

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

B3 : trop ou pas assez de chirurgie ?
B3 and surgery: too much or not enough?

M. Cohen, G. Houvenaeghel et J. Jacquemier

Mots clés : hyperplasie canalaire atypique, LIN, métaplasie cylindrique atypique, macrobiopsie, chirurgie

Keywords: ductal intra epithelial atypic hyperplasia, LIN, flat epithelial atypia, vacuum assisted biopsy, surgery

Introduction

Ces dernières années ont vu la sénologie progresser et évoluer avec le développement du dépistage et de moyens diagnostiques plus performants.

Le nombre de biopsies pour anomalies radiologiques infracliniques s'est ainsi considérablement accru. Les conséquences en ont été bénéfiques sur les résultats en matière de prise en charge précoce et de pronostic. Mais la boîte de Pandore a été ouverte et notre devoir est de savoir maîtriser ce qui s'en échappe faute de couvrir par le principe de précaution, ce qui devient du *surdiagnostic* et *surtraitement*.

Notes



Ainsi, la prise en charge des lésions à risque (B3) illustre l'importance et la *nécessité d'une réflexion pluridisciplinaire* sur les conséquences du dépistage individuel et organisé, et sur la crainte clinique et médicolégale du retard au diagnostic.

Qui opérer ?

Le diagnostic de B3 est le plus souvent porté après macrobiopsie d'un foyer de microcalcifications ou micro biopsie d'une lésion solide. Les « super macrobiopsies » (procédé Intact®) d'utilisation plus récente doivent amener à une réflexion particulière ; les données restent préliminaires, mais laissent entrevoir des perspectives intéressantes [1]. Enfin, le diagnostic fortuit sur une pièce opératoire est exclu de notre réflexion.

L'objectif de notre travail est de définir et justifier l'attitude chirurgicale à proposer en fonction des conditions du diagnostic préopératoire. Cependant, la difficulté pour proposer des attitudes homogènes est liée à la *disparité* :

- *des entités lésionnelles*, chacune ayant un potentiel évolutif et un taux de risque de sous-évaluation qui lui est propre ;
- *des interprétations histopathologiques* des lames de biopsies (variabilité interobservateur) ;
- *des résultats de la littérature*, en particulier sur les pourcentages de sous-évaluation après macrobiopsies, avec des études essentiellement rétrospectives.

Les B3 correspondant à des lésions solides, sont généralement diagnostiquées sur des microbiopsies sous échographie. Une exérèse par macrobiopsie ou procédé Intact® (primaire ou secondaire après diagnostic sur microbiopsie) apparaît être une alternative acceptable à une exérèse chirurgicale si la totalité de la lésion a pu être enlevée, papillome unique ou cicatrice radiaire sans atypies, en limites saines [2, 3].

Les B3 sont le plus souvent identifiées sur des analyses de macro biopsies pour microcalcifications. L'objectif actuel est d'identifier en fonction du type de lésion

Notes

frontière, des données d'imagerie et des données d'anatomopathologie des critères prédictifs de sous-évaluation minimale ou suffisamment faible pour envisager de se dispenser d'une exérèse chirurgicale complémentaire.

Le risque de sous-évaluation sera envisagé pour chaque catégorie de lésion histologique, sachant cependant que ceci est obligatoirement schématique, compte tenu de la fréquence d'intrication de différentes lésions concomitantes. Le point commun est un risque de sous-évaluation d'autant plus important que la taille de l'aiguille de biopsie est petite et/ou que le nombre de « carottes » biopsiques est faible.

La métaplasie cylindrique avec atypie (MCCA) ou DIN1a : Son incidence isolée est de 3,5 % des biopsies chirurgicales. Le pourcentage de sous-estimation se situe entre 13 et 30 % [4]. Une exérèse chirurgicale complémentaire est donc préconisée, bien que l'option de se passer d'exérèse chirurgicale complémentaire si la MCCA est inférieure à 1 cm ait pu être évoquée [5].

L'hyperplasie canalaire atypique (HCA) ou DIN1b : le pourcentage de sous-estimation est compris entre 17 et 38 % [4].

L'exérèse chirurgicale reste recommandée même si quelques études rétrospectives ont eu pour objectif la recherche de critères associés à un pourcentage de sous-estimation très faible : taille lésionnelle radiologique (< 6 mm), nombre de foyers < 2 (ou < à 3), absence de microcalcifications résiduelles. Ceci reste cependant à valider prospectivement [6].

En cas de berges d'exérèse non « in sano » : pas de reprise chirurgicale systématique compte tenu du faible potentiel évolutif attendu de l'HCA après exérèse chirurgicale (3 % sur un suivi à 160 mois) [7].

La néoplasie lobulaire : LIN1, LIN2 (les LIN3 qui sont des B5 sont hors propos).

Ce sont des lésions volontiers multifocales et bilatérales.

Le taux de sous-estimation des biopsies percutanées est de 8 à 46 % [4] : une exérèse chirurgicale est donc recommandée.

Notes

Certains ont proposé en option de ne pas réaliser d'exérèse chirurgicale, en cas de LIN 1 ou 2, si les éléments suivants sont réunis : absence de critères histologiques péjoratifs, absence de signal radiologique résiduel, absence d'antécédents importants familiaux ou personnels de cancer [8]. Il s'agit, là encore, d'études rétrospectives qui demandent à être validées.

La cicatrice radiaire est une lésion bénigne dont la traduction radiologique et/ou clinique peut imiter un cancer infiltrant. Une zonectomie est indiquée, du fait d'une image radiologique souvent difficile à surveiller et du fait du risque de cancérisation qui est cependant modéré [9].

Les papillomes multiples, périphériques : les patientes ayant un papillome avec de l'hyperplasie atypique ont un risque majoré de cancer du sein (RR : 4-5) et les cancers se développent le plus fréquemment à l'endroit du papillome.

L'exérèse de ces papillomes périphériques est indiquée en raison de leur risque de dégénérescence sous la forme d'une exérèse segmentaire ou d'une pyramidectomie en limites saines [10].

Les autres facteurs qui doivent influencer la décision chirurgicale

- Antécédents familiaux : augmentent le risque relatif (RR).
- Associations lésionnelles : augmentent le risque de sous-évaluation et le RR.
- Conditions de prélèvement : exérèse de la totalité de l'image, difficultés de procédure, taille de l'aiguille.
- Concordance radiologie-histologie des biopsies : une histologie non concordante avec l'imagerie est une indication de deuxième prélèvement ou de chirurgie d'exérèse.
- Présence de la lésion sur les carottes avec ou sans microcalcifications.

Notes

Les cas difficiles

Les lésions pluricentriques : 2 (à 3 dans les seins de gros volume) foyers à distance peuvent bénéficier de plusieurs procédures et d'un complément chirurgical dont la logique rejoint celle du foyer unique. Au-delà, la problématique est celle des foyers étendus.

Les foyers étendus de microcalcifications B3 qui ne peuvent bénéficier d'une chirurgie d'exérèse sans délabrement important du sein posent une problématique spécifique. C'est tout particulièrement dans ces situations que *la RCP Femmes à haut risque mammaire* a tout son intérêt : elle réunit les compétences du chirurgien, de l'anatomopathologiste, du radiologue, de l'oncogénéticien et du psychologue.

La décision pluridisciplinaire tiendra compte des antécédents familiaux mais aussi des facteurs de risque évalués selon les modèles de calcul de risque (Gail, Barlow), du ou des types de lésions histologiques, des possibilités chirurgicales (résections *in sano*, oncoplastie), de l'aspect du ou des foyers résiduels mais aussi du contexte psychologique et du niveau d'aversion au risque de la patiente.

Elle permettra de définir une conduite pratique raisonnable et justifiée : surveillance standard, surveillance avec IRM, complément de prélèvement, chirurgie partielle.

L'indication de mastectomie prophylactique doit rester exceptionnelle dans ce type de situation mais peut être acceptable lorsque la demande est forte et structurée et que l'association du type de lésion histologique et des autres facteurs de risque implique un RR équivalent aux mutations BRCA. Son indication est alors soumise au parcours pluridisciplinaire et au délai de réflexion habituels.

Enfin, *la chimioprévention* par hormonothérapie ne peut être envisagée à l'heure actuelle que dans le cadre d'essais cliniques mais constitue une voie d'avenir.

Notes

Conclusion

La prise en charge standard d'une patiente porteuse d'une lésion B3 diagnostiquée par biopsie percutanée reste à l'heure actuelle la chirurgie d'exérèse complémentaire.

Avant de pouvoir orienter certaines d'entre elle vers une surveillance codifiée, une évolution de nos pratiques semble nécessaire :

- optimiser et homogénéiser la prise en charge par une diffusion des règles de bonnes pratiques, de fiches standardisées de recueil de données et la mise en place par les anatomopathologistes d'ateliers de double lecture ;
- définir les sous-groupes où l'abstention chirurgicale est possible par des études prospectives pluricentriques ;
- définir la place de l'exérèse par procédé Intact® ;
- développer les RCP Femmes à haut risque mammaire pour les situations particulières.

Références

1. Seror JY, Lesieur B, Scheuer-Niro B, Zerat L, Rouzier R, Uzan S (2011) Predictive factors for complete excision and underestimation of one-pass en bloc excision of non-palpable breast lesions with the Intact(®) breast lesion excision system. Eur J Radiol (in press)
2. Richter-Ehrenstein C, Tombokan F, Fallenberg EM, Schneider A, Denkert C (2011) Intraductal papillomas of the breast: Diagnosis and management of 151 patients. Breast (in press)
3. Rajan S, Wason AM, Carder PJ (2011) Conservative management of screen-detected radial scars: role of mammotome excision. J Clin Pathol 64: 65-8
4. Houssami N, Ciatto S, Bilous M, Vezzosi V, Bianchi S (2007) Borderline breast core needle histology: predictive values for malignancy in lesions of uncertain malignant potential (B3). Br J Cancer 96: 1253-7
5. David N, Labbe-Devilliers C, Moreau D, Loussouarn D, Champion L (2006) Lésions de métaplasie cylindrique atypique (MCA) diagnostiquées par macrobiopsies assistées par aspiration: opportunité d'une exérèse chirurgicale ? J Radiol 87: 1671-7

Notes

6. Foregard C, Benchaib M, Guerin N *et al.* (2008) Is surgical biopsy mandatory in case of atypical ductal hyperplasia on 11-gauge core needle biopsy? A retrospective study of 300 patients. *Am J Surg* 196: 339-45
7. De Mascarel I, MacGrogan G, Mathoulin-Pelissier S *et al.* (2007) Epithelial atypia in biopsies performed for microcalcifications. Practical considerations about 2,833 serially sectioned surgical biopsies with a long follow-up. *Virchows Arch* 451: 1-10
8. Hwang H, Barke LD, Mendelson EB, Susnik B (2008) Atypical lobular hyperplasia and classic lobular carcinoma in situ in core biopsy specimens: routine excision is not necessary. *Mod Pathol* 21: 1208-16
9. Patterson JA, Scott M, Anderson N, Kirk SJ (2004) Radial scar, complex sclerosing lesion and risk of breast cancer. Analysis of 175 cases in Northern Ireland. *Eur J Surg Oncol* 30: 1065-8
10. Page DL, Salhany KE, Jensen RA, Dupont WD (1996) Subsequent breast carcinoma risk after biopsy with atypia in a breast papilloma. *Cancer* 78: 258-66

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

Notes

