

48

L'hyperplasie canalaire atypique à la macrobiopsie stéréotaxique mammaire : influence de la taille des aiguilles de biopsie sur le risque de sous-estimation

S. Lorand^{*1}, V. Lavoué¹, M. Poilblanc³, B. De Korvin², P. Tas², H. Mesbah², S. Rouquette^{1,2}, C. Bendavid², P. Porée² et J. Levêque^{1,2}

¹Service de gynécologie, CHU Anne de Bretagne, Rennes – ²Département d'oncologie chirurgicale, CRLCC Eugène Marquis, 35042 Rennes – ³Service de gynécologie, CHU, 49933 Angers

Introduction

Notre objectif principal consistait à étudier l'influence de la taille des aiguilles de macrobiopsie stéréotaxique assistée par le vide (MSAV) sur le risque de sous-estimation de carcinome mammaire en cas d'hyperplasie canalaire atypique (HCA). Notre objectif secondaire était d'évaluer la sous-estimation en fonction de différents critères cliniques, radiologiques et anatomo-pathologiques afin de définir une population à bas risque qui pourrait bénéficier d'une abstention chirurgicale.

Matériel et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective bicentrique aux CRLCC (Centre Régional de Lutte Contre le Cancer) Eugène Marquis à Rennes et Paul Papin à Angers, s'étendant de 2004 à 2010. Toutes les patientes incluses ont bénéficié d'une MSAV avec une aiguille de 8, 10 ou 11 Gauge, suite à la découverte mammographique d'un foyer suspect de microcalcifications. Étaient exclues les patientes ayant une découverte de carcinome mammaire homolatéral synchrone. Toutes les patientes présentaient un diagnostic d'HCA isolée sur la MSAV et ont bénéficié d'une exérèse chirurgicale.

La lésion initiale d'HCA était considérée comme sous-estimée lorsque l'analyse anatomopathologique de la pièce opératoire concluait à un carcinome *in situ* ou infiltrant.

Résultats

Une hyperplasie canalaire atypique (HCA) a été mise en évidence sur 197 prélèvements parmi les 2 566 MSAV (7,7 %) effectuées. Parmi les 197 cas d'HCA, 134 patientes ont été incluses. L'exérèse chirurgicale a mis en évidence 46 carcinomes mammaires soit une sous-estimation de 34,3 %: 37 carcinomes canauxaires *in situ* (CCIS), 3 carcinomes infiltrants (CI), 6 CCIS associé à un CI. Aucune différence significative n'a été mise en évidence entre les taux de sous-estimation en fonction de la taille des aiguilles utilisées : 8 G (30,4 %), 10 G (31,6 %) et 11 G (37 %). Les taux de complication de la biopsie (hématome, douleur importante) ne différaient pas significativement en fonction de la taille des aiguilles. Le nombre moyen de prélèvements avec les aiguilles de 8 et 10 G était significativement plus faible qu'avec les aiguilles de 11 G ($p < 0,001$). Sur l'ensemble des critères cliniques, anatomopathologiques et radiologiques étudiés, seule l'exérèse de plus de la moitié des microcalcifications lors de la MSAV est associée à une diminution significative du taux de sous-estimation (26,3 % *versus* 43,9 %, $p = 0,04$).

Conclusion

Le taux de sous-estimation n'est pas influencé par la taille d'aiguille de macrobiopsie utilisée. Aucun sous-groupe à bas risque de sous-estimation n'ayant pu être mis en évidence, l'exérèse chirurgicale est une option raisonnable pour toutes les patientes avec un diagnostic d'HCA lors de la MSAV.