

# Facteurs pronostiques et évolution des CCIS dépistés

## *Prognostic factors and long-term outcome of screen-detected DCIS*

B. Cutuli

*Mots clés* : cancer canalaire *in situ*, traitement, récurrence locale, pronostic, métastases

*Keywords*: ductal carcinoma *in situ*, treatment, local recurrence, prognosis, metastases

## Introduction

Les cancers canauxiaux *in situ* (CCIS) représentent environ 15 à 18 % de l'ensemble des cancers du sein (CS). Ils sont diagnostiqués dans plus de 95 % des cas lors d'un bilan mammographique [1] avec un ou plusieurs foyers de microcalcifications dans 80 à 85 % des cas.

## Modalités thérapeutiques

Les traitements varient en fonction de l'extension lésionnelle. Pour les formes étendues et/ou multicentriques, la mastectomie (avec ou sans reconstruction immédiate) demeure nécessaire (30 % des cas dans l'étude multicentrique française de 2004) [2]. Pour les lésions plus limitées, la chirurgie conservatrice avec exérèse complète (CC) associée à la radiothérapie (RT) reste le standard. Certains auteurs préconisent pour des formes « à bas risque de récurrence locale (RL) » (surtout < 1 cm et de bas grade), une CC exclusive. Toutefois, dans la littérature, on retrouve dans ce cas des taux de RL de 20 à 25 % à 10 ans. En revanche, quatre essais randomisés ayant inclus plus de 4 300 patientes et une

méta-analyse complémentaire ont confirmé que la RT réduit d'environ 50 % le risque de récurrence locale (RL) tant *in situ* qu'invasive [3].

En effet, le taux de RL à 10 ans passe de 28,1 % à 12,9 %, soit 15,2 % de réduction absolue ( $2p < 0,0001$ ).

La RT a une efficacité constante, mais avec quelques variations en fonction de la taille des lésions, l'état des marges et de l'âge (diminution de l'efficacité chez les patientes de moins de 40 ans).

## Récidives locales et pronostic

Si le pronostic global des CCIS reste excellent avec environ 97 % de survie spécifique à 10 ans, le danger est constitué par la survenue d'une RL invasive, pouvant évoluer dans 12 à 16 % des cas vers une diffusion métastatique [4] (tableau I).

**Tableau I.** Récidives locales et évolutions métastatiques. Données de la littérature : études rétrospectives et essais randomisés (modifiés d'après [4]).

	ICG <sup>(1)</sup>	SCG <sup>(2)</sup>	NSABP B-17 <sup>(3)</sup>	Série française
Nbre de cas	1 003	806	814	1 215
<b>Traitements :</b>				
CC <sup>(4)</sup>	–	496	403	403
CC + RT	1 003	310	411	812
Suivi médian (mois)	102	72	90	80
<b>Récidives locales :</b>				
total	90 (9 %)	145 (18 %)	151 (18,5 %)	195 (17 %)
in situ	34 (38 %)	85 (59 %)	81 (54 %)	82 (42 %)
invasives	56 (62 %)	60 (41 %)	70 (46 %)	113 (58 %)
Métastases (M)	8 (0,7 %)	8 (0,6 %)	6 (0,7 %)	16 (1,3 %)
%M/RLI	14,3 %	13,5 %	8,6 %	14,2 %

<sup>(1)</sup> International Collaborative Group ; <sup>(2)</sup> Southern California Group ; <sup>(3)</sup> Essai randomisé ; <sup>(4)</sup> CC = chirurgie conservatrice exclusive.

Dans la dernière analyse combinée des essais américains NSABP B-17 et NSAB-24, la survenue d'une RL invasive multipliait le risque de décès par 1,75 [5].

Un certain nombre de facteurs histopathologiques, cliniques et thérapeutiques augmentant le risque de RL ont été identifiés après traitement conservateur avec ou sans RT. Il s'agit de l'âge inférieur à 40 ans, d'une exérèse incomplète ou limitée (< 2 mm de marge saine), du haut grade nucléaire, de la multifocalité et naturellement de l'absence de RT.

Les RL sont presque toujours traitées par mastectomie. Des traitements complémentaires sont à discuter en cas de RL invasive en fonction des données histopathologiques.

## Optimisation du traitement

La prévention d'une RL invasive (dont le délai médian de survenue varie de 4 à 5 ans) est donc l'objectif fondamental pour toutes les patientes. Il est donc indispensable de réaliser un bilan précis de l'extension des lésions et de vérifier le caractère complet de l'exérèse (radiographie de pièce ± mammographie postopératoire).

Le rôle de la surimpression (boost) et du tamoxifène est discuté et fait l'objet de plusieurs études en cours [1, 4, 5] et pourrait probablement encore améliorer les taux de contrôle local en particulier chez les femmes jeunes. En effet, les études plus récentes semblent confirmer une réduction globale des RL en dessous de 7 % à 10 ans.

À l'heure actuelle, la RT reste le standard après CC comme décrit dans les recommandations INCA-SFSPM publiées en 2009 ([www.e-cancer.fr](http://www.e-cancer.fr)).

## Références

1. Bleicher RJ (2013) Ductal carcinoma *in situ*. Surg Clin N Am 93: 393-410
2. Cutuli B, Lemanski C, Fourquet *et al.* (2010) Carcinomes canauxiaux *in situ* (CCIS) caractéristiques histopathologiques et traitement : analyse de 1289 cas. Bull Cancer 97: 301-10
3. Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group (EBCTCG) (2010) Overview of the randomized trials of radiotherapy in ductal carcinoma *in situ* of the breast. J Natl Cancer Inst Monog 41: 162-77
4. Cutuli B, Lemanski C, Le Blanc-Onfroy M *et al.* (2013) Local recurrence after ductal carcinoma *in situ* breast conserving treatment. Analysis of 195 cases. Cancer Radiothérapie 17: 196-201
5. Wapnir IL, Dignam JJ, Fisher B *et al.* (2011) Long-term outcome of invasive ipsilateral breast tumor recurrences after lumpectomy in NSABP B-17 and B-24 randomized trials for DCIS. J Natl Cancer Inst 103: 478-88