

Prise en charge des lésions frontières et *in situ* : trop ou pas assez ?

Fait-on trop de micro- ou de macrobiopsies ?
Too many breast biopsies?

V. Juhan, P. Siles et S. Coze

Mots clés : cancer du sein, surdiagnostic, microbiopsie, macrobiopsie

Keywords: breast cancer, breast biopsy, overdiagnosis, core-needle biopsy

Introduction

Les prélèvements percutanés font, depuis plusieurs années, partie intégrante de la stratégie diagnostique et thérapeutique du cancer du sein. Ils ont permis une amélioration indéniable de la prise en charge de cette pathologie. Les microbiopsies sont largement utilisées depuis les années 1990, essentiellement pour les masses, sous contrôle échographique ; et les macrobiopsies avec aspiration sous contrôle stéréotaxique, plus récentes, pour les microcalcifications. Ces prélèvements ont permis de remplacer le plus souvent les interventions chirurgicales diagnostiques, faisant ainsi augmenter la valeur prédictive positive (VPP) de ces interventions.

Notes



La question est de savoir si ces prélèvements percutanés sont toujours justifiés. Les progrès technologiques en imagerie dans la détection du cancer du sein, et le développement des systèmes de prélèvements, n'engendrent-ils pas une surconsommation ? Une des dérives n'est elle pas de biopsier trop de lésions bénignes ?

Le taux de biopsies réalisées par rapport au nombre de mammographie et d'échographie dans une même population est naturellement variable en fonction de l'expertise de l'opérateur, et du recrutement (dépistage, centre spécialisé, suivi après traitement...). Par exemple, dans le cadre du dépistage organisé des Bouches du Rhône (ARCADES), en 2010, 0,9 % des femmes dépistées ont eu un prélèvement (déclaré à la structure de gestion), ce qui représente 521 biopsies.

Indications et VPP des biopsies

Les recommandations nationales et internationales s'appuient sur la classification Bi-Rads [1], qui est donnée au terme de l'exploration sénologique (clinique, mammographie, ± échographie, IRM...) : les prélèvements sont indiqués pour les lésions classées ACR4, et ACR5.

Pour les lésions classées ACR4 la valeur prédictive attendue varie de 2 à 95 %.

Les lésions classées ACR3 (VPP < 2 %) sont très probablement bénignes et doivent être surveillées.

Il existe une différence de pratique en fonction des pays. On note par exemple une faible VPP des ACR3 aux États-Unis par rapport à la France. Dans l'essai DMIST, 34 % (1 114) des femmes incluses ont été classées ACR3. La VPP était de 0,81 % [2].

La première cause de surconsommation des biopsies est probablement une mauvaise utilisation et interprétation de la classification Bi-Rads par les différents acteurs, qu'ils soient préleveurs ou prescripteurs. Ainsi, il ne faut pas surclasser une lésion ACR3 en ACR4, par une analyse sémiologique incorrecte, ou uni-

Notes

quement pour pouvoir justifier une biopsie. De même, les ACR3 ne doivent pas être biopsiés, sauf cas particulier (facteurs de risques particuliers, anxiété...).

Rappelons qu'il existe des variations inter- et intra-observateur significatives pour classer les lésions mammaires.

Le choix de la technique intervient aussi. Il n'est par exemple pas nécessaire de réaliser une macrobiopsie en première intention pour une masse. Les microbiopsies sont le plus souvent suffisantes, de réalisations plus simples et moins coûteuses.

La possibilité de subdiviser les ACR4 en 4a risque faible, 4b intermédiaire, et 4c risque fort, est peut-être une solution pour affiner la VPP des ACR4.

Risque de surdiagnostic : trop de lésions frontières trouvées sur les biopsies ?

Partant du principe que ce type de lésions nécessite une chirurgie, mais n'est pas toujours responsable ou au contact d'une lésion néoplasique, faut-il les chercher et les trouver ?

Le taux de lésions « à risques » ou frontières retrouvées sur les macrobiopsies est de l'ordre de 20 à 30 % ; il est plus important avec les macrobiopsies qu'avec les microbiopsies (22,8 % *versus* 11,2 % dans une série personnelle).

Sur une revue de la littérature en 2002 [3], la prévalence de l'hyperplasie canalaire atypique (HCA) pour toutes les biopsies est de 5 % (2 à 11 %). Ce chiffre est plus élevé actuellement en raison de l'utilisation plus large de macrobiopsies de plus gros calibre, et de biopsies sous IRM. Dans une série de 2009, 25 % des chirurgies sur clip après macrobiopsies sont faites en raison de la présence d'HCA [4].

Toujours concernant l'HCA, le risque de sous-estimation après macrobiopsie est de l'ordre de 20 %. Donc dans 80 % des cas, l'intervention peut avoir été inutile. Mais les recommandations actuelles recommandent une exérèse en cas de lésion à risque.

Notes

Pour les cancers canauxaires *in situ*, la sous-estimation (carcinome infiltrant) est de l'ordre de 26 % [5].

Effets délétères des biopsies

La biopsie percutanée reste un acte invasif que les préleveurs et les cliniciens ont parfois tendance à sous-estimer. Toutefois, il est en général très bien toléré, et il y a peu de complications.

Le risque potentiel de dissémination ou de modification de facteurs locaux potentiellement nocifs est une question récurrente. Mais qui n'a finalement jamais été un frein au développement des techniques percutanées, d'autant que si la lésion est maligne, la chirurgie et la radiothérapie permettront de traiter les éventuels déplacements cellulaires. Les progrès en pathologie mammaire pourront peut être apporté des réponses.

Quoi qu'il en soit, le délai entre la biopsie d'une lésion maligne et le début du traitement doit être court.

Trop de biopsies pour les ACR5 ?

Les biopsies percutanées sont actuellement réalisées pour toutes lésions ACR5, qu'il s'agisse de microcalcifications ou de masses, que les lésions soient cliniques ou impalpables. La biopsie préthérapeutique est recommandée par les sociétés savantes [6], pour une prise en charge optimale.

Les arguments avancés sont les suivants :

- désir de la patiente de connaître le diagnostic avant la chirurgie ;
- évaluation des facteurs pronostiques histologiques avant le traitement ;
- optimisation de la prise en charge thérapeutique : moins de biopsie extemporanée, technique du ganglion sentinelle...

Notes

Devant des microcalcifications ACR5 (VPP > 90 %), une macrobiopsie va confirmer le plus souvent un CCIS, mais aussi chercher une composante infiltrante, ou permettre de réaliser une mastectomie en un temps (plusieurs macrobiopsies).

Devant une masse spiculée typique, la réalisation d'un prélèvement percutané peut être discutée [7]. L'argument pour, avancé par la plupart des équipes, est le risque de choc anaphylactique au bleu lors du ganglion sentinelle. Pourtant, ce risque paraît faible. Dans une revue récente de la littérature White retrouve un risque de choc grave dans 0,06 à 0,4 % des cas [8].

Conclusion

Les micro- et les macrobiopsies sont actuellement indispensables dans l'arsenal diagnostique des lésions mammaires. Les indications s'appuient sur la classification Bi-Rads. La banalisation du geste peut entraîner une surconsommation de biopsies, qui est délétère pour la patiente (anxiété, problématique des lésions frontières), pour le médecin (chronophage), et pour la société (coût efficacité). Le simple respect des bonnes pratiques permet d'éviter de trop prélever, et de bien prélever. L'évaluation constante de nos pratiques, ainsi que parallèlement l'évolution des recommandations, entraîneront une amélioration de la valeur prédictive positive des biopsies mammaires.

Références

1. D'Orsi CJ, Bassett LW, Berg WA *et al.* (2003) Mammography. In: Breast Imaging Reporting and Data System (Bi-RADS). 4th ed. Reston, Va: American College of Radiology
2. Baum K, Hanna LG, Acharyya S *et al.* (2011) Use of Bi-Rads 3-probably benign category in the American college of radiology imaging network digital mammographic imaging screening trial. *Radiology* 260: 61-7

Notes

3. Jackman RJ, Birdwell RL, Ikeda DM (2002) Atypical ductal hyperplasia: can some lesions be defined as probably benign after stereotactic 11-gauge vacuum-assisted biopsy, eliminating the recommendation for surgical excision. *Radiology* 224: 548-54
4. Hall FM (2010) Identification, biopsy, and treatment of poorly understood premalignant, in situ, and indolent low-grade cancers: are we becoming victims of our success? *Radiology* 254: 655-9
5. Brennan ME, Turner RM, Ciatto S *et al.* (2011) Ductal carcinoma in situ at core needle biopsy: meta-analysis of underestimation and predictors of invasive breast cancer. *Radiology* 260: 119-28
6. INCa (2009) Recommendations professionnelles. Cancer du sein in situ. Boulogne Billancourt
7. Hoorntje LE, Peeters PH, Mali WP *et al.* (2004) Is stereotactic large-core needle biopsy beneficial prior to surgical treatment in BI-RADS 5? *Breast Cancer Res Treat* 86: 165-70
8. White V, Harvey JR, Griffith CD *et al.* (2011) Sentinel lymph node biopsy in early breast cancer surgery working with the risks of vital blue dye to reap the benefits. *Eur Surg Oncol* 37: 101-8

Les auteurs ont déclaré n'avoir aucun lien d'intérêt.

Notes

