

L'atteinte ganglionnaire est un facteur pronostique essentiel dans le cancer du sein. La biopsie du ganglion sentinelle (SNB) est devenue une technique incontournable de la chirurgie des cancers limités du sein, et peut même aujourd'hui être proposée dans des stades localement avancés en cas de bonne réponse après chimiothérapie néoadjuvante. Toutefois, il reste un pourcentage de faux négatifs de la SNB, estimé entre 8 et 13 % selon les équipes. L'imagerie en sénologie permet aujourd'hui de détecter des lésions millimétriques du sein, et devient de plus en plus performante et variée. Le but de l'imagerie est d'essayer de déterminer en pré-opératoire par des techniques d'imagerie une atteinte ganglionnaire axillaire éventuelle avec une valeur prédictive positive suffisamment élevée pour mieux trier les patientes, devant bénéficier d'une biopsie d'un ganglion sentinelle ou d'un curage axillaire. Comme la biopsie du ganglion sentinelle est une technique très sensible, l'imagerie pré opératoire se doit plutôt d'être très spécifique, parfois au détriment de la sensibilité. L'examen de première intention, et qui paraît le plus reproductible et pertinent, est l'échographie axillaire, avec évaluation doppler. Il est essentiel, dans un bilan d'extension de cancer du sein, de réaliser une échographie des aires ganglionnaires axillaires et sous claviculaires, pour limiter les risques de sous estimation. Les critères de suspicion d'atteinte ganglionnaire sont aujourd'hui bien connus, et sont plus des critères morphologiques que des critères de taille tumorale : forme ronde, épaissement du cortex ganglionnaire > 3 mm, asymétrie du cortex, disparition du hile graisseux central, aspect irrégulier ou spiculé des contours du ganglion. L'association de plusieurs de ces critères renforce d'autant le caractère suspect d'un ganglion. La sensibilité varie de 50 à 87 % selon les séries, et la spécificité de 56 à 97 %. L'association aux techniques de cytoponction à l'aiguille fine ou la biopsie échoguidée en cas d'image ganglionnaire suspecte, permet d'améliorer à la fois la sensibilité et la spécificité à des valeurs respectivement de 85 % et 100 % selon les études. Des nouvelles techniques comme l'élastographie pourraient permettre d'augmenter encore la spécificité, mais les résultats sont contradictoires. L'IRM peut également avoir sa place dans le bilan d'extension ganglionnaire. Un des avantages de l'IRM est de pouvoir analyser les creux axillaires de manière globale et symétrique. Les ganglions envahis sont plus souvent hyperintenses en T2, avec une forme ronde, des contours irréguliers, sans hile graisseux central. L'analyse de la vascularisation par des courbes dynamiques paraît peu utile, car des courbes de type 3 avec washout se voient à la fois dans les ganglions normaux et les ganglions métastatiques. Un piège classique d'un cancer du sein, est le ganglion intra-mammaire, apparaissant en franc hypersignal T2 avec une courbe en washout. Comme en échographie, le critère de taille ne permet pas de caractériser efficacement les ganglions bénins et malins. De nombreuses études, parfois contradictoires ont été publiées sur la pertinence de l'IRM pour l'évaluation ganglionnaire. Même si la spécificité peut être améliorée par l'IRM de diffusion et l'évaluation de l'ADC, ou la détection de signes spécifiques comme l'œdème péri ganglionnaire, ou le rehaussement annulaire, l'IRM n'est aujourd'hui pas suffisamment performante pour éviter la SNB. La TEP-TDM est peu sensible mais très spécifique ; la sensibilité varie notamment en fonction de la taille, de 25 à 84 %, selon les séries. L'intérêt de la TEP-TDM est de pouvoir fournir une vue anatomique globale incluant l'atteinte mammaire interne. En conclusion, aujourd'hui, l'imagerie est devenue plus performante ; c'est cependant l'échographie associée à la cytoponction à l'aiguille fine ou à la biopsie ganglionnaire qui reste l'examen le plus performant dans le bilan d'extension pré-opératoire, et qui doit être largement pratiquée par les radiologues.