

# Les situations particulières du traitement locorégional : les cancers lobulaires infiltrants

## *Special situations of local treatment: invasive lobular carcinoma*

E. Barranger

*Mots clés* : cancer du sein, cancer lobulaire invasif, traitement chirurgical

*Keywords*: breast cancer, invasive lobular carcinoma, surgical treatment

Le carcinome lobulaire infiltrant (CLI) représente environ 10 % de l'ensemble des cancers du sein. En raison d'un modèle de croissance et de biologie particulier, le CLI est plus rarement découvert sous la forme d'une masse clinique et/ou radiologique. Cette difficulté diagnostique est plus souvent à l'origine de stade localement avancé. Comparativement au carcinome canalaire infiltrant (CCI), le CLI qui concerne plus généralement des patientes âgées, est associé à une plus grande fréquence de lésions multiples, d'expression des récepteurs hormonaux, de grade histo-pronostique faible, d'absence de surexpression d'HER 2, et de Ki 67 faible (< 20 %).

Quel que soit le type histologique, la prise en charge chirurgicale au niveau du sein ne diffère pas, et répond à des impératifs carcinologiques clairement établis lorsque le traitement conservateur est envisagé : berges saines, exérèse monobloc avec résultat cosmétique satisfaisant. Néanmoins, les difficultés d'estimation précise de taille tant par l'examen clinique que l'imagerie et le risque plus important de découverte *a posteriori* de lésions multiples rendent plus fréquents les réexcisions chirurgicales (soit sous la forme d'un second traitement conservateur, soit sous la forme d'une mastectomie) par atteinte des berges d'exérèse en comparaison avec

le CCI. De ce fait, le traitement conservateur a été plus fréquemment controversé en cas CLI. Cependant, il n'a pas été démontré d'impact négatif du traitement conservateur même après réexcision chirurgicale conservatrice sur la survie sans récurrence ou sur la survie globale, toujours en comparaison avec le CCI.

En ce qui concerne la prise en charge axillaire, la technique du ganglion sentinelle (GS) doit être proposée en cas de CLI à condition que les contre-indications de cette procédure soient respectées : ganglion axillaire suspect cliniquement, chimiothérapie néoadjuvante, antécédent de radiothérapie du sein, lésions multiples de découverte préopératoire. Cependant, cette procédure présente des particularités en cas de CLI. En effet, du fait d'une plus faible sensibilité des techniques d'analyse peropératoire (cytologie d'empreinte et coupes congelées) pour la détection des métastases dans les GS en cas de CLI, les reprises chirurgicales pour curage axillaire (CA) complémentaire sont plus fréquentes comparativement au CCI. Pour les équipes qui réalisent un CA complémentaire en cas de GS métastatique, l'analyse peropératoire des GS basée sur l'amplification d'ARNm spécifiques aux cellules cancéreuses, constitue une technique intéressante par sa plus grande performance en comparaison avec la cytologie d'empreinte ou les coupes congelées. Ce test moléculaire diagnostique appelé OSNA (*One-Step Nucleic Acid Amplification*) permet l'analyse complète du ou des GS pendant l'intervention par des processus automatisés et rend un diagnostic semi-quantitatif en temps réel. Sa sensibilité est excellente même en cas de CLI et quelle que soit la taille de la métastase. Les principaux inconvénients de cette procédure résident dans le coût d'acquisition du matériel et des consommables ainsi que la durée importante d'analyse peropératoire des GS.