

12

Hyperplasie canalaire atypique diagnostiquée sur macrobiopsie : à propos d'une série rétrospective au Centre Oscar Lambret de Lille

G. Rivaux^{*1}, L. Ceugnart², Y.M. Robin³, J. Bonnetterre¹ et M.-P. Chauvet¹

Introduction

L'hyperplasie canalaire atypique (HCA), lésion frontière du sein, se définit par des caractéristiques cyto-architecturales histologiques proches du carcinome canalaire *in situ* (CCIS) de bas grade. Dans la littérature, en cas de diagnostic par macrobiopsie, le taux de sous-estimation varie de 4 à 37 % selon les études [1, 2]. L'objectif de notre travail est de déterminer le taux de sous-estimation de ces lésions d'HCA dans notre centre et d'évaluer la pertinence chirurgicale systématique de ces lésions en fonction de l'étude des différentes variables cliniques et radiologiques.

Matériels et méthodes

Entre janvier 2003 et décembre 2010, 3 159 procédures de macrobiopsie par Mammotome[®] ont été réalisées dans notre centre. Elles ont permis l'identification de 320 patientes porteuses d'une lésion d'HCA isolée ou associée à d'autres lésions frontières : néoplasies lobulaires et métaplasies canalaire atypiques. 298 patientes ont bénéficié d'une exérèse chirurgicale complémentaire soit 93,1 % et 22 patientes ont été surveillées.

* Auteur correspondant

1 Département de sénologie, Centre Oscar Lambret, BP 307, 59020 Lille Cedex, France

2 Département d'imagerie, Centre Oscar Lambret, BP 307, 59020 Lille Cedex, France

3 Département d'anatomopathologie, Centre Oscar Lambret, BP 307, 59020 Lille Cedex, France

Résultats

Il s'agit d'une population de femmes âgées en moyenne de 54,1 ans (\pm 8,5 ans). Parmi les 298 patientes opérées, on dénombre 246 lésions considérées comme bénignes, isolées, ou frontières, 38 cas de carcinome canalaire *in situ*, 9 cas de carcinome canalaire invasif et 5 cas de carcinome lobulaire invasif. Notre taux de sous-estimation est de 17,5 %, concordant aux diverses données de la littérature [3, 4]. Nous avons constaté que les lésions de CCIS de grade 1 ou 2 représentaient 67,3 % de ces cas de sous-estimation. Concernant l'étude des variables prédictives de la malignité cliniques et radiologiques, nous avons retrouvé les antécédents controlatéraux de carcinome mammaire ($p = 0,014$) et la classification ACR 5 ($p = 0,028$) qui apparaissaient significativement plus élevées dans le groupe de patientes sous-estimées. L'analyse des autres variables tels que l'exérèse complète en macrobiopsie, le nombre de carottes avec ou sans microcalcifications ou bien la taille de la lésion initiale n'a pas montré de différence significative entre les deux groupes. Il n'a donc pas été possible de définir un sous-groupe cohérent de patientes à moindre risque de sous-estimation. Parmi les 22 patientes surveillées, aucun cancer n'a été mis en évidence pour un recul de 2,77 ans.

Conclusion

La prise en charge de ce type de lésion frontière qu'est l'HCA nécessite un traitement chirurgical quelles que soient les caractéristiques cliniques, radiologiques et histologiques dans les limites de nos connaissances actuelles.

Références

1. Gal-Gombos EC, Esserman LE, Recine MA, Poppiti RJ Jr. (2002) Large-needle core biopsy in atypical intraductal epithelial hyperplasia including immunohistochemical expression of high molecular weight cytokeratin: analysis of results of a single institution. *Breast J* 8: 269-74
2. Ely KA, Carter BA, Jensen RA, Simpson JF, Page DL (2001) Core biopsy of the breast with atypical ductal hyperplasia: a probabilistic approach to reporting. *Am J Surg Pathol* 25: 1017-21
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. Forgeard 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