

IV. MACROBIOPSIE SOUS GUIDAGE ECHOGRAPHIQUE



Indications

- **Amas de microcalcifications** chez une patiente avec petits seins et calcifications visibles en échographie
- **Discordance radio-histologique** après microbiopsie
- **Papillome solitaire** pour certaines équipes
- **Placard ambigu**



Technique

- Plusieurs systèmes : SenoRX (Bard) 7 ou 10G, Vacora (Bard) 10G, Mammotome HH ou EX (Ethicon) 11 ou 8G
- Avec Vacora nécessité d'une coaxiale, pas avec les autres systèmes
- Clip en fin de procédure si exérèse complète

Vacora (Bard)



SenoRX (Bard)



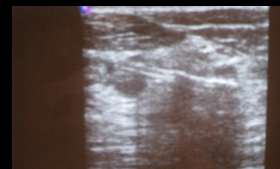
A Vildé CHU Tours



Positionnement sous le nodule

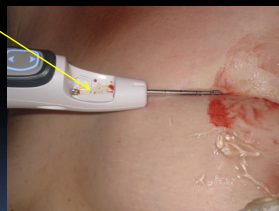


Disparition de l'image pendant l'aspiration



Se positionner sous la lésion avant aspiration

Récupération des fragments sans enlever l'aiguille

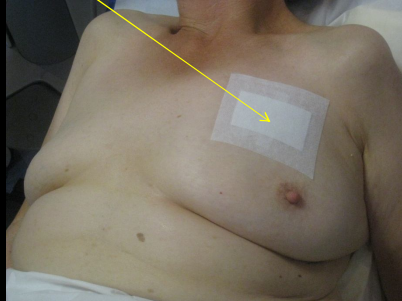


Pose de clip poussé dans l'aiguille de biopsie

A Vildé CHU Tours



Pansement par stér Strip à garder 6-8 jours



Elastoplast 6h minimum



Complications Exceptionnelles des macrobiopsies

Un abcès d'évolution favorable sous antibiotiques

Un hématome drainé chirurgicalement
Petits hématomes fréquents disparaissent en 2 mois



**V. MACROBIOPSIE
SOUS GUIDAGE STÉRÉOTAXIQUE**



Le circuit de prise en charge au CEM

- Envoi du dossier radiologique au CEM par le médecin
- Décision de macrobiopsie par 2 radiologues minimum
- Envoi courrier au médecin et convocation à la patiente
- Patiente vue en consultation pré-biopsie (listing de tous médecins) à la recherche de contre indications
- Réalisation de la macrobiopsie
- Discussion du dossier en comité pluridisciplinaire avec le résultat histologique
 - Confrontation radio-histologique
 - Conduite à tenir proposée
 - Envoi du courrier de RCP aux médecins
- Visite post-biopsique avec le médecin prescripteur pour annonce des résultats à J15



Indications

- Amas de microcalcifications ACR3
 - Femmes à risque
 - Surveillance difficile
- Amas de microcalcifications ACR4
Permet d'éviter la chirurgie si l'histologie est bénigne
- Amas de microcalcifications ACR5
A visée stratégique pour guider le geste chirurgical:
 - Mammectomie d'emblée si multi-focalité prouvée
 - Ganglion sentinelle si CIC étendu ou si micro-infiltration
- Opacité sans traduction échographique
- Distorsion architecturale
Avant exérèse chirurgicale (cicatrice radiaire ou cancer)



Contre-indications

- Incapacité de rester immobile en décubitus ventral
- Incapacité d'identifier la lésion en stéréotaxie
- Troubles de la coagulation ou prise d'anticoagulants
- Poids excessif

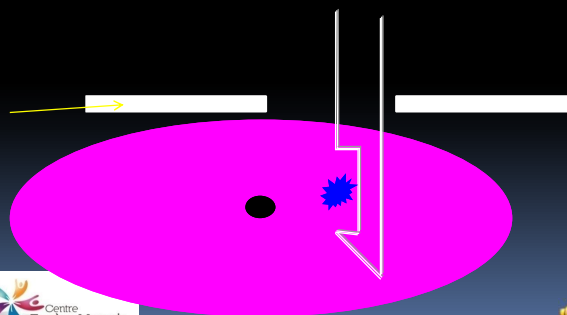


Selection de l'approche : approche « habituelle »

- Distance la plus courte
- Compression de face, de profil

palette de compression

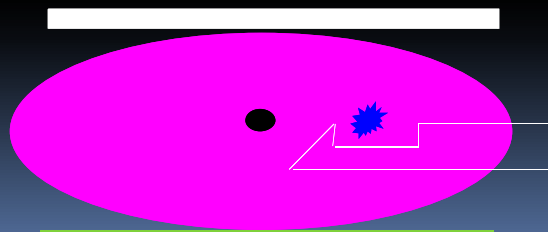
récepteur



Selection de l'approche : la technique du « bras latéral »

- Consiste à aborder la lésion parallèlement au plan du récepteur
- Intérêt dans les petits seins peu volumineux une fois comprimés
- Non disponibles avec tous les systèmes

palette de compression



récepteur

Types de tables

Table dédiée aux procédures de stéréotaxie



Table stéréotaxie en position couchée (Fischer)

Table dédiée aux procédures de stéréotaxie

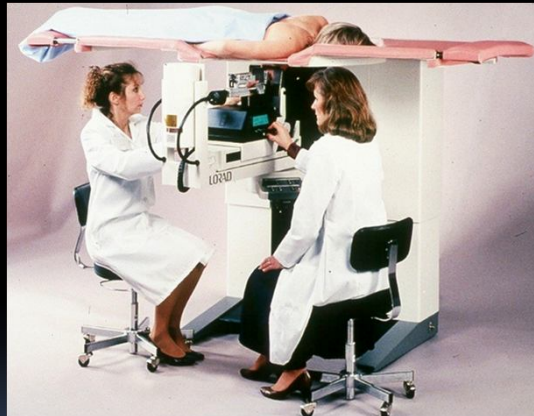


Table stéréotaxie en position couchée (Lorad)



Table de stéréotaxie en position couchée

- **Avantages**
 - Patiente ne voit pas la procédure - diminution du stress et minimisation de la réponse vaso-vagale
 - Meilleure immobilisation du sein
 - Permet plus d'approches que la position assise
- **Désavantages**
 - Coût de la table
 - Équipement dédié



Système de stéréotaxie adaptable au mammographe numérique
Position assise / décubitus latéral



En position assise:
Anxiété de la patiente
Plus grande incidence
de malaise vagal



Voies d'abord

