



Faut-il opérer toutes les néoplasies lobulaires intraépithéliales diagnostiquées par biopsie mammaire radioguidée ?

Maeva Fischer-Hunsinger¹, Jean-Marc Guinebretière², Serge Lasry³, Adriana Langer¹, Hélène Berment¹, Ibtissem Nekka¹, Philippe Nodiot¹, Pascal Cherel¹

Reçu le 1^{er} novembre 2015
Reçu sous la forme révisée le
21 février 2016
Accepté le 23 février 2016
Disponible sur internet le :
12 avril 2016

1. Centre René-Huguenin, département d'imagerie médicale, 35, rue Dailly, 92210 Saint-Cloud, France
2. Centre René-Huguenin, anatomie et cytologie pathologiques, 35, rue Dailly, 92210 Saint-Cloud, France
3. Centre René-Huguenin, département de chirurgie oncologique, 35, rue Dailly, 92210 Saint-Cloud, France

Correspondance :

Maeva Fischer-Hunsinger, centre René-Huguenin, département d'imagerie médicale, 35, rue Dailly, 92210 Saint-Cloud, France.
maefischer@gmail.com

Mots clés

Néoplasies lobulaires
Hyperplasies lobulaires
atypiques
Carcinomes lobulaires in
situ
Biopsie du sein
Chirurgie

■ Résumé

Objectif > Les néoplasies lobulaires intraépithéliales (NLI) diagnostiquées par biopsie mammaire radioguidée peuvent être associées à un cancer non diagnostiqué lors de la biopsie. Dans ce cas, on parle de sous-diagnostic. La prise en charge de ces lésions est par conséquent souvent chirurgicale et de nombreuses chirurgies s'avèrent finalement inutiles. L'objectif de notre travail était de définir des critères permettant d'éviter une chirurgie inutile.

Matériels et méthodes > Il s'agit d'une étude monocentrique, rétrospective issue d'une base de données collectées de manière prospective. Quatorze mille biopsies ont été analysées, parmi lesquelles 456 NLI ont été diagnostiquées. Les taux de sous-diagnostic ont été analysés en fonction de nombreux critères. La durée moyenne de suivi était de 45 mois.

Résultats > Pour les hyperplasies lobulaires atypiques (HLA), nous avons obtenu 7,6 % de sous-diagnostic et en combinant plusieurs critères, nous obtenions un risque très faible de cancer (2 %). Pour les CLIS, ce taux était de 23 % et aucun sous-groupe à faible risque n'a pu être identifié.

Conclusion > Les HLA se traduisant par des microcalcifications ≤ 20 mm, sans autre lésion atypique associée, histologiquement focales et dont l'exérèse radiologique est représentative peuvent bénéficier d'une surveillance clinico-radiologique. Pour les autres lésions de NLI, une chirurgie reste indiquée.

Keywords

Lobular intraepithelial
neoplasia
Atypical lobular
hyperplasia
Lobular carcinoma in situ

■ Summary

Shall all lobular intraepithelial neoplasia diagnosed on image-guided biopsy require a surgical management?

Breast biopsy
Breast neoplasms
Surgery

Objective > Lobular intraepithelial neoplasia (LIN) diagnosed on image-guided biopsy may be associated with an undiagnosed cancer. This is called under-diagnosis. The consequence is that management of these lesions is often surgical. But many surgeries finally are unnecessary. The aim of our study was to define criteria to avoid unnecessary surgery.

Materials and methods > This is a single-center, retrospective after a database collected prospectively study. Fourteen thousand biopsies were analyzed, including 456 diagnosed NLI. Under-diagnosis rates were analyzed according to many criteria. The average duration of following was 45 months.

Results > For atypical lobular hyperplasia (ALH), we obtained 7.6% under-diagnosis and combining several criteria, we got a low risk of cancer (2%). For LCIS, this rate was 23% and any low-risk group could be identified.

Conclusion > ALH with calcifications ≤ 20 mm, without any atypical lesion associated, histologically focal and whose removal is representative may be safely observed. For other LIN, surgery remains indicated.

Introduction

Le contexte actuel de dépistage massif du cancer du sein est à l'origine d'une augmentation du nombre de biopsies mammaires radioguidées. Par conséquent, de plus en plus de lésions à risque sont diagnostiquées par les anatomopathologistes, dont les néoplasies lobulaires intraépithéliales (NLI). Les NLI sont des pathologies rares, asymptomatiques, et de diagnostic le plus souvent fortuit. D'un point de vue histologique, il s'agit de la colonisation de l'unité ductolobulaire par une prolifération atypique de petites cellules non cohésives. On distingue les hyperplasies lobulaires atypiques (HLA) et les carcinomes lobulaires in situ (CLIS) en fonction du nombre d'acinis envahis et de leur distension. On distingue les CLIS pléomorphes par leurs noyaux pléomorphes, leurs nucléoles volumineux et leur nécrose centrale. Les NLI peuvent être associées à un cancer, souvent méconnu lors de la biopsie. Ce risque est plus important pour les CLIS que les HLA, et encore plus pour les CLIS pléomorphes [1]. Les NLI sont également considérées comme des pré-curseurs de cancer du sein puisque 10 à 20 % des femmes porteuses de NLI développent un cancer du sein 15 à 25 ans plus tard, préférentiellement dans le sein et dans le territoire de la NLI initiale, plus rarement dans le sein controlatéral [2]. À ce jour, la prise en charge de ces lésions est mal définie, souvent chirurgicale avec 70 à 90 % de chirurgies inutiles [3].

L'objectif de notre étude était de définir des critères permettant d'éviter une chirurgie inutile.

Matériel et méthode

Notre étude rétrospective portait sur les 14 000 biopsies réalisées dans le service de radiodiagnostic de l'hôpital René-Huguenin (Institut Curie, pôle Saint-Cloud) entre janvier 2000 et décembre 2012. Il s'agissait de microbiopsies échoguidées et de macrobiopsies assistées par le vide sous stéréotaxie ou sous échographie. Le seul critère d'inclusion était le diagnostic

anatomopathologique de NLI. Les patientes aux antécédents de cancer homolatéral étaient exclues. Au total, 456 NLI ont été diagnostiquées.

Imagerie

Un bilan mammographique \pm échographique était réalisé avant chaque biopsie. Les mammographies réalisées en ville étaient relues par un radiologue du service et complétées si besoin de clichés complémentaires et/ou d'une échographie.

Procédure de prélèvements

Le type de guidage radiologique dépendait de l'anomalie retrouvée à l'imagerie :

- les masses bénéficiaient d'une microbiopsie échoguidée avec une aiguille automatique de calibre 14G (Bard®) ;
- les masses petites (< 7-10 mm suivant leur localisation) ou de morphologie particulière (mal définie, complexe), bénéficiaient d'une macrobiopsie échoguidée assistée par le vide de calibre 11G ou 8G (Mammotome® ; Devicor®) ;
- les microcalcifications et les masses/distorsions architecturales/asymétries focales de densité non visibles en échographie, bénéficiaient d'un guidage stéréotaxique sur table dédiée (Siemens®) avec un système assisté par le vide de calibre 11 ou 8G (Mammotome® ; Devicor®).

Un clip de repérage était posé en cas de disparition ou nette régression de l'anomalie radiologique après biopsie. Les prélèvements obtenus pour microcalcifications étaient radiographiés en agrandissement après leur exérèse, afin de vérifier la présence de microcalcifications et d'estimer la représentativité de l'échantillonnage. Toutes les images biopsiées faisaient l'objet d'un contrôle (radiographique pour la stéréotaxie, ou échographique) pour estimer les modifications de la cible après biopsie.

Résultats histologiques

Les biopsies étaient analysées par un pathologiste du service dédié de l'hôpital. Pour les microcalcifications, le radiologue

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/6189890>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/6189890>

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