

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

Quels carcinomes canauxiers *in situ* ne pas traiter ?
*Which ductal carcinoma in situ of the breast
could not be treated?*

C. Tunon de Lara

Mots clés : carcinome canalaire *in situ*, surtraitement, radiothérapie

Keywords: ductal carcinoma *in situ*, overtreatment, radiotherapy

Le carcinome canalaire *in situ* (CCIS) est une lésion précancéreuse développée au sein d'un canal galactophore dont la définition anatomopathologique est l'absence de franchissement de la membrane basale. La mortalité est faible de 1,5 à 2 % à 10 ans, il s'agit donc de lésions de très bon pronostic.

Le traitement chirurgical conservateur sans radiothérapie expose à la patiente à un risque de rechute locale de 20 % dont 50 % sont infiltrants et 50 % *in situ*.

Les essais randomisés européens et américains [1-3] recommandent pour ces patientes la réalisation d'une irradiation complémentaire de 50 grays après une chirurgie conservatrice en berges saines. La radiothérapie permet de diminuer le risque de rechute locale à 8 % à 10 ans. Le traitement conservateur associant tumorectomie et radiothérapie est le traitement standard [4].

Notes

Une seule équipe, celle de Silverstein, défend la possibilité de traiter un sous-groupe de patientes ayant un faible risque de rechute locale sans radiothérapie. Il s'agit de patientes :

- de 60 ans ;
- une lésion < 15 mm ;
- berges d'exérèse ≥ 10 mm ;
- le grade nucléaire bas ou intermédiaire.

Pour Silverstein, la taille des berges est l'élément pronostique le plus important [5].

La mastectomie avec ou sans reconstruction mammaire est recommandée en cas de lésion multifocale, de lésion étendue ne permettant pas un traitement conservateur ou lorsque l'exérèse n'est pas complète.

Le développement du dépistage individuel et organisé, ainsi que les progrès des mammographes numériques sont à l'origine d'une augmentation de l'incidence du CCIS.

À l'occasion de cette controverse sur « quelles patientes ne pas traiter ? », nous vous proposons de discuter :

- des problèmes de surdiagnostic anatomopathologique [6] ;
- des lésions de bon pronostic (Clinging, taille, bas grade) [7] ;
- des contre-indications liées à la patiente, jusqu'où peut-on aller ?
- la place de la surimpression ?
- la place de l'hormonothérapie ?

Le développement de la recherche clinique et l'inclusion de ces patientes dans des études randomisée (telle que BONBIS) nous permettront d'apporter des réponses argumentées.

L'objectif des chercheurs est de faire la différence entre un CCIS quiescent sans potentiel évolutif et un CCIS agressif candidat à la rechute et évoluant vers l'infiltration. Pour le moment, nous n'avons pas d'argument en dehors des critères cliniques tels que l'âge [8] et histologiques (taille, grade et berges d'exérèse) pour

Notes

différencier ces lésions. De nombreuses équipes travaillent sur cet axe afin de ne plus traiter tous les CCIS de la même manière dans l'avenir [9].

La question que l'on doit se poser est : doit-on pêcher par excès et irradier de façon systématique tous les CCIS ? Ou, dans les cas de lésions de bon pronostic, peut-on laisser le bénéfice du doute et surveiller les patientes non irradiées ?

Références

1. Ringberg A, Nordgren H, Thorstensson S *et al.* (2007) Histopathological risk factors for ipsilateral breast events after breast conserving treatment for ductal carcinoma in situ of the breast--results from the Swedish randomised trial. *Eur J Cancer* 43: 291-8
2. Bijker N, Meijnen P, Peterse JL *et al.* (2006) Breast-conserving treatment with or without radiotherapy in ductal carcinoma-in-situ: ten-year results of European Organisation for Research and Treatment of Cancer randomized phase III trial 10853--a study by the EORTC Breast Cancer Cooperative Group and EORTC Radiotherapy Group. *J Clin Oncol* 24: 3381-7
3. Fisher ER, Land SR, Fisher B, Mamounas E, Gilarski L, Wolmark N (2004) Pathologic findings from the National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project: twelve-year observations concerning lobular carcinoma in situ. *Cancer* 100: 238-44
4. Cutuli B, Fourquet A, Luporsi E *et al.* (2005) Standards, Options and Recommendations for the management of ductal carcinoma in situ of the breast (DCIS): update 2004. *Bull Cancer* 92: 155-68
5. Silverstein MJ, Lagios MD, Groshen S *et al.* (1999) The influence of margin width on local control of ductal carcinoma in situ of the breast. *N Engl J Med* 340: 1455-61
6. MacGrogan G, Arnould L, de Mascarel I *et al.* ; GEFPICS group (2008) Impact of immunohistochemical markers, CK5/6 and E-cadherin on diagnostic agreement in non-invasive proliferative breast lesions. *Histopathology* 52: 689-97
7. Jones JL (2006) Overdiagnosis and overtreatment of breast cancer: progression of ductal carcinoma in situ: the pathological perspective. *Breast Cancer Res* 8: 204
8. Tunon de Lara C, André G, McGrogan G *et al.* (2011) Ductal carcinoma in situ of the breast: influence of age on diagnostic, therapeutic and prognostic features. Retrospective study of 812 patients. *Ann Surg Oncol* 18: 1372-9
9. Schmidt C (2011) Can some DCIS patients avoid adjuvant therapy? Still unknown. *J Natl Cancer Inst* 103: 530-1

L'auteur a déclaré n'avoir aucun lien d'intérêt.

Notes

