

45

Carcinome micro-invasif du sein : caractéristiques clinico-pathologiques, traitement et pronostic

C. Gandy*, A. Modesto-Nauleau, E. Mery, T. Filleron, H. Charitansky, H. Roché et B. de Lafontan
Institut Claudius Regaud, 31052 Toulouse

Introduction

Le carcinome canalaire *in situ* micro-invasif (CCIS-MI) est rare, < 1 % des cancers du sein. Du fait de sa faible incidence et de sa définition histologique soumise à controverse [1], il n'existe pas de recommandation claire quant à sa prise en charge. Cette étude décrit les aspects clinico-pathologiques, les traitements et le suivi d'une cohorte de 63 patientes.

Patientes et méthode

Nous avons collecté les données cliniques et histologiques de 63 patientes traitées dans notre institution pour un CCIS-MI entre janvier 2000 et avril 2010. Une relecture centralisée de chaque biopsie disponible a été effectuée (n = 45).

Résultats

L'âge médian de la cohorte était de 56 ans (34-83). 7 patientes (11,5 %) avaient déjà été traitées pour un CCIS. Vingt-sept (42 %) présentaient un antécédent familial de cancer du sein. Trente-huit étaient ménopausées. Quatorze présentaient un symptôme clinique (22 %), 10 masses et les 4 écoulements séro-sanglants. Pour 51 patientes (81 %), le diagnostic a été porté par mammographie de dépistage organisé ou lors de la surveillance d'un CCIS préalablement traité. La plupart des lésions ont été classées ACR 4 ou 5 (respectivement 32,7 % et 63,5 %). Des microcalcifications ont été le plus fréquemment retrouvées (taille médiane du foyer 13,5 mm [5-80]).

Toutes les patientes ont été opérées : 17 par mastectomie (27,4 %) et 45 par chirurgie conservatrice (72,6 %). Pour 21 d'entre elles, la chirurgie s'est déroulée en deux temps, 13 élargissements et 8 mastectomies. Une évaluation ganglionnaire axillaire a été effectuée chez 52 patientes (82,5 %), évidemment

pour 10, ganglion sentinelle pour 37, les 2 pour 5 patientes. L'analyse histologique montre une taille médiane de la composante in situ de 16 mm (6-80) avec 37/60 (61,7 %) de grade III (classification Van Nuys). Le comédocarcinome est le plus fréquent (68 % des cas). La relecture a permis d'évaluer la taille du composant micro-invasif (≤ 1 mm pour 38 lésions et entre 1 et 2 mm pour 7). Le statut hormonal est retrouvé positif pour 29 des biopsies relues (64,4 %), 27 RE+ et 20 RP+. Le statut HER2 a été évalué sur 34 biopsies, positif sur la composante micro-invasive dans 12 cas (35 %).

Deux patientes présentaient un envahissement (3,8 %) parmi les 52 ayant bénéficié d'une évaluation ganglionnaire [2].

Une irradiation de la glande a été effectuée après toute chirurgie conservatrice (n = 37) délivrant 50 Gy en 5 semaines avec une surimpression concomitante du lit opératoire de 10 Gy pour 22. Pour tous les N+, les chaînes ganglionnaires internes ont été irradiées.

Deux patientes ont bénéficié d'une irradiation de paroi après mastectomie (l'une était N+ et l'autre < 35 ans). Onze patientes ont reçu une hormonothérapie (18 %), tamoxifène pour 5 d'entre elles, anti-aromatases et tamoxifène (séquentiel) pour 4 et 2 données manquantes. Une patiente N+ a été traitée par chimiothérapie. Le suivi médian est de 36,4 mois (IC 95 % [27,7-44,16]). Soixante deux patientes sont vivantes et 58 sont en RCC. Le taux de SSR à 3 ans est 91,1 (IC 95 % [78,1-96,6]) [3]. Durant le suivi, on a pu observer deux récurrences locales (RL) invasives chez deux patientes traitées par mastectomie sans radiothérapie, 2 cancers contro-latéraux et un cancer de l'endomètre chez une patiente sous tamoxifène. La première RL est survenue après 43 mois de suivi, traitée par mastectomie, actuellement en rémission complète à 90 mois de suivi. La deuxième est survenue après 32 mois, elle a été traitée par chirurgie, évidemment ganglionnaire (N+), irradiation de la paroi et chimiothérapie. Dans le suivi, elle a présenté des métastases (51 mois) et est décédée après 70 mois.

Conclusion

Le développement des programmes de dépistage permet le diagnostic de tumeurs de petite taille, a fortiori des CCIS-MI. Ce groupe de tumeurs conserve un pronostic favorable théorique, mais le risque d'envahissement ganglionnaire et de rechute locale n'est pas négligeable. Cette entité mérite une meilleure évaluation des facteurs de risque de rechute afin de préciser la place d'un traitement adjuvant.

Références

1. Bianchi S, Vezzosi V (2008) *Microinvasive carcinoma of the breast. Pathol Oncol Res 14: 105-11*
2. Ko BS, Lim WS, Yu JH et al. (2011) *Risk Factor for Axillary Lymph Node Metastases in Microinvasive Breast Cancer Ann Surg Oncol (in press)*
3. Parikh R, Haffty BG, Lannin D et al. (2010) *Ductal carcinoma in situ with microinvasion: prognostic implications, long-term outcomes, and role of axillary evaluation. Int J Radiat Oncol Biol Phys Oct 13*