

## Valeur des macrobiopsies mammaires sous guidage stéréotaxique en cas de découverte d'une hyperplasie canalaire atypique

C Tourasse (1), P Sebag (2), JF Dénier (3), N Rouyer (4) et C Donné (3)

### Abstract

**Value of stereotactic breast core biopsy in patients with atypical ductal hyperplasia**

J Radiol 2008;89:40-6

**Purpose:** Based on a dual center retrospective study, the risks of under-diagnosing clusters of microcalcifications on core biopsies are analyzed. Imaging and histopathological factors affecting this risk are explored.

**Materials and Methods:** A total of 1,400 lesions (ACR BI-RADS 2-5) were reviewed and analyzed for size, degree of excision (%), and histology result. A total of 381 patients underwent surgery. Inter-center review of some histological slides was also performed.

**Results:** The rate of under-diagnosis was 5.9% for ductal carcinoma in situ (DCIS) and 12.5% for atypical ductal hyperplasia (ADH). Most cases of under-diagnosis involved clusters larger than 20 mm in diameter where the percentage of excision decreased from 98% (clusters <10 mm) to 9%. Review of histological slides showed inter-observer variability that decreased in relation to experience. ADH was never under-diagnosed when 3 or less foci were present. The risk of under-diagnosis for DCIS increased when the number of biopsies containing DCIS was superior to 50% and if the grade was high.

**Conclusion:** The presence of ADH on biopsy specimens requires surgical biopsy, but optimal core biopsies with cluster removal and histological analysis by an experienced observer allows identification of low risk patients that could undergo close follow-up.

**Key words:** Vacuum assisted core biopsy. Stereotactic biopsy. Breast pathology. Atypical ductal hyperplasia.

### Résumé

**Objectif :** Les auteurs, dans une étude rétrospective bi-centrique, analysent le risque de sous-estimation des foyers de microcalcifications explorés par macrobiopsies. Les facteurs radiologiques et anatomopathologiques intervenant dans ce risque sont exposés.

**Matériel et méthode :** 1 400 lésions (ACR 2 à 5) ont été revues avec analyse de la taille, du pourcentage d'exérèse, du résultat histologique. Trois cent quatre-vingt-une patientes ont été opérées. Une relecture inter-sites d'une partie des lames histologiques a été conduite.

**Résultat :** Le taux de sous-estimation a été de 5,9 % pour les CCIS et 12,5 % pour les HCA. La majorité des sous-estimations apparaissait sur les foyers supérieurs à 20 mm où le taux d'exérèse chute de 98 % (foyers < 10 mm) à 9 %. La relecture des lames a montré une variabilité de l'interprétation du diagnostic d'HCA qui s'atténue avec l'expérience de l'opérateur. Il n'a jamais été observé de sous-estimation lorsque le nombre de focus d'HCA était inférieur ou égal à trois. Pour les CCIS le risque de sous-estimation augmente si le nombre de biopsies contenant du CCIS est supérieur à 50 % et si le grade est élevé.

**Conclusion :** La découverte d'une HCA reste un diagnostic péjoratif justifiant une reprise chirurgicale, mais une bonne pratique des macrobiopsies avec exérèse du foyer couplée à l'analyse des prélèvements par un opérateur expérimenté permet de sélectionner des cas où le risque de sous-estimation est faible et doit faire discuter en concertation une surveillance.

**Mots-clés :** Macrobiopsie par aspiration. Stéréotaxie. Pathologie mammaire. Hyperplasie canalaire atypique.

En 1998 sont apparues les macrobiopsies assistées par le vide dans la prise en charge des microcalcifications mammaires. Cette technique est maintenant unanimement reconnue comme un moyen diagnostique fiable en alternative à la biopsie chirurgicale. Parallèlement à cette technique, les connaissances en matière de diagnostic histologique ont nettement progressé, ce qui a permis de mieux caractériser les lésions bénignes et malignes, mais aussi de définir des sous-groupes de lésions bénignes dites lésions frontières. Ces lésions prolifératives non invasives,

de type lobulaire ou de type canalaire représentent soit des marqueurs de risque de carcinome invasif ultérieur, soit des précurseurs du cancer infiltrant (1). La lésion frontière la plus fréquemment rencontrée reste l'HCA, stade précurseur du CCIS. La découverte d'une HCA sur des macrobiopsies pose le problème du risque de sous-estimation de CCIS et justifie classiquement une reprise chirurgicale (2). À partir d'une étude rétrospective de 1 400 lésions biopsiées par macrobiopsies, nous avons évalué ce risque en fonction de la taille lésionnelle, du pourcentage d'exérèse, et des données histologiques.

de façon rétrospective sur 4 ans les dossiers de 1 310 patientes représentant un total de 1 400 foyers de microcalcifications (800 pour le site 1 et 600 pour le site 2) interprétés selon la classification BI-RADS de l'ACR (3). Tous ces foyers ont bénéficié de macrobiopsies assistées par le vide avec le système Mammotome (Breast Care, 1, rue Camille Desmoulins TSA 81002 92787, Issy-les-Moulineaux, France) sur table dédiée par voie directe dans le site 1 (table Giotto, IMS Via Sagittario 5, 40037 Pontecchio Marconi Bologne Italie) ou par la technique du bras latéral dans le

(1) Clinique Jeanne d'Arc, 38, cours Albert Thomas, 69008 Lyon. (2) 35, bd Victor Hugo, 06000 Nice. (3) Cabinet d'Anatomie et Cytologie pathologique, GRC, 69578 Limonest Cedex. (4) Cabinet de Pathologie, 24, rue A. de Monzie, BP 4249, 06305 Nice.  
Correspondance : C Tourasse  
E-mail : christophe.tourasse@radiologie-lyon.com.

### Matériel et méthode

Dans le cadre d'une étude menée conjointement dans deux centres, nous avons analysé

### Abréviations

HCA : Hyperplasie Canalaire Atypique  
CCIS : Carcinome Canalaire *in Situ*  
ACR : Classification BI-RADS publiée par l'American College of Radiology

site 2 (table Fischer, Fischer Imaging France 23, square Edouard VII, 75009 Paris). Le calibre utilisé a été le 11 Gauge sauf pour 53 patientes où le 8 Gauge a été préféré dans le but d'adapter le volume enlevé à la taille radiologique du signal calcique ; il s'agissait alors de foyers de plus de 20 mm abordés par voie directe.

Pour chaque dossier, les paramètres suivants ont été relevés : taille du foyer initial, étude des calcifications prélevées sur la radiographie des prélèvements, pourcentage de calcifications prélevées. Pour chaque foyer, nous avons apprécié le volume prélevé en termes d'exérèse : exérèse « complète (100 %) », « presque complète (90 à 99 %) » ou « incomplète (inférieur à 90 %) » en sachant qu'une exérèse incomplète ne signifie pas un problème technique mais la volonté du radiologue d'arrêter le geste après un recueil de microcalcifications jugé représentatif.

Trois cent quatre-vingt et une patientes ont été opérées (27 %), le résultat chirurgical nous a été communiqué chez 309 patientes. Les résultats histologiques des pièces opératoires ont été comparés à ceux des macrobiopsies pour les patientes opérées. Les patientes présentant une HCA sur leurs biopsies n'ont pas toutes été opérées. La décision s'est faite au cas par cas par concertation multidisciplinaire en prenant en compte l'âge de la patiente, les facteurs de risque personnels et familiaux, la taille et le degré d'exérèse lésionnelle lors du geste, les facilités de suivi de la patiente. Les patientes non opérées présentant une lésion frontière ont bénéficié d'une surveillance mammographique rapprochée (6 mois, un an, puis annuelle).

Étant donné les différences rencontrées entre les sites dans le taux de sous-estimation des HCA, il a été décidé de faire avec les équipes d'anatomopathologistes un travail de lecture de lames sur un échantillonnage de 37 dossiers choisis dans les deux sites.

## Résultat

Sur les 1 400 foyers de microcalcifications, la répartition ACR était la suivante : 12 ACR2 (0,8 %), 321 ACR3 (23 %), 1001 ACR4 (71,5 %) et 66 ACR5 (4,7 %).

Les résultats des macrobiopsies ont révélé dans 904 cas des lésions bénignes (64,6 %), dans 373 cas des lésions malignes (26,6 %) et dans 123 cas (8,8 %) des lésions frontières (HCA, néoplasies lobulaires *in situ* grade I et II).

Parmi ces lésions, nous avons eu 276 carcinomes canauxiers *in situ* (CCIS), 70 carcinomes canauxiers avec composante infiltrante (CCI), et 105 hyperplasies canauxières atypiques (HCA). Pour les CCIS, le résultat de la chirurgie est connu dans 237 cas et a révélé une composante infiltrante associée dans 14 cas (sous estimation 5,9 %). Sur les 105 HCA, une chirurgie a été réalisée dans 72 cas et un CCIS a été découvert sur la pièce opératoire dans neuf cas (sous estimation 12,5 %).

La taille des foyers de microcalcifications était répartie de la manière suivante : 49,8 % inférieurs ou égal à 10 mm, 20,6 % entre 10 et 15 mm, 13 % entre 15 et 20 mm, et 16,6 % supérieurs à 20 mm. Nos résultats sont repris dans le *tableau I*.

Nous avons obtenu une exérèse complète ou presque complète dans 98 % des foyers inférieur ou égal à 10 mm, 80 % des foyers compris entre 10 et 15 mm, 60 % des foyers compris entre 15 et 20 mm, et 9 % des foyers de plus de 20 mm.

Les sous-estimations de la composante infiltrante associée à un CCIS étaient plus fréquentes lorsque le CCIS était de grade élevé et présent sur la majorité des carottes biopsiques (*tableau II*).

Parmi les sous-estimations HCA versus CCIS et CCIS versus CCI (total 23), 16 intéressaient des foyers de plus de 20 mm. Dans l'un des sites de cette étude, l'utilisation d'aiguilles de calibre 8 G (site 1) est devenue systématique pour les 53 derniers foyers de microcalcifications de plus de 20 mm. Cette modification de pratique a montré une chute du taux de sous-estimation de 10,2 % à 5,6 %.

Si l'on détaille les résultats des deux sites, on s'aperçoit que, si ces deux séries sont homogènes en répartition des ACR, des taux bénin-malin, du pourcentage de CCIS, on trouve une discordance dans le taux d'HCA avec une différence pratiquement du simple au double entre les deux sites (*tableau III*). Cette discordance nous a fait suspecter une variabilité dans l'inter-

**Tableau I**  
Résultats.

	Taille du foyer	< 1 cm	1 à 2 cm	> 2 cm
Macrobiopsie	Nb de lésions	697	470	233
Macrobiopsie	HCA	51	18	36
Macrobiopsie	CCIS	94	74	108
Chirurgie	Sous-estimation	3	1	5
72/105	HCA/CCIS			
Chirurgie	Sous-estimation	1	2	11
237/276	CCIS/CCI			

**Tableau II**

Sous-estimation de l'infiltration des carcinomes canauxiers *in situ* selon le grade et le pourcentage de biopsies contenant du CCIS.

Grade histologique du CCIS	1	2	3
Nb patientes avec plus de 50 % de biopsies contenant du CCIS	4	24	21
Nb patientes avec moins de 50 % de biopsies contenant du CCIS	8	25	3
Nb de cas de sous-estimations quand le taux de biopsies atteintes par le CCIS est > 50 %	0	3	1
Nb de cas de sous-estimations quand le taux de biopsies atteintes par le CCIS est < 50 %	0	0	1

**Tableau III**

Répartition des carcinomes canauxiers *in situ* (CCIS) et hyperplasie canalaire atypique (HCA) selon les deux sites.

	% CCIS	% HCA	HCA % Patientes opérées	HCA % Sous-estimations
1 <sup>er</sup> site	21,1	9	81,6	8,6
2 <sup>e</sup> site	17,2	4,8	63,6	28,5

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4235940>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4235940>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)