

DIAGNOSTIQUE IMAGISTIQUE DU CANCER MAMMAIRE IN SITU

Simona Chiaburu¹, Vasile Jovmir¹, dr.h. în medicină, conf.univ., **Larisa Sofroni¹**, dr.h. în medicină, conf.cercetător, **Natalia Rotaru²**, dr.h. în medicină, conf.univ., **Irina Ceban²**, **Dorina Jovmir²**, IMSP Institutul Oncologic¹, USMF N. Testemițanu²

Le carcinome in situ (CIS, le carcinome noninfiltratif, le carcinome noninvazif) est le terme utilisé pour définir la prolifération des cellules épithéliales malignes dans le système ductal-lobulaire sans l'invasion de la membrane basale et sans l'invasion du tissu conjonctif. Conformément les dates de divers auteurs la fréquence du carcinome in situ constitue de 5 à 40% de la totalité des cancers de la glande mammaire initialement dépistés [1, 2, 3, 4].

En Moldova la fréquence de CIS constitue 1,9-2,2%. Conformément la classification internationale d'après le système TNM (2003), CIS s'attribue à l'étape 0 et la tumeur primaire est considérée Tis.

Cliniquement CIS peut atteindre jusqu'à 5-10cm, même en plus, sans avoir des signes d'invasion [2, 3, 4, 5]. C'est pour quoi beaucoup d'auteurs ont proposé la division de CIS en II groupes: I clinique (tumeur palpable) et II sousclinique (dépisté seulement é l'examen mammographique).

Il y a II types de CIS: I ductal (CDIS), qui se développe de l'épithéle ductal et II lobulaire (LCIS), qui se développe de l'épithéle lobulaire. Le raprort entre CDIS et CLIS est de 6:1 [2].

De point de vue morphologique il y a II types de base de CDIS: comedocarcinome (avec evolution défavorable), noncomedocarcinome (avec evolution favorable). *Subtypes* : micropapillaire, papille, solide, cribriforme.

Tenant compte de l'incidence baissée du carcinome noninvazif, nosres études ont été effectuées à la base du matériel retrospectif et prospectif. Ont été étudiés 209 patientes traitées pendant les années 1993-2006 dans l'Institut Oncologique RM, qui sont divisées conformément le *tableau 1*.

Tableau 1

Distribution des patientes sur lots

<i>Les lots de patientes</i>	<i>Chiffres absolu</i>	<i>%</i>
Lot 1(carcinome noninvasif)	57	27,2
Lot 2(carcinome noninvasif avec microinvasion)	70	33,4
Lot 3(fibroadenomatose proliférative)	82	39,2
Total	209	100

La distribution des patientes d'après l'âge est présentée dans le *tableau 2* et celui corrélatif avec la période biologique dans le *tableau 3*.

Tableau 2

Distribution des patientes d'après l'âge

<i>Lots de patientes:</i>	<i>Années</i>									
	<i>21-30</i>		<i>31-40</i>		<i>41-50</i>		<i>51-60</i>		<i>> 61</i>	
	<i>abs</i>	<i>%</i>	<i>abs</i>	<i>%</i>	<i>abs</i>	<i>%</i>	<i>abs</i>	<i>%</i>	<i>abs</i>	<i>%</i>
Lot 1	1	1,7	23	40,3	17	29,8	14	24,5	2	3,5
Lot 2	9	12,8	19	27,1	31	44,2	7	10	4	5,7
Lot 3	12	14,6	29	35,3	30	36,5	10	12,1	1	1,2
Total	22	10,5	71	33,9	78	37,3	31	14,8	7	3,3

Tableau 3

Distribution des patientes d'après la période biologique

<i>Lots de patientes</i>	<i>Phase biologique</i>	<i>Nombre de patientes</i>	
		<i>abs</i>	<i>%</i>
LOT 1	reproductive	41	71,9
	menopause	16	28
LOT 2	reproductive	59	84,2
	menopause	11	15,7

LOT 3	reproductive	71	86,5
	menopause	11	13,4
TOTAL:		209	100

Les dimensions de la tumeur de glande mammaire sont présentées dans le *tableau 4*.

Tableau 4

Distribution des cas recherches en fonction de dimension de la tumeur primaire

Lot de patientes	Cas Total	CatÉgories de dimensions de la tumeur mammaire				
		<1cm %	1-2cm %	2-3cm %	3-4cm %	>5cm %
LOT 1	57	17 29,8	21 36,8	12 21	7 12,2	0 0
LOT 2	70	20 28,5	33 47,1	18 25,7	9 12,8	2 2,8
LOT 3	82	7 8,5	22 26,8	34 41,4	13 15,8	6 7,3
TOTAL:	209	44 21	76 36,3	64 30,6	29 13,8	8 3,8

L'évaluation mammographique en cas de CIS de la glande mammaire: microcalcines sont la plus fréquente caractéristique mammographique de CIS mammaire. Les microcalcines ont un caractère malign dans approximatif 35% de cas .

Les microcalcifications représente le plus fréquent symptôme radiologique en cas de DCIS. Jusqu'à 84 % de patientes avec DCIS présentent microcalcifications à la mammographie, en 10% se détermine seulement une formation et dans 6% déroule absolument asymptomatique. Il est très difficile diagnostique de LCIS (carcinome lobulaire in situ), parce que les microcalcifications se trouvent plus rarement que dans le cas de DCIS.

Les foyers de microcalcifications en cas de DCIS sont différenciés des calcines présentes aux tumeurs bénignes par densité, dimension, forme, quantité et dispersion. Un signe veridique de la malignité c'est la présence de 15 calcines pour 1 cm². La mammographi doit être effectuée pour l'appréciation et de dimension de la tumeur, qui en cas de carcinome in situ peut atteindre dimensions jusqu'à 5-10 cm et est extrêmement importante dans le processus de prise de decisions dans le traitement chirurgical. Infortunement les microcalcifications sur la mammogramme souvent subévalue les dimensions de la tumeure, en particulier dans les cas des patientes avec DCIS bien différenciées dans lesquelles les superficies tumorales substantielles peuvent être dépourvues de microcalcification. La concordance d'appréciations dimensionnelles peut être améliorer par l'utilisation des mammographies de magnification auxquelles la subappréciation des tumeurs comme dimensions est beaucoup plus petite.

Une série d'études ont essayé de découvrir la corrélation d'entre le type histologique et l'aspect de calcifications, de en attribuer une valeur prédictive.

Les calcifications vermiculaires de type V sont plus fréquemment associées avec le comedocarcinome, en temps que les calcifications ponctiformes sont plutôt en rapport avec les formes non comedocarcinomateuses. La spécification de ces signes n'est pas quand même suffisante, pour assurer une fiabilité diagnostique, qui modifierait la prise thérapeutique.

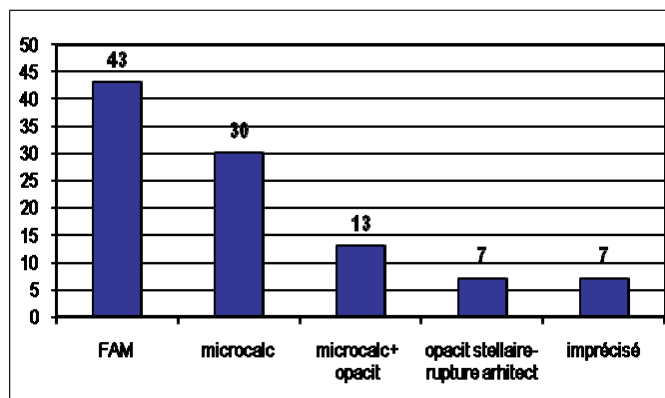
En lignes générales, existe une bonne corrélation entre l'extension de microcalcifications et l'extension de comedocarcinome, contrairement le carcinome canaliculaire in situ de type cribriforme ou papillaire peut être plus élargi que les calcifications, qui servent comme un element diagnostique.

Plus auteurs [5, 6] essayent de déterminer une corrélation entre le type de microcalcifications et le type histologic de la tumeur:

- 71% microcalcines de type 4 et 5 correspond avec le comedocarcinome.
- Microcalcines fins, granulaires, organisés en nids se constatent en lésions de type micropapillaire et cribriforme (avec degré nucléaire baissé et avec l'absence de la necrose).

Finalment, il est obligatoire l'exécution de mammographie bilaterale, parce que 10-20% de patientes avec CDIS peuvent avoir un processus bilatéral [3, 7, 8].

En cas de LCIS microcalcifications dans la majorité des cas ne se déterminent pas, et si il en a, alors en 60 % des cas les microcalcifications apparaissent pas dans la région de la tumeur, mais dans les tissus voisins. Parfois la structure des calcifications et leur expansion peuvent simuler un processus bénigne. C'est pour quoi le diagnostic de LCIS est difficile.



Des 1. Sémiologie échographique

Il ne faut pas ignorer la contribution de l'échographie dans le diagnostic de CIS. L'échographie mammaire effectuée avec l'appareil de haute résolution peut être prise en compte comme une deuxième méthode de screening du carcinome in situ. La distribution de signes échographiques visualisés dans notre étude sont présentés dans le dessin 1.

En conclusion, les méthodes imagistiques relèvent des dates importantes dans le diagnostic précoce du cancer mammaire in situ et doivent être appliqués comme méthodes de screening.

Bibliographie

1. Robert E. Mansel., *Ductal carcinoma in situ: surgery and radiotherapy*. The breast, 2003, 12, p 447-450.
2. Vincent. T. De Vita, *Cancer Principles practice of oncology*. Jr. Samuel Hellman., Vol 5., Philadelphia -1997.
3. Giard S., *Carcinome in situ du sein*. Encyclopedie Medico-Chirurgicale 865-A-30.
4. Penault-Llorca F., Dauplat M.-M. et Arnould L., *Le point de vue du pathologiste*. Cancer du sein. Paris -2003.
5. Giatto S., Bianchi S., Vezzosi V., *Mammographic appearance of calcifications as a predictor of intraductal carcinoma histologic subtype*. Eur Radiol 1994; 4: 23-26.
6. Evans A., Pinder S., Wilson R., et al. *Ductal carcinoma in situ of the breast: correlation between mammographic and pathologic findings*. Am J Roentgenol 1994; 162: 1307-1311.
7. Mihalache Ș., Urzică D., *Actualități și corelații în cancerul de sân*. 1996, p 110-118.
8. Семглазов В., *Карцинома in situ молочной железы – морфологические и клинические проблемы*. Практическая онкология, Т 3, №1, 2002, с 60-68.

Rezumat

Carcinomul mamar in situ după datele literaturii de specialitate constituie 5-40% din numărul total al cancerului mamar primar. Frecvența lui în Republica Moldova variază de la 1,9% până la 2,2%. S-a efectuat un studiu a 209 de paciente tratate la Institutul Oncologic din RM în perioada anilor 1993-2006.

Abstrait

Le carcinome in situ constitue de 5 à 40% de la totalité des cancers de la glande mammaire initialement dépistés. En Moldova la fréquence de CIS constitue 1,9-2,2%. Ont été étudié 209 patientes traitées pendant les années 1993-2006 dans l'Institut Oncologique RM. Toutes les patientes ont été examiné complexe, le diagnostic étant confirmé morphologiquement pre- et postopératoire.

Summary

The name cancer in situ, refers to a specific diagnosis of cancer. This is a very early type of cancer, which is curable in more than 97% of all women. In situ cancers, when detected and treated early, are rarely life threatening.

Non-invasive (or "in situ") cancers confine themselves to the ducts or lobules and do not spread to the surrounding tissues in the breast or other parts of the body. They can, however, develop into or raise the risk for a more serious, invasive cancer.

DIAGNOSTICUL RADIOLOGIC CONVENȚIONAL ÎN MODIFICĂRILE DE DEBIT ALE CIRCULAȚIEI PULMONARE

Victor Volneanschi, dr. în medicină, conf.univ., **Anatol Obadă**, asist. univ.,
USMF "Nicolae Testemițanu"

Actualitatea temei. Depistarea modificărilor de debit ale circulației pulmonare este una din cele mai actuale și dificile probleme ale cardiologiei. Actualitatea acestei probleme se explică, în primul rând, prin faptul că insuficiența cardiacă (IC) este una din cele mai frecvente cauze de invaliditate și mortalitate la cardiaci.

Materiale și metode. În articol se prezintă experiența autorilor în studierea posibilității metodei radiologice clasice în depistarea modificărilor de debit ale circulației pulmonare. Studiul cuprinde un număr de 583 de pacienți examinați complex clinic și radioimagic, cu diferite stări patologice ale cordului (vicii dobândite, vicii congenitale cu șunt stânga-dreapta și dreapta-stânga, diverse afecțiuni ale miocardului).

Rezultate. Conform concepției contemporane, starea funcțională a miocardului radiologic se determină după datele pulsative și cardiometrice, dar, în primul rând, analizând minuțios replețiunea și distribuția sângelui în sistemul pulmonar. Interpretarea corectă a tabloului radiologic al dereglărilor circulației pulmonare este posibilă numai ținând cont de modificările patofiziologice care au loc la pacienții cu IC, de asemenea, luând în considerație particularitățile circulației pulmonare:

- a) presiune joasă în vasele pulmonare;
- b) funcție de depozitare a vaselor pulmonare;
- c) vascularizare dublă;
- d) prezența multiplelor anastomoze;
- e) dependența circulației pulmonare de componența aerului alveolar și a mișcărilor respiratorii;

- f) dependența de efectul forței de gravitație.

Insuficiența miocardului ventriculului stâng (VS) se manifestă, în primul rând, prin mărirea presiunii în sistemul postcapilar, adică în venele pulmonare (VP). Aceste modificări se explică prin faptul că VS nu este în stare să propulseze toată cantitatea de sânge venită din atriul stâng (AS), ca urmare, are loc mărirea presiunii în AS și concomitent în VP.

Micșorarea funcției de contracție a VS creează premise în care nu toată cantitatea de sânge din AS este propulsată de VS în aortă. La baza acestor dereglări hemodinamice a fost efectuată excluderea parțială din funcție a VS, cauzată de infarctul miocardic, de dereglări cronice de alimentare a miocardului etc. În astfel de condiții VS nu este în stare să asigure volumul sistolic necesar. Ca urmare, are loc mărirea presiunii în AS și în mod corespunzător în VP. Este necesar de menționat faptul că inițial dilatarea VP se manifestă nu pe toată suprafața câmpului pulmonar. Dilatarea venelor cu mărirea conținutului sangvin în ele se limitează numai cu porțiunile superioare și parahilare ale câmpului pulmonar, în timp ce în regiunile inferioare venele au dimensiuni normale sau chiar micșorate. Astfel, se obține un tablou radiologic al desenului pulmonar, numit „desen pulmonar inversat” (fig. 1.)