



OPTIMISATIONS EN 2012  
DANS LA PRISE EN CHARGE  
DES CANCERS GYNÉCOLOGIQUES

SAMEDI 7 JANVIER 2012  
CENTRE DES CONGRÈS  
AIX-EN-PROVENCE

# CAT DEVANT UNE BIOPSIE DU SEIN B3

Opinel Pierre  
OPINEL Pierre  
CHPAre PA  
7 Janvier 2012

## Classification des recommandations européennes des B3

(Ellis J Clin Pathol 2004)

Lésion	B2	B3	B4	B5
Métaplasie cylindro cubique	Simple	Atypique <b>DIN1a</b>  (MCA)		
Hyperplasie canalaire	Simple (CK 5/6 positive)	Atypique <b>DIN1b</b>  (HCA)		
Néoplasie lobulaire		<b>LIN1/LIN2</b>		LIN3 pleiomorphe
Cicatrice radiaire		Quelque soient les atypies		
Papillomes	Microscopique, simple et unique	<b>Papillomes multiples</b> avec ou sans atypies	Atypies marquées	

# Lésions frontières : B3

- Risques de sous estimation:

La différence entre une HCA et un CCIS est une différence de taille ( HCA si  $< 2$  mill et CCIS si  $> 2$  mill )

- Risques de cancer de bordure:

La lésion frontière est associée à un cancer in situ ou infiltrant, non diagnostiqué sur le prélèvement biopsique.

- Risques évolutifs vers un cancer:

Continuum des lésions frontières vers in situ ,et l'infiltrant ,selon des modalités diverses mal connues (identité génétique ,interactions entre les composantes épithéliales et stromales.....)

**→ DIAGNOSTIC DE B3 COHERENT SUR MACROBIOPSIES**

# Risques sous estimation et évolutifs

- Globalement ,la fréquence des B3 varie de 3 à 12% ,et la VPP de cancer in situ ou invasif varie de 10 à 30%.

Type de lésion	Fréquence	VPP
MCA-DiN1a	18,3%	12,7%
HCA-DiN1b	38,3%	27,3%
LIN1àLIN3	20,8%	22%
Papillome	8,5%	13,3%
Cicatrice Radiaire	12,2%	10,6%

*(Bianchi:Enquete Europeenne sur 26165 MBA.83,4% pour microcalcifications)*

## RCP lésions frontières? Que doit-on faire?

- *Anapath, chirurgien, radiologue, oncogénéticien psychologue....*
- *Atcfs personnels, familiaux*
- *Age (↑risque si jeune age), lésion clinique, lisibilité de l'imagerie, possibilités de surveillance*
- *Psychologie patiente et médecin*
- ★ *Discuter avec les anapath. → Affirmer la nature B3*
- ★ *Valider la procédure du prélèvement biopsique. (Nb et taille des biopsies)*
- ★ *Corréler l'imagerie et l'anapath.*
- ★ *Exérèse complète du foyer de microcalcifications après MBA?*
- ★ *Un ou plusieurs foyers de microcalcifications? Plusieurs lésions associées?*

**→ Décider entre opérer ou surveiller**

*Tout en jugeant sur des études rétrospectives avec techniques de prélèvements variables et des taux de sous-estimation disparates.*

# Chirurgie ou surveillance?

- Chirurgie d'exérèse?

- Règles strictes

- Obtenir des marges saines si un foyer de HCA ,papillomes multiples ou cicatrice radiaire avec atypies ;Moins important dans LIN1-LIN2 ou MCA seule

- Geste agressif inutile?*

- Difficultés de surveillance ultérieure?*

- *Morbidité?*

- Surveillance?

- Ne pas passer à côté d'un cancer ou laisser évoluer une lésion vers un vrai cancer

- Morbidité des irradiations répétées?*

B3	% de sous estimation	Attitude STANDARD	OPTION SURVEILLANCE SI ... (à valider)
<b>MCCA (DIN1a)</b>	13 - 30	Exérèse complé mentaire	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>MCCA isolée</b></li> <li>• <b>Pas de micro résiduelles</b></li> <li>• Taille radiologique &lt; 10mm</li> </ul> <p>(1)</p>
<b>HCA (DIN1b)</b>	17 - 38	Exérèse complé mentaire	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>HCA isolée</b></li> <li>• <b>Pas de micro résiduelles</b></li> <li>• ACR 3 ou 4</li> <li>• taille radiologique &lt; 6mm</li> <li>• nombre de foyers atypies sur MBA &lt; 2</li> </ul> <p>(2)</p>
<b>LIN1/LIN2</b>	8 - 46	Exérèse complé mentaire	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>LIN1/2 isolée</b></li> <li>• <b>Pas de micro résiduelles</b></li> <li>• Pas d'antécédents familiaux ou perso.</li> <li>• Concordance radio/histo</li> </ul> <p>LIN sur carottes avec micro.(<b>lésion cible</b>) ou en dehors (<b>incidentalome</b>)</p> <p>(3)</p>
<b>Cicatrice radiaire (±atypies)</b>	10 - 16	Exérèse (image difficile à surveiller)	<b>Exérèse par macroB</b> (ou supermacroB) si absence atypies (4)
<b>Papillomes unique, multiples (± atypies)</b>	7 - 22	<b>Exérèse systématique en LS si papillomes multiples± atypies</b>	<b>Exérèse par macroB</b> (ou supermacroB) si papillome unique sans atypies (5)

(1)De Mascarel, Senetta, David (2)Forgeart, De Mascarel , Wagoner (3)Liberman, de Mascarel  
(4) Richter-Ehrenstein (5) Rajan, Bianchi

# Etude prospective multicentrique (Macro biopsie pour foyers calcifications B3)

## OBJECTIF PRINCIPAL

- Taux de sous évaluation Macro biopsie/Chirurgie
- Rechercher critères prédictifs de sous évaluation minime

## CENTRES (CLCC/privé/public)

- C. Oscar Lambret Lille
- C. Jean Perrin Clermont Ferrand
- Clinique Casamance Aubagne
- Institut Paoli Calmettes Marseille
- Clinique Clémentville Montpellier
- Cabinet privé les Martégaux Marseille
- CH Aix en Provence
- Centre Léon Bérard Lyon
- Clinique Urbain V Avignon

## OBJECTIFS SECONDAIRES:

- Exhaustivité du recueil de données
- Evaluer variabilité inter observateur du diagnostic (double lecture)

**Déc. 2008 – Juin 2011: 338 patientes**

Fiches standardisées de recueil de données

53/ 323 bras surveillance

260/323 bras chirurgie

## Taux de sous évaluation après chirurgie selon type de B3

B3	Houssami 2007	Dillon 2007	El-sayed 2008	Lieske 2008	Hayes 2009	S.Bianchi 2011	Notre étude 2011
DIN1a	-	-	-	-	12,5%	12,7%	<b>9,1%</b>
DIN1b	44,7%	35%	32,4%	50%	32%	27, 3%	<b>16,7%</b>
LIN	60,9%	44,4%	29,6%	37,5%	50%	22%	<b>8,8%</b>
Papillome	22,7%	17,8%	10,5%	25,7%	8,3%	13,3%	<b>7,1%</b>
Cicatrice radiaire	16,7%	12,2%	12,2%	9,3%	12,3%	10,6%	<b>18,2%</b>
Sous évaluation globale	<b>35,1%</b> (98/279)	<b>20,9%</b> (37/177)	<b>20,3%</b> (106/523)	<b>33,7%</b> (67/199)	<b>15,6%</b> (22/141)	<b>21,2%</b> (349/1644)	<b>14,2%</b> <b>(37/260)</b>

# COMMENTAIRES

SAMEDI 7 JANVIER 2012  
CENTRE DES CONGRÈS  
AIX-EN-PROVENCE

- Dépistage amélioré, Microcalcifications plus visibles en mammographie numérique: augmentation du diagnostic de microcalcifications= ↗ Nombre de B3.
- Facilité des biopsies, ≈ sans complications
- Anapath plus performante
- Risque évolutif mal connu

➔ Chirurgie quasi systématique

➔ Aucune étude sur les conséquences de la chirurgie (morbidité, coût, diminution des récurrences, mortalité) et sur celles de la surveillance (Irradiations répétées)

# A SE RAPPELLER

- RISQUE FAIBLE

- MCA seule =risque faible

- 1 foyer micro ou lésion isolée(papillome ,cicatrice radiaire) et exèrese complète après macrobiopsies

- RISQUE IMPORTANT

- ACR5+HCA+lésions associées

- Plusieurs foyers de microcalcifications avec atypies

# CONCLUSION

- Le but n'est pas de trouver des cellules cancéreuses, mais de dépister une maladie potentiellement létale et de la guérir avec le minimum de complications immédiates et à long terme.
- Etudes disparates → Nécessité d'une standardisation des images, prélèvements, anatopath pour améliorer les 75% de chirurgies inutiles.
- Arriver à sélectionner une population qui ne nécessite pas une chirurgie d'exérèse.

## Risque de cancer du sein

Risque Cumulé (%)

