiques dans des séries sur 784 et 300 patients présentant des cancers du sein. L'atteinte multifocale pourrait s'expliquer par le fait de la dissémination vasculaire et aussi le diagnostic au stade tardif de nos patients

Les métastases osseuses, parmi nos patients, qui avaient des atteintes osseuses, 75% étaient lytiques. Nos données sont comparables à celles de la littérature [7] confirmant le caractère ostéophile du cancer du sein. Nous avons identifié un cas de métastase cérébrale. Il s'agissait d'un nodule tissulaire unique avec un important œdème péri-lésionnel, dont la taille était parfois disproportionnée par rapport à celle de la tumeur. Taourel.P [7]] et Ducray F [16] avaient rapporté une description sémiologique similaire de ses lésions. Elle était soupçonnée, devant l'apparition des signes neurologiques. Elle peut apparaître sous chimiothérapie, car cette dernière, ne traverse pas la barrière hémato-méningée [7]. (Tableau II),

Conclusion

Le cancer du sein est une pathologie très fréquente avec une prédominance féminine. Le pronostic de la maladie est fonction du stade de diagnostic. et une réponse adéquate au traitement Dans notre contexte, la TDM garde un intérêt capital dans la recherche de lésion secondaire ainsi que dans la surveillance per et post thérapeutique. La TEP TDM est une meilleure technique pour les atteintes ganglionnaires.

*Correspondance

Mody Abdoulaye Camara

drmacamara@yahoo.fr

Disponible en ligne: 25 Janvier 2020

1. Service: d'Imagerie Médicale de l'Hôpital du Mali, Bamako, Mali
2. Service: de d'imagerie médicale du CHU de Kati., Mali
3. Service: d'Imagerie Médicale Centre H le Luxembourg., Bamako, Mali
4. Hôpital Infirmière de Bamako, Mali
5. Service de radiothérapie de l'Hôpital du Mali, Bamako, Mali
6. Service de radiologie, et de d'imagerie médicale du CHU Point G, Bamako, Mali

© Journal of african clinical cases and reviews 2020

Conflit d'intérêt: Aucun

Référence

- [1] Duyckaerts C, Fouret P, Hauw JJ : Anatomie pathologique : Pathologie Tumorale, Université Pierre et Marie Curie 2002-2003, 202 : 100-3.
- [2] Pivot X, Marty M, Espié M-CHU de Besançon, Diagnostiquer une tumeur du sein, Mars 2006 , 1 -3
- [3] Lacave R, Larsen C.J, Robert J : Cancérologie fondamentale. Paris, John Libber Euro text limited, 2005, 437p
- [4] Taourel P, Cyteval C, Granier C, Devaux M et Suar A: Imageries de la maladie métastatique dans le cancer du sein Cancer du sein avancé springer Paris pp;66 :56-9
- [5] Traoré CB, Kamate B, Bayo S: Aspects épidémiologiques et histologiques des cancers du sein à l'INRSP de Bamako à propos de 110 cas. Livres des abstracts VII ème congrès de la SAGO/SOMAGO II, Bamako, 2003, 85.
- [6] L. I. Traoré : Le cancer de sein dans le service de chirurgie A de l'Hôpital National du Point G : Aspects cliniques et thérapeutiques Thèse de médecine. Bamako, 2005
- [7] S. Ben Ahmed S. Aloulou, M. Bibi, et al Pronostic du cancer du sein chez les femmes tunisiennes : analyse d'une série hospitalière de 729 patientes Santé Publique 2002/3 (Vol. 14), pages 231 à 241
- [8] Traoré B : Cancer du sein : aspect cliniques et thérapeutiques dans le service de chirurgie A du CHU de point G. thèse de méd 2017 ;76 : p (9-70).
- [9] Keita MA : Etude des caractères Anatomocliniques des cancers du sein au Mali. Thèse de med 2005; 72 : p (7-62)
- [10] Kemeny N, Riverad E, Chirpzf Fine Needle: Aspiration and cytologicfonding of surgicals lesion in women with breast cancer. Cancer 1992 69(1) - 148-152.
- [11] Margaret. E; Edoute. Y et coll. Occult primary adenocarcinoma with axillary metastases. Am J surg, 1986, 152: 13- 14.
- [12] Thiam D: Cancer du sein étude clinique dans le service de gynéco obstétrique de l'hôpital national du point « G »: à propos de 43 cas. Thèse med 02M122 Bamako.
- [13] Zidi A; Souissi B; Ridene I; et al : Métastases pulmonaires: sémiologie tomométrique. Service d'Imagerie médicale – Hôpital A. MAMI de l'Ariana. Tunisie, 60: 11-36
- [14] Sheafor DH, Frederick MG, Paulson EK *et al.* Comparison of unenhanced, hepatic arterial-dominant and portal venous-dominant phase helical CT for the detection of liver metastases in women with breast carcinoma. AJR 172 : 961-8

- [15] Hamaoka T, Madewell JE, Podoloff DA *et al.*: Bone imaging in metastatic breast cancer. J Clin Oncol. (2004) 22 : 2942-53
- [16] Ducray F ; Guillevin R : Caractéristiques radiologiques des métastases cérébrales ; Avril 2008 ; N°4 ; p1-2

Pour citer cet article:

M.A. Camara, S Coulibaly, M.M.Traore , M. Ndiaye ,A.S.T Kane et al. Aspects tomодensitométriques des métastases des cancers mammaires dans le Service d'imagerie médicale du CHU Le Luxembourg .Jaccr Africa 2020; 4(1): 101-107.