



Recommandations de la Société canadienne de l'imagerie mammaire et l'Association canadienne des radiologistes pour la gestion de l'adénopathie axillaire chez les patients ayant récemment reçu un vaccin contre la COVID-19 – Mise à jour

Il est rare qu'une adénopathie axillaire unilatérale (AAU) apparaisse après une vaccination avec le bacille de Calmette et Guérin (BCG) ou contre la variole, le tétanos, la grippe A H1N1 et le papillomavirus humain (1-3). Cependant, des taux plus élevés d'AAU ont été signalés après la vaccination contre la COVID-19 au moyen des vaccins Moderna et Pfizer-BioNTech (4-6). Parmi les patients ayant reçu le vaccin de Moderna, 11,6 % ont présenté une AAU après la 1^{re} dose, contre 16 % après la 2^e dose chez les patients ayant entre 18 et 64 ans (4). Les radiologistes vont rencontrer de plus en plus de cas d'AAU avec les avancés des campagnes de vaccination contre la COVID. Cet élément est important pour l'évaluation des femmes asymptomatiques en bonne santé passant une mammographie de dépistage et pour les femmes symptomatiques porteuses d'une masse palpable cliniquement suspecte associée à une AAU homolatérale ou controlatérale.

Considérations générales pour la gestion de l'adénopathie axillaire chez les patients ayant récemment reçu un vaccin contre la COVID-19 :

1. **Renseignements collectés au moment de l'examen** : en plus des données habituelles sur les patients collectées par tous les centres d'imagerie mammaire, nous recommandons de recueillir les renseignements suivants sur les formulaires d'administration au patient qui sont spécifiques du vaccin contre la COVID-19, comme le statut vaccinal : date(s) de vaccination(s), type de vaccin, site et côté d'injection (gauche ou droit; bras/cuisse) et tout antécédent récent d'adénopathie axillaire palpable. Pour limiter l'anxiété des patients, envisagez d'inclure cet énoncé préliminaire lorsque les patients sont préoccupés par l'existence d'une AAU : « *Tous les types de vaccins peuvent provoquer une enflure temporaire des ganglions lymphatiques, ce qui peut indiquer que le corps fabrique des anticorps en réponse au vaccin, comme prévu.* »
2. **Gestion des AAU non palpables** : dans le cadre de la mammographie de dépistage, de l'IRM mammaire de dépistage, de l'échographie mammaire de dépistage et en l'absence de constatation à l'imagerie au-delà de l'AAU homolatérale suivant la vaccination récente (< 6 semaines), l'adénopathie est jugée bénigne et aucune autre imagerie n'est indiquée sous réserve qu'aucun ganglion lymphatique ne soit encore palpable six semaines après la dose la plus récente (7). À noter que la découverte fortuite d'une AAU est également possible au cours d'imageries non mammaires chez des femmes et des hommes soumis à une TDM pulmonaire de dépistage ou toute étude d'imagerie par TDM, échographie ou médecine nucléaire incluant le bras et le cou.
3. **Gestion des AAU palpables** : pour les patients ayant une adénopathie axillaire palpable dans un contexte de vaccination homolatérale récente (< 6 semaines), un examen clinique du sein doit être réalisé par le médecin le plus expérimenté; si l'examen est négatif, un suivi clinique du creux axillaire est recommandé. Une échographie axillaire est recommandée pour évaluation complémentaire s'il persiste une préoccupation clinique au-delà de six semaines après l'administration la plus récente de la dose de vaccin. Dans le cas d'un examen cliniquement suspect du sein, avec une adénopathie palpable, l'imagerie diagnostique ne doit pas être retardée, quel que soit le statut vaccinal. Chez les patients ayant une adénopathie palpable persistante pendant plus de 6 semaines après une vaccination homolatérale, une imagerie mammaire diagnostique doit être exécutée et inclure à la fois une mammographie et une échographie axillaire. Des investigations supplémentaires seront effectuées en fonction du niveau de soupçon soulevé par l'interprétation du radiologiste.

Considérations générales pour les patients et les fournisseurs de soins planifiant des examens de dépistage pour les seins et les poumons :

Si cela est possible et que cela ne retarde pas indûment les soins, envisagez de programmer les examens de dépistage avant l'administration de la première dose ou 6 semaines après l'injection de l'une des doses pour les patients présentant un risque moyen. Les femmes symptomatiques ou pour lesquelles la date prévue de l'examen de dépistage est déjà dépassée en raison des retards provoqués par la pandémie doivent passer une mammographie, sans tenir compte de la date de la vaccination.

Si un(e) patient(e) se présente à un examen programmé et indique avoir reçu récemment (c'est-à-dire il y a moins de 6 semaines) un vaccin contre la COVID-19, ce renseignement doit être consigné par le/la technologue et mis à la disposition du radiologiste établissant le rapport. L'examen doit se dérouler comme prévu.

Ces recommandations vont dans le même sens que l'Atlas BI-RADS de l'ACR (8) et visent à :

1. réduire l'anxiété des patients et l'évaluation inutile de ganglions lymphatiques augmentés de volume dans un contexte de vaccination récente, et
2. éviter des retards supplémentaires dans les vaccinations et le dépistage du cancer du sein au cours de la pandémie.

À mesure que davantage de renseignements sur l'incidence et l'aspect des AAU après vaccination anti-COVID-19 deviendront disponibles, il conviendra de changer la durée du suivi ou les recommandations d'évaluation finales, le cas échéant. En outre, des recommandations pour des vaccinations supplémentaires anti-COVID-19 seront ajoutées quand leur diffusion aura été approuvée.

Les 8 points à retenir :

1. Les AAU peuvent être fréquemment observées après une vaccination anti-COVID-19.
2. Communiquez clairement avec les patients et les fournisseurs de soins pour éviter de retarder le diagnostic d'un cancer du sein et la vaccination anti-COVID-19.
3. Il est important de documenter correctement les renseignements sur la vaccination contre la COVID-19; par exemple, chaque date d'administration du vaccin, le type de vaccin, l'endroit du corps (gauche/droite, bras/cuisse). Ces renseignements doivent être facilement accessibles par le radiologiste au moment de l'interprétation de l'examen, tout comme l'historique de l'éventuelle existence d'une adénopathie axillaire palpable.
4. Une AAU homolatérale existant après une vaccination anti-COVID-19 récente (moins de 6 semaines) est habituellement une constatation d'imagerie bénigne et un suivi clinique est recommandé plutôt qu'une imagerie supplémentaire ou une biopsie.
5. Envisagez d'ajouter les phrases suivantes au rapport : « *Le/la patient(e) a fait l'objet d'une vaccination anti-COVID-19 [DATE – JJMMAA]. L'adénopathie homolatérale peut être bénigne dans ce contexte. Un suivi clinique est conseillé. Si un ganglion persiste pendant plus de 6 semaines post-vaccination, une évaluation complémentaire par échographie devrait être demandée par le médecin traitant.* »
6. Les femmes ayant subi une tumorectomie antérieure, une dissection de ganglions lymphatiques, un lymphœdème post-traitement, un mélanome, tout cancer susceptible de métastaser dans le creux axillaire ou un diagnostic récent de cancer du sein en attente de traitement doivent envisager de recevoir le vaccin du côté non affecté ou dans les cuisses pour éviter de faux positifs et des implications inconnues sur la biopsie du ganglion sentinelle (9).

Remerciements

La CSBI et la CAR reconnaissent les contributions des auteurs suivants à cette déclaration : Christie Barbesin, MRT, Dre Supriya Kulkarni, Dre Wyanne Law, Sandra Leslie, Dr Yves Loisel, Dre Anabel Scaranelo, Dre Jean Seely, Dre Nancy Wadden, Dr Tong Wu, Dre Charlotte Yong-Hing.

Cette déclaration a été initialement publiée en ligne par la CAR et la CSBI en février 2021. Cette version présente un texte actualisé en fonction de l'information disponible en mars 2021.

Références :

1. Newfield L, Naschitz JE, Yeshurun D. [BCG-induced axillary lymph-adenitis in the adult]. Harefuah. 1990;119(7-8):199-200, Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2258094/>
2. Studdiford J, Lamb K, Horvath K, Altshuler M, Stonehouse A. Development of unilateral cervical and supraclavicular lymphadenopathy after human papilloma virus vaccination. Pharmacotherapy. 2008;28(9):1194-7, Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18752390/>
3. Shirone N, Shinkai T, Yamane T, et al. Axillary lymph node accumulation on FDG-PET/CT after influenza vaccination. Ann Nucl Med. 2012;26(3):248-52, Available from: https://www.unboundmedicine.com/medline/citation/22271546/Axillary_lymph_node_accumulation_on_FD_G_PET/CT_after_influenza_vaccination
4. Local Reactions, Systemic Reactions, Adverse Events, and Serious Adverse Events: Moderna COVID-19 Vaccine. Centers for Disease Control and Prevention; [January 16, 2021]; Available from: <https://www.cdc.gov/vaccines/covid-19/info-by-product/moderna/reactogenicity.html>.
5. Local Reactions, Systemic Reactions, Adverse Events, and Serious Adverse Events: Pfizer-BioNTech COVID-19 Vaccine. Centers for Disease Control and Prevention; [January 16, 2021]; Available from: <https://www.cdc.gov/vaccines/covid-19/info-by-product/pfizer/reactogenicity.html>.
6. Mehta, Sales, Bagabemi, et al. Unilateral axillary Adenopathy in the setting of COVID-19 vaccine. Clinical Imaging, Volume 75, July 2021, Pages 12-15, Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7817408/>
7. Lehman CD, D'Alessandro HA, Mendoza DP, Succi MD, Kambadakone A, Lamb LR. Unilateral Lymphadenopathy After COVID-19 Vaccination: A Practical Management Plan for Radiologists Across Specialties, Journal of the American College of Radiology, 2021, ISSN 1546-1440, <https://doi.org/10.1016/j.jacr.2021.03.001>
8. D'Orsi C, Sickles E, Mendelson E, Morris E, al. e. ACR BI-RADS® Atlas, American College of Radiology, Reston, VA. Breast Imaging Reporting and Data System. 2013. Available from: <https://www.acr.org/Clinical-Resources/Reporting-and-Data-Systems/Bi-Rads>
9. Becker AS, Perez-Johnston R, Chikarmane SA, et al. Multidisciplinary recommendations regarding post-vaccine adenopathy and radiologic imaging: radiology scientific expert panel. Radiology. Radiology. 2021 Feb 24:210436.