

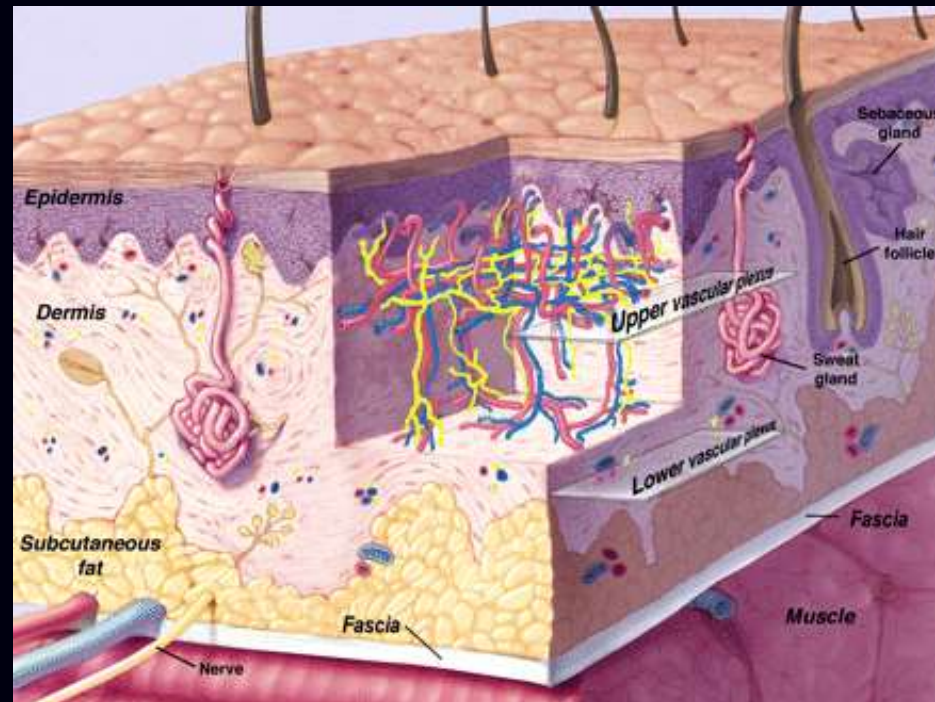
IMAGERIE des TUMEURS SUPERFICIELLES et des PARTIES MOLLES

Pr Frank Boudghène

Hopital Tenon - Université Paris 6

IMAGERIE des TUMEURS

- *epidermiques*
- *des parties molles*



DERMATOLOGIE

Utilise peu les techniques d'imagerie

- lésions visibles à l'œil nu
- lésions facilement prélevables

= approche anatomo-clinique

Résolution insuffisante des images

ECHOGRAPHIE

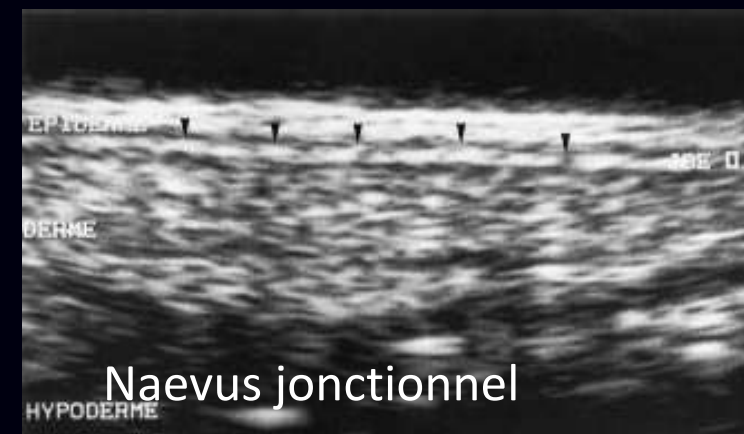
Echographes traditionnels (sondes 7-13 MHz)

- dépistage des localisations ganglionnaires du mélanome
- ne visualisent pas lésions infra-cm (épaisseur d'un mélanome)

Echographes haute résolution (sondes 20-50 MHz)

- visualisent la partie superficielle de la peau
- peuvent imager la majorité des lésions et tumeurs cutanées (diagnostic et détection des récives tumorales)

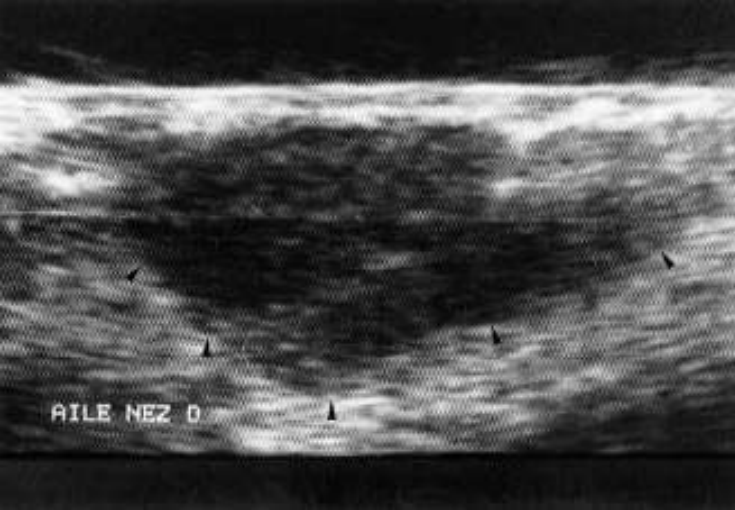
Tumeurs EPIDERMiques BENIGNES



BASO CELLULAIRE

Cancer le plus fréquent

- zones chroniquement exposées au soleil
- malignité locale
- exérèse chirurgicale complète
- siègent au visage = apport des alternatives thérapeutiques par radiothérapie, cryothérapie



BASO CELLULAIRE

Aspect échographique typique

- image anéchogène avec qq gros échos
- limites bien marquées (parfois profond)

Dépistage écho précoce des récidives

- 1/2 au stade infra-clinique
- si radio-cryothérapie ou chirurgie limitée

METASTASES

5-10% cancers font des métas cutanées

- petits nodules près de la lésion initiale
- cancers du sein et poumon

30% mélanomes sont métastatiques

Myélome



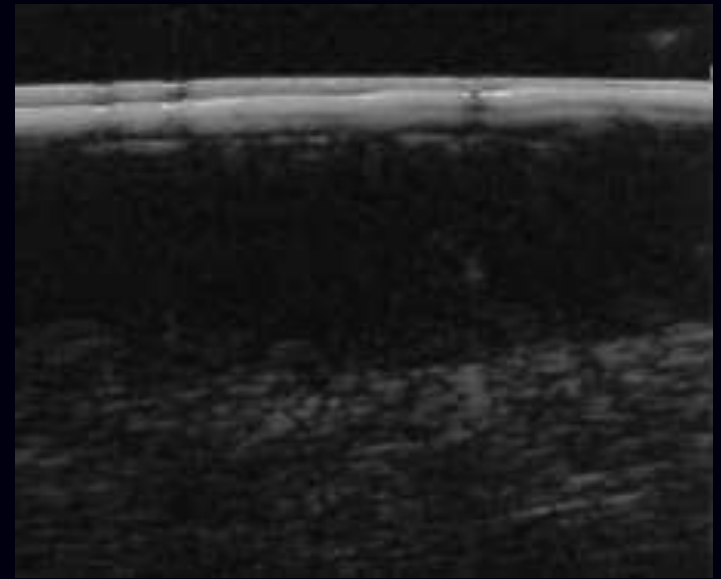
MELANOME

Tumeurs hautement maligne

- risque 1% (1500 décès/an)
- lésion pigmentée

Echographie

- lésion homogène, très hypoéchogène
- qq fins échos
- extension latérale +/- verticale



MELANOME

Diagnostic échographique

- facile avec kératoses (gros échos)
- difficile avec naevus atypiques

Extension

- invasion derme ou hypoderme (> 2mm)
- épaisseur maximale = marges adéquates
- avec exérèse en un temps ++

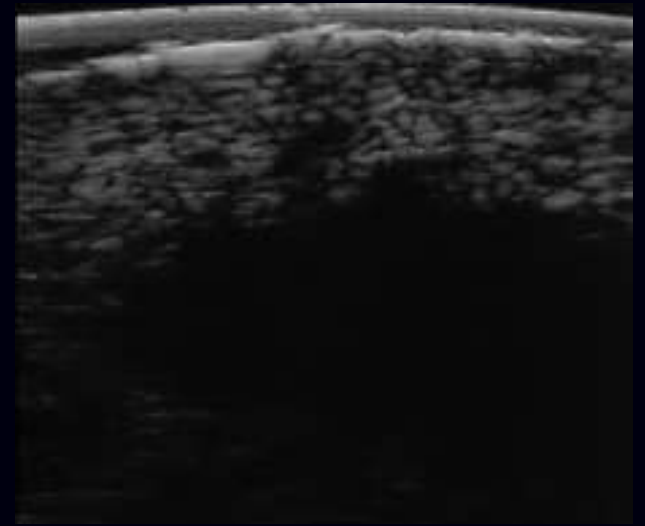
MELANOME

Surveillance échographique

- 20% de récidives (50% si épais)
- cicatrice + aire ganglionnaire drainage

Récidives dermiques

- très hypoéchogènes
- envahissent le derme adjacent



MELANOMES

Ganglion sentinelle = premier filtre

- dissémination séquentielle
- recherche de micro-métastases ganglionnaires
- Breslow 3-4 (>1,5mm): 24-36% ganglions envahis

Cartographie au bleu vital : faible sensibilité (70%)

Lymphoscintigraphie : sensibilité élevée 96%

- évite curage prophylactique (inutile)
- coût en rapport (>1000 euros)

MELANOMES

Histologie spécifique

- recherche micro-métastases (immuno histochimie)
- 73% détection par techniques de routine

Si sentinelle négatif

- risque autre ganglion atteint <1%

MELANOMES

Intérêt thérapeutique

- facteur pronostique majeur : stade III
- 30% survie à 5 ans

Indication formelle curage ganglionnaire

- si ganglion sentinelle atteint
- examen clinique et indice Breslow insuffisants pour prise en charge ++

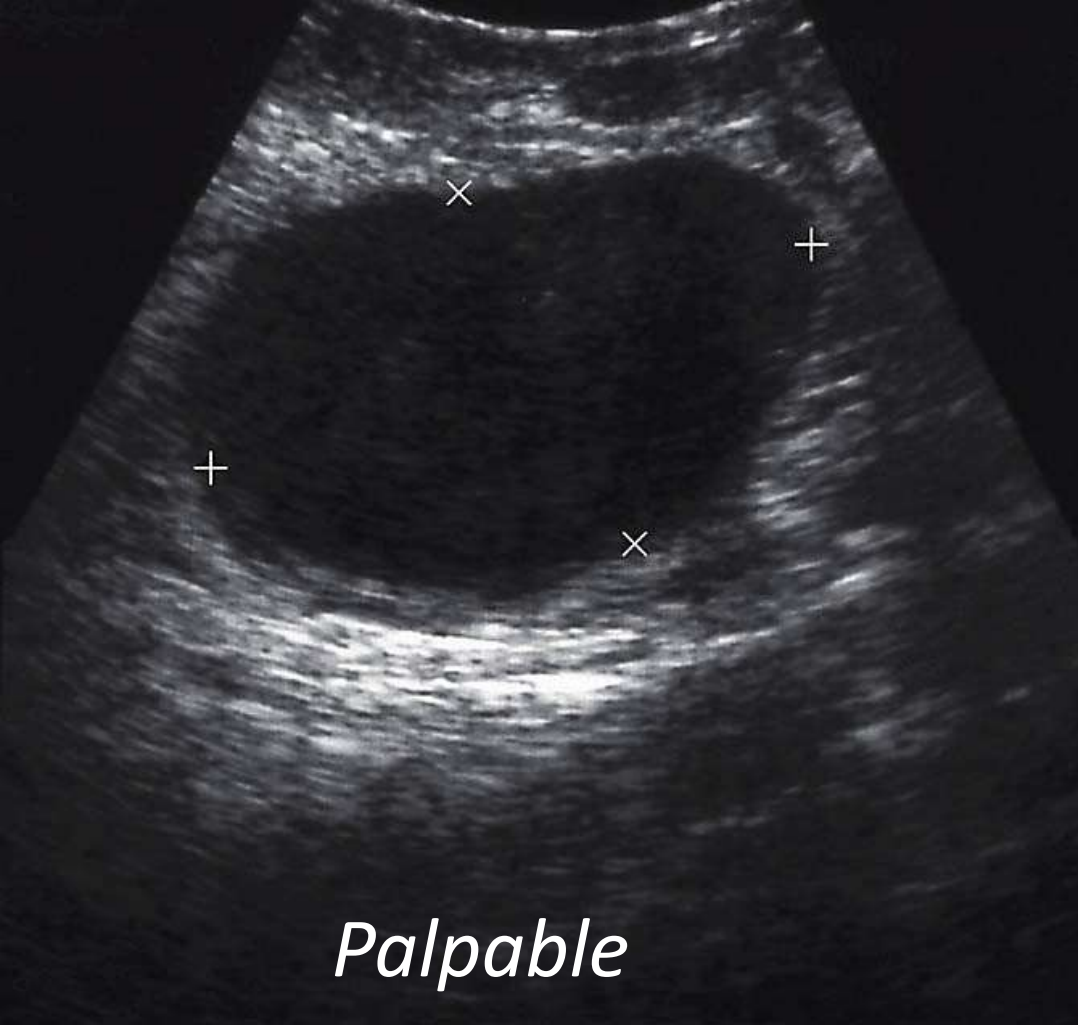
MELANOMES

Apport de l'échographie Doppler

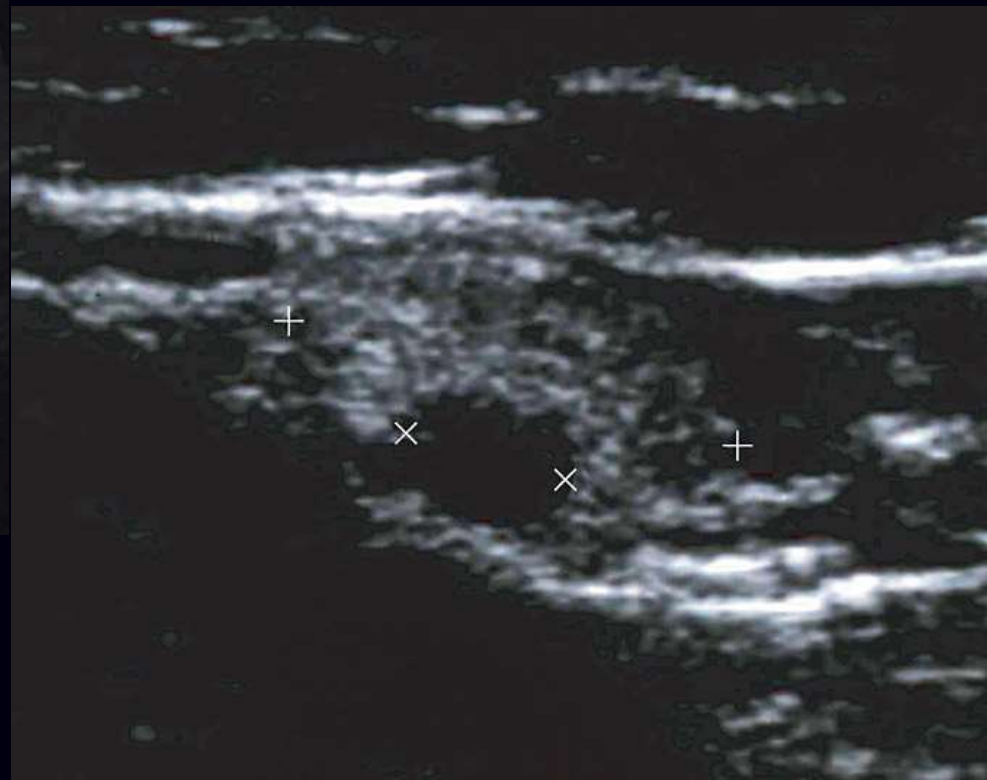
- détection lésions mm (même sur cicatrices)

Etude de Voit et al (*Cancer* 2001)

- 829 malades (267 métastases prouvées)
 - 61 métastases à l'examen clinique (23%)
 - 240 métastases à l' échographie (90%)



Non Palpable



MELANOMES

Apport de la cytoponction échoguidée

- confirmation avant curage

Etude de Voit et al (*Cancer* 2000)

- 448 malades (1017 examens cytologiques)
 - sensibilité 97% (qq faux -)
 - au moins 100 cellules examinées

MELANOMES

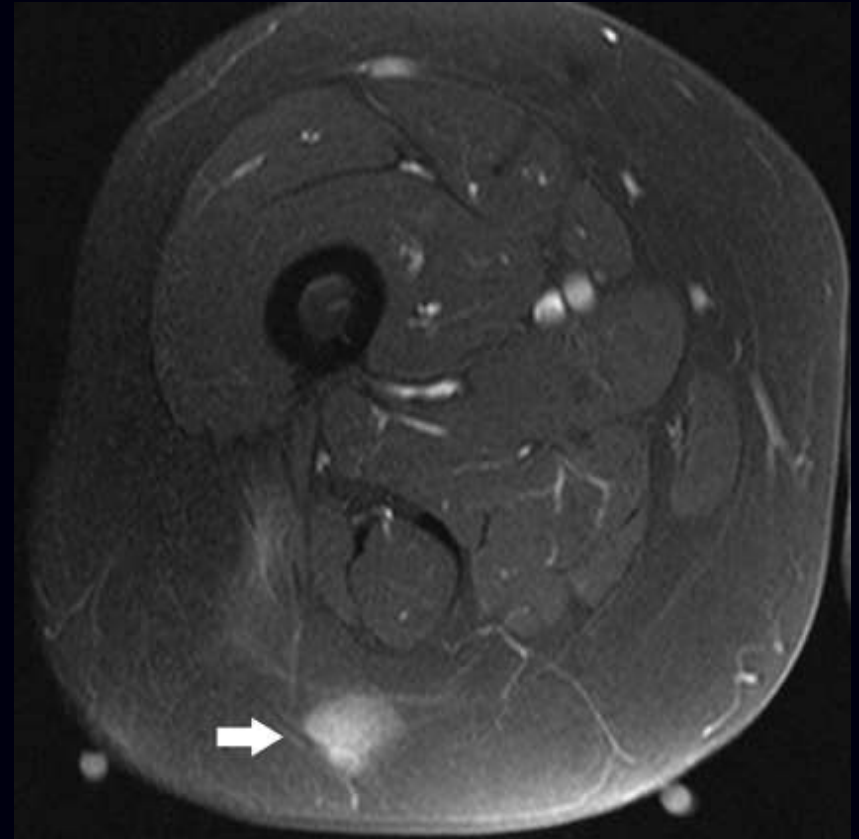
Echographie/lymphoscintigraphie

- comparaison pour repérage ganglion sentinelle

Etude de Khale et al (*Cancer* 2003)

- 67 malades
 - inguinal : concordance 100%
 - axillaire : concordance 75%

MELANOMES



MELANOMES

Surveillance mélanomes

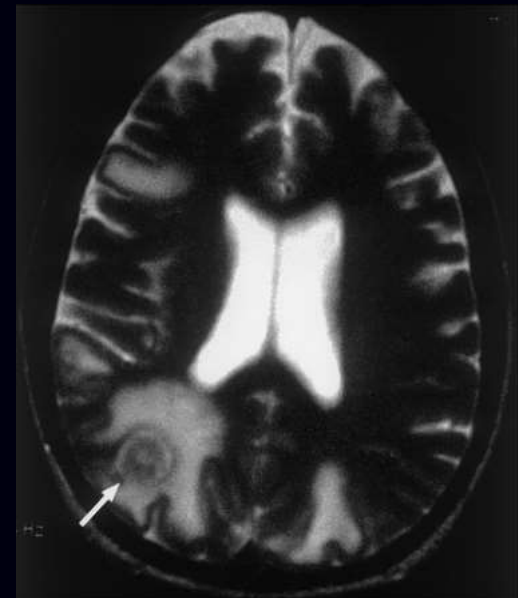
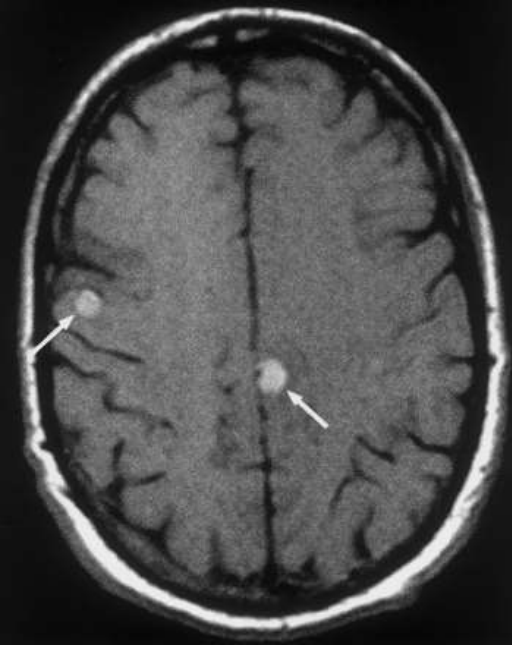
- échographie des aires ganglionnaires de drainage ++
- rythme selon pronostic (dès stade I/II)
- cytoponction de tous ganglions douteux
- technique du ganglion sentinelle ?

SUIVI RADIOLOGIQUE MELANOMES STADE III

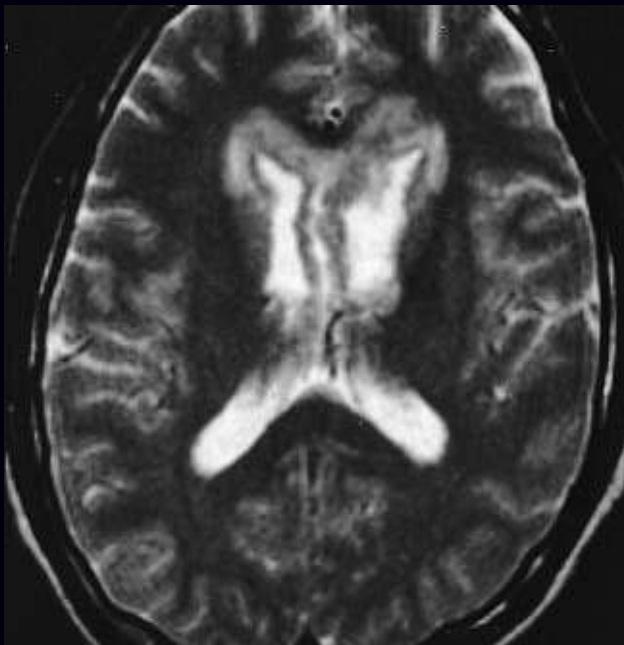
Risque récidive

- 50% à 5 ans si atteinte macroscopique
- 40% à 5 ans si atteinte microscopique
- ++ dans les 2 ans suivant le curage
- 30% survie à 5 ans

MELANOMES



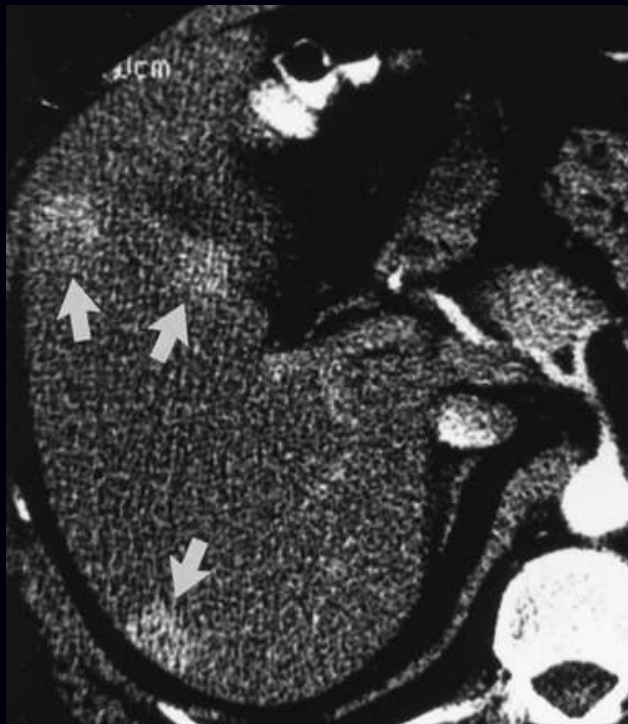
MELANOMES



SUIVI RADIOLOGIQUE MELANOMES STADE III

Modalités de suivi

- suivi clinique tous les 2 mois
- suivi radiologique tous les 4 mois (TDM)
 - = 30% métastases asymptomatiques identifiées par TDM abdomino-pelvien



SUIVI RADIOLOGIQUE MELANOMES STADE III

Pronostic stade IV (métastases)

- chimiothérapie 20-50% réponses temporaires
- chirurgie si lésion unique, limitée
(25% survie à 5 ans)

TUMEURS des PARTIES MOLLES

Tumeurs des tissus superficiels

- Mésenchymateuses
- Glandes annexes
- Tumeurs diverses
- Métastases

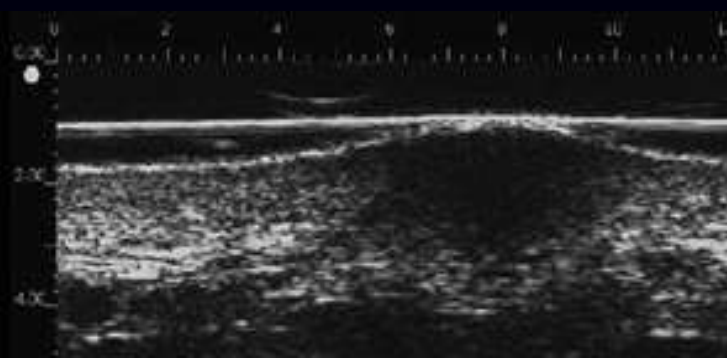
Lésions inflammatoires

Tumeurs SUPERFICIELLES BENIGNES

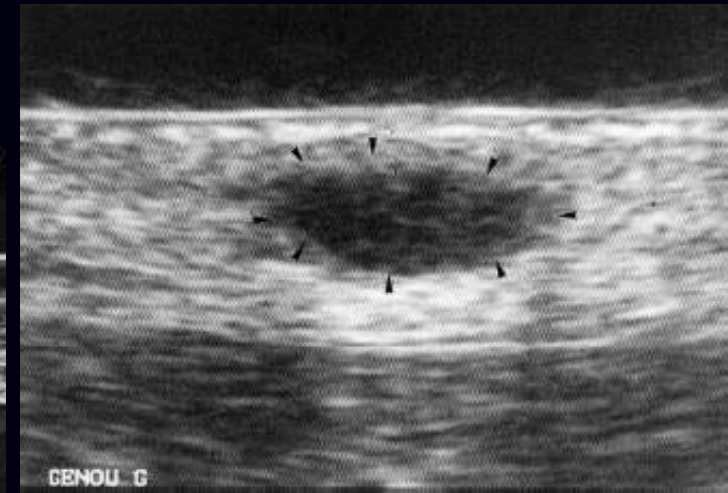
Lipome

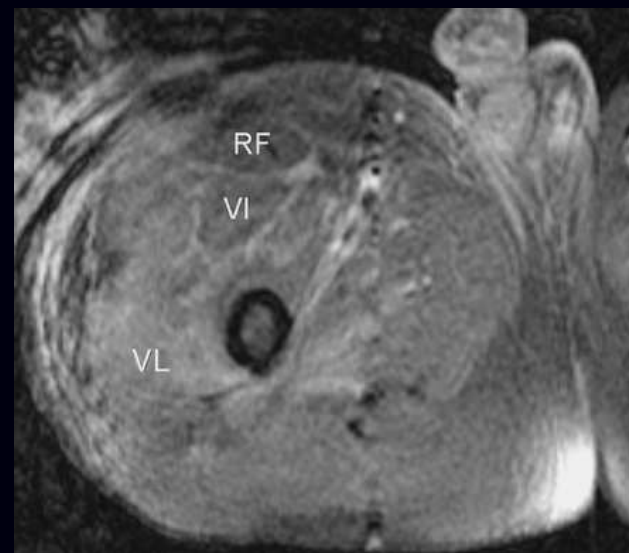
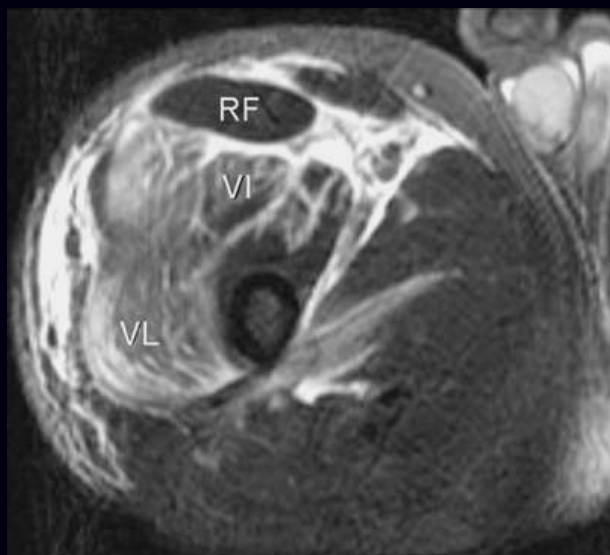
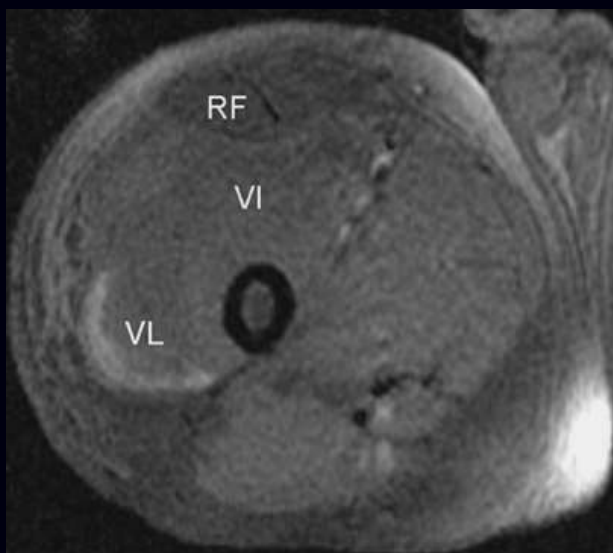
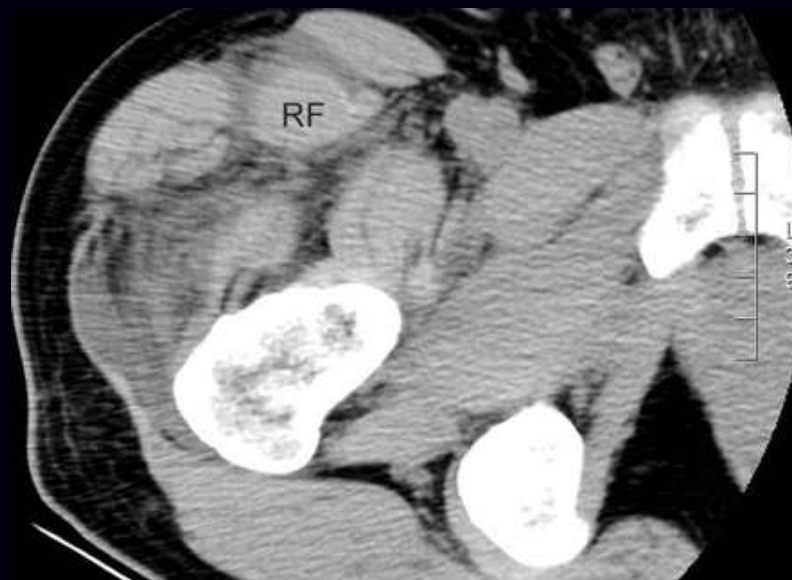
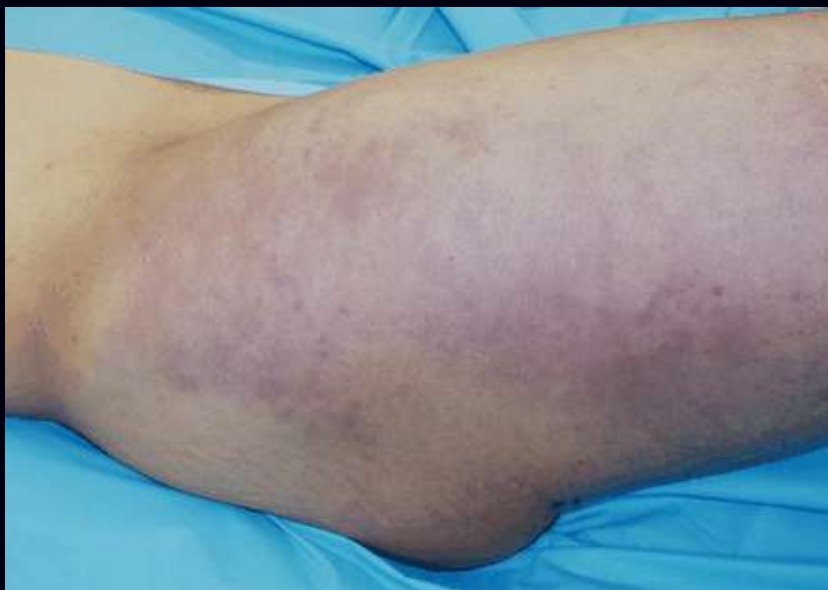


Histiocytoma
fibrome



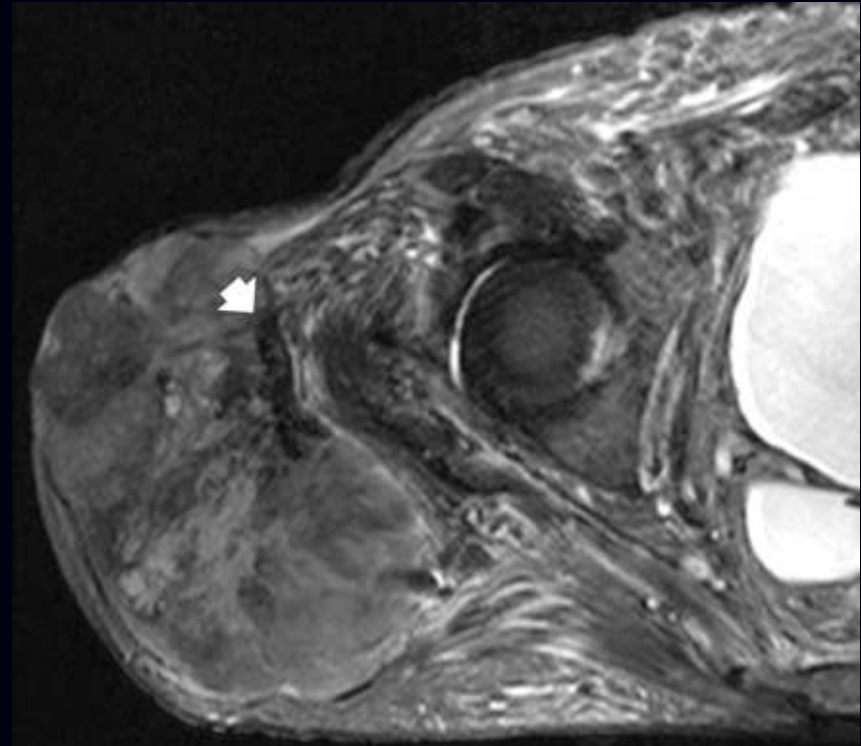
Tumeur
glomique





HISTIOCYTOMES

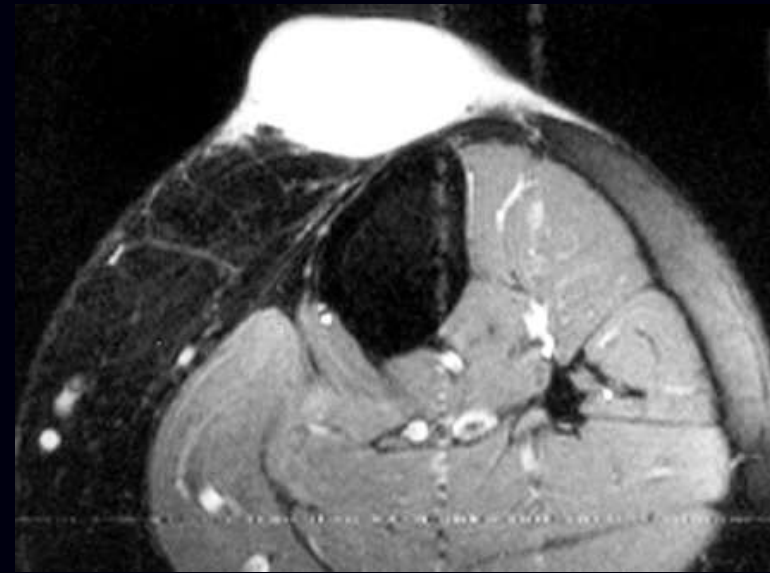
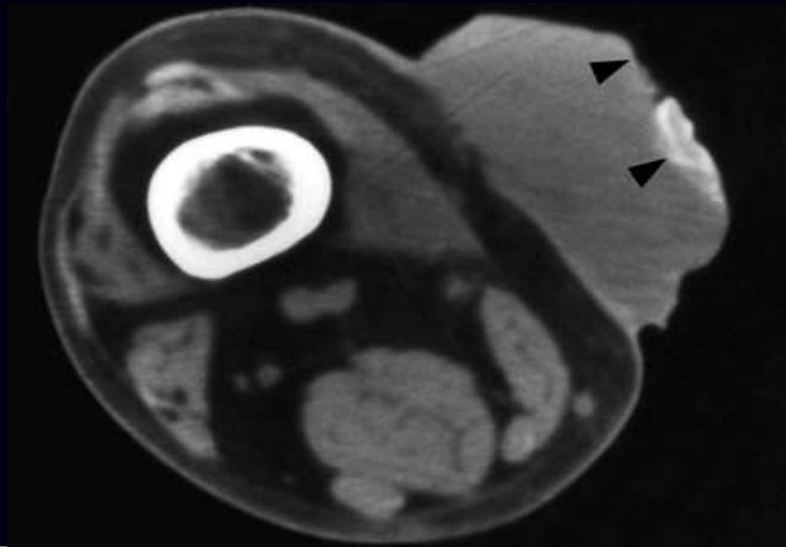
La plus fréquente tumeur maligne superficielle (limitée)



DERMATOFIBROSARCOMES

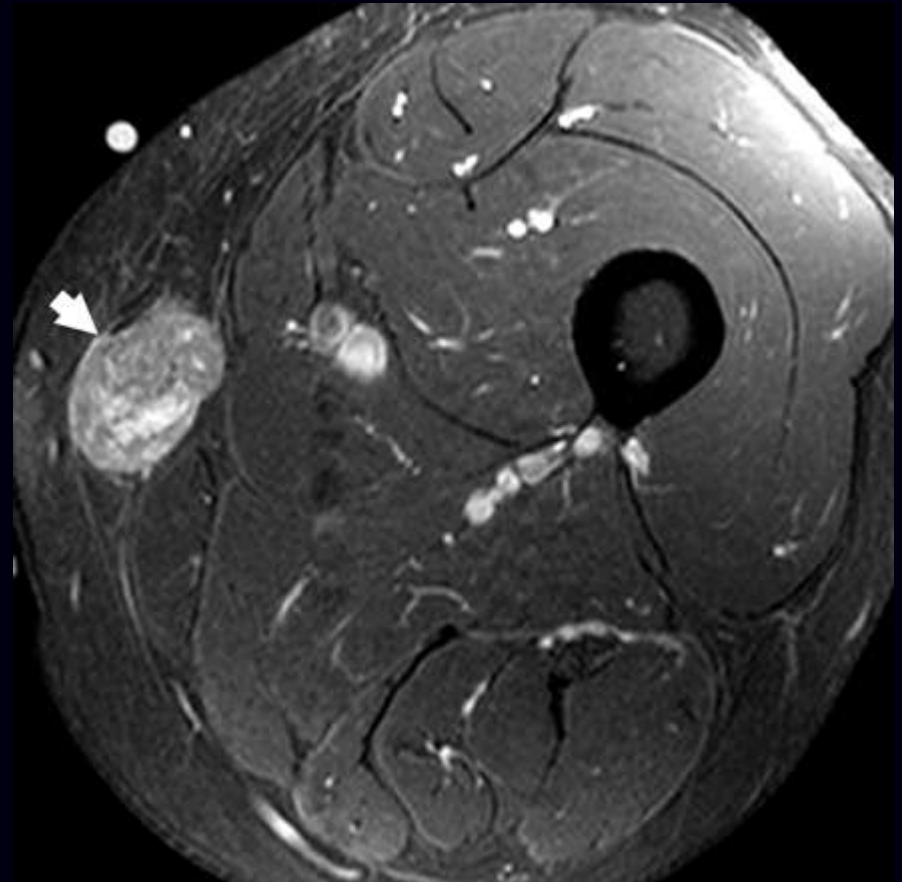
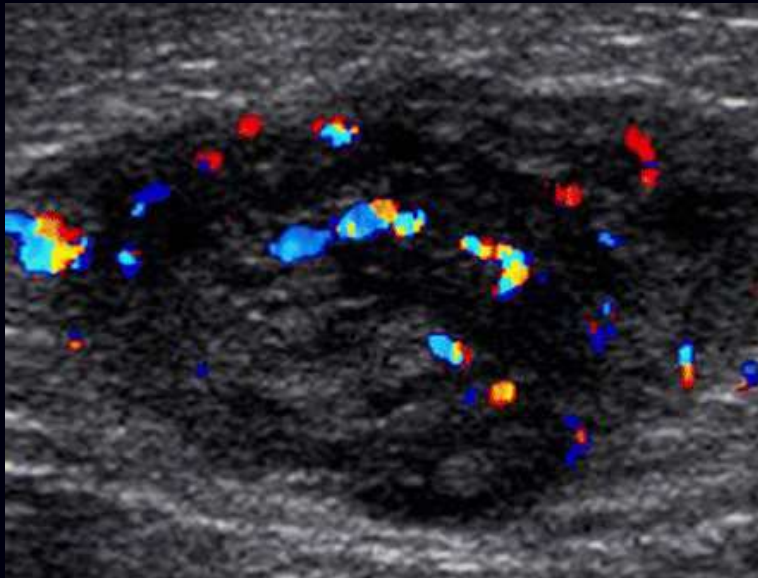
Tumeurs malignes superficielles

- très fréquentes
- exophytiques, parfois hémorragiques



LEIOMYOSARCOMES

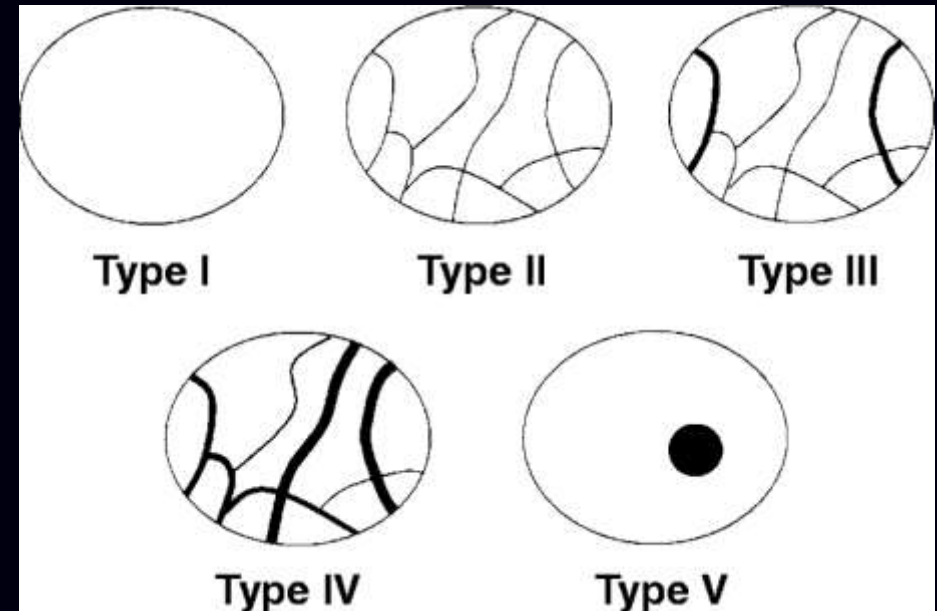
Tumeurs vasculaires
agressives



LIPOSARCOMES

Signes de mauvais pronostic

- cloisons épaisses
- nodules charnus
- composante non grasseuse
= bilan TAP



IRM Indispensable avant resection chirurgicale (extension)

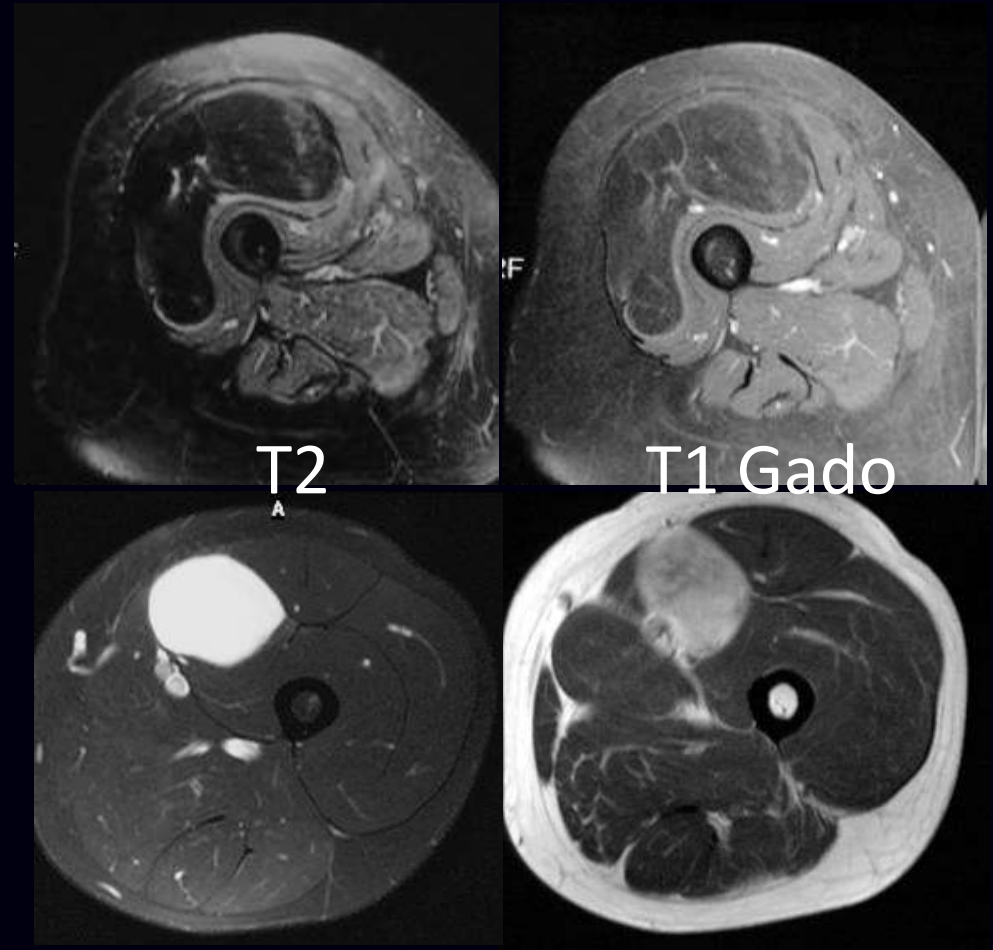
LIPOSARCOMES

Bien différenciés

- fréquent, 50-60 ans
- cuisses ++

Myxoïde

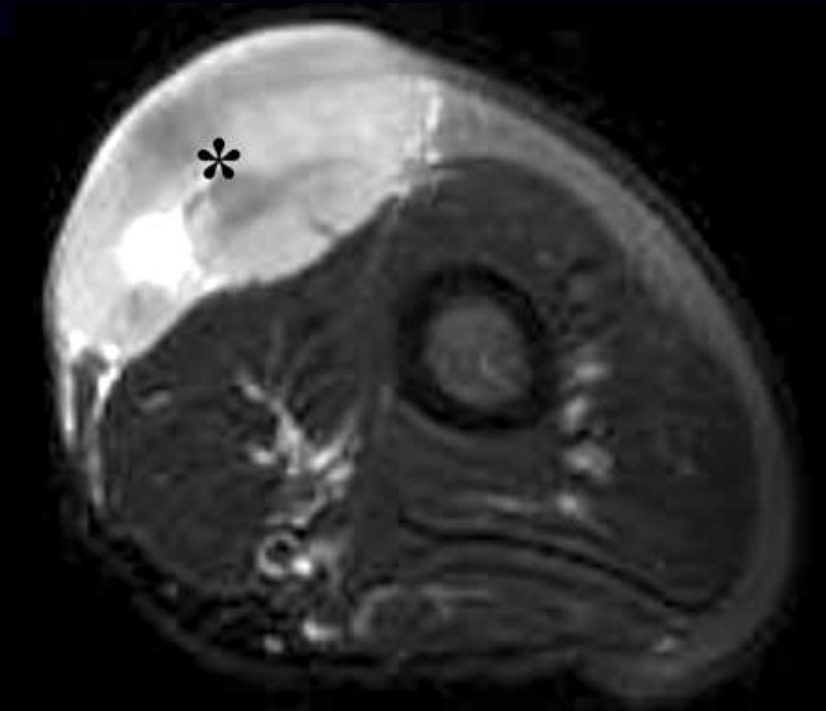
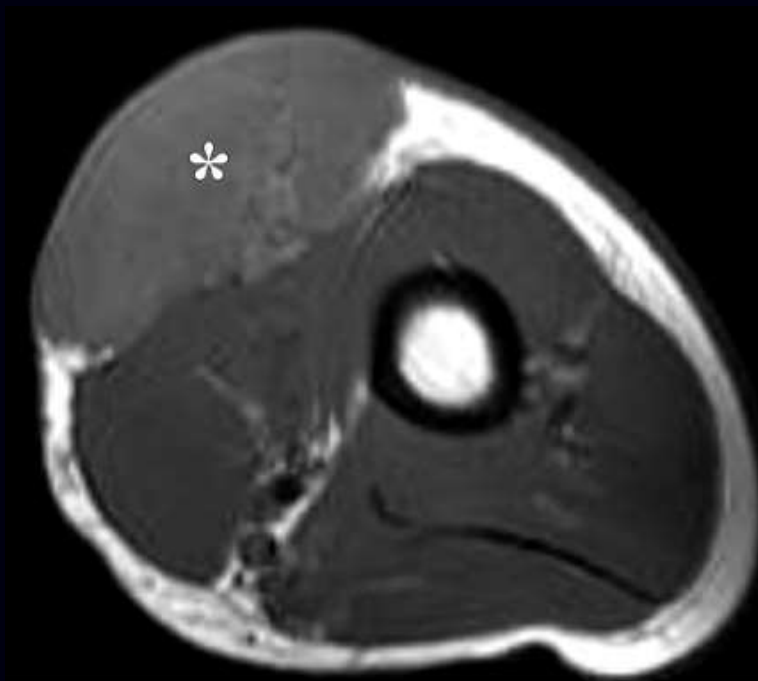
- 30-40 ans
- cuisses, métastatique
- signal IRM typique



AUTRES TUMEURS

Lymphomes

Myxomes



TUMEURS MALIGNES des PARTIES MOLLES

Echographie insuffisante

IRM imagerie de référence pour

- la caractérisation tumorale
- le bilan d'extension

Biopsie percutanée (guidée par imagerie, 14G)