



B3: Trop ou pas assez de chirurgie?

Monique Cohen
Marseille

SFSPM – 10/11/2011

Conflits d'intérêt: Néant

« Mais la femme, enlevant de ses mains le large couvercle de la jarre, les dispersa par le monde et prépara aux hommes de tristes soucis ».....



Classification des recommandations européennes des B3

(Ellis J Clin Pathol 2004)

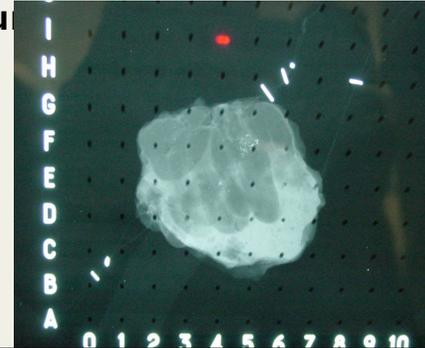
Lésion	B2	B3	% de sous estimation	B4	B5
Métaplasie cylindro cubique	Simple	Atypique DIN1a	13 – 30		
Métaplasie apocrine	Simple	Atypique			
Hyperplasie canalaire	Simple (CK 5/6 positive)	Atypique DIN1b	17 – 38		
Néoplasie lobulaire		LIN1/LIN2	8 – 46		LIN3 pleiomorph
Cicatrice radiaire		Quelque soient les atypies	10 – 16		
Papillomes	Microscopique, simple et unique	Papillomes multiples avec ou sans atypies	7 – 22	Atypies marquées	

POURQUOI OPERER?

- **Le risque de sous-évaluation** d'un cancer de bordure
- **Le potentiel évolutif propre** de la lésion

Conditionne la technique chirurgicale

- exérèse du signal radiologique en totalité
- exérèse en « limites saines » histologiques



OBJECTIFS

Attitude à proposer selon **conditions du diagnostic**

(Cliniques, Radiologiques, Conditions du prélèvement, Histologie de la biopsie)

identifier des critères prédictifs de sous-évaluation minime ou suffisamment faible pour envisager de se dispenser d'une exérèse chirurgicale complémentaire

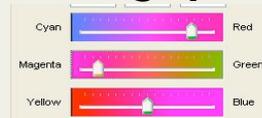
Difficulté = DISPARITÉ:

- **Des entités lésionnelles**, chacune ayant un potentiel évolutif et un taux de risque de sous-évaluation qui lui est propre.
- **Des interprétations histopathologiques** des lames de biopsies (variabilité inter et intra observateur).

LES FACTEURS QUI DOIVENT INFLUENCER LA DECISION (1)

Contexte clinique:

- **Antécédents familiaux** : augmentent le risque relatif (RR)
- **Âge**
- **Signal clinique (masse, écoulement)**
- **Facteurs psychologiques** et perception du risque



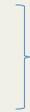
- **Type d'image**: ACR, nombre et taille des

LES FACTEURS QUI DOIVENT INFLUENCER LA DECISION (2)

Conditions de prélèvement :

- exérèse de la totalité de l'image
- difficultés de procédure
- taille de l'aiguille
- nombre carottes (avec micro/ nombre de carottes prélevées)

taille aiguille ↘
estimation ↗



Taux de sous

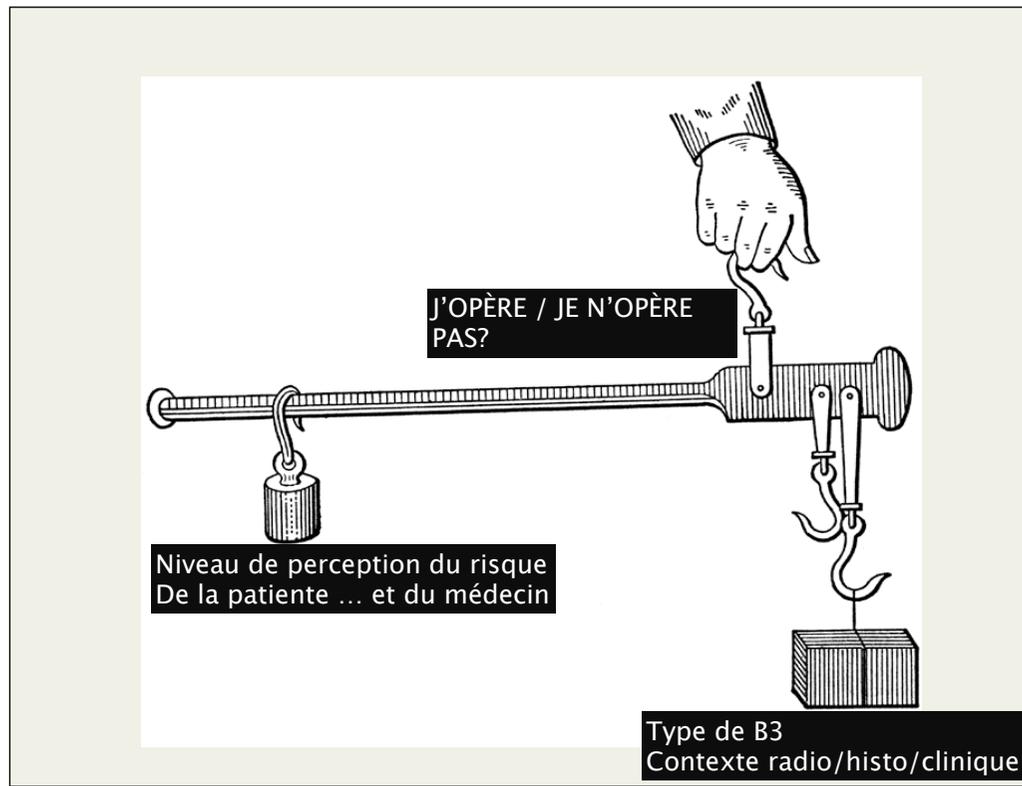
nombre de « carottes » ↘

LES FACTEURS QUI DOIVENT INFLUENCER LA DECISION (3)

Type de B3:

- **Associations lésionnelles** : augmentent le risque de sous-évaluation et le RR:
- Nombre et taille des foyers histologiques sur la MBA
- Présence de la lésion sur les carottes **avec ou sans** micro calcifications

Concordance radiologie - histologie des biopsies +++



Chirurgie ou surveillance selon le type de lésion

2 situations cliniques distinctes:

- Micro biopsie pour lésion solide (papillome ou cicatrice radiaire, mucocèle, phyllode)
- Macro biopsie pour foyer(s) de micro calcifications +++
- « Super macro biopsie » procédé INTACT®
- (Découverte fortuite sur pièce opératoire exclue de notre réflexion)

B3	% de sous	Attitude STANDARD	OPTION SURVEILLANCE SI ... (à valider)
MCCA (DIN1a)	13 – 30	Exérèse complé mentaire	<ul style="list-style-type: none"> • MCCA isolée • Pas de micro résiduelles (1) • Taille radiologique < 10mm
HCA (DIN1b)	17 – 38	Exérèse complé mentaire	<ul style="list-style-type: none"> • HCA isolée • Pas de micro résiduelles (2) • ACR 3 ou 4 • taille radiologique < 6mm
LIN1/LIN2	8 – 46	Exérèse complé mentaire	<ul style="list-style-type: none"> • LIN1/2 isolée • Pas de micro résiduelles (3) • Pas d'antécédents familiaux ou perso. • Concordance radio/histo
Cicatrice radiaire (±atypies)	10 – 16	Exérèse (image difficile à surveiller)	Exérèse par macroB (ou supermacroB) si absence atypies (4)
Papillomes unique, multiples (± atypies)	7 – 22	Exérèse systématique en LS si papillomes	Exérèse par macroB (ou supermacroB) si papillome unique sans atypies (5)

(1)De Mascarel, Senetta, David (2)Forgeart, De Mascarel , Wagoner (3)Liberman, de Mas
(4) Richter-Ehrenstein (5) Rajan, Bianchi

Limites d'exérèse et B3

Obtention de limites saines (comme cancer)

si:

- Papillomes multiples
- Papillome et cicatrice radiaire avec atypies

Pas de reprise si limites non saines:

- LIN1/LIN2
- MCCA (DIN1a) isolée: Faible potentiel évolutif

Discussion de RCP:

LES CAS DIFFICILES

- **Les lésions pluri centriques:** 2 à 3 foyers de micro calcifications
- **Les foyers étendus de micro calcifications:** problématique spécifique

Place de la « RCP Femmes à Haut Risque Mammaire » +++

Prend en compte:

- antécédents familiaux
- facteurs de risque (modèles de calcul de risque (Gail, Barlow))
- types de lésions histologiques
- possibilités chirurgicales (résections in sano, oncoplastie)
- aspect du ou des foyers résiduels
- contexte psychologique

Composition d'une RCP « femmes à haut risque »

Professionnel

- « **Référent clinicien** » : oncologue médical, gynécologue ou chirurgien selon les cas

- **Anatomopathologiste**

- **Onco-généticien**

- **Radiologue**

- **psychologue**

Missions

- Discussion de chirurgie des lésions à risque

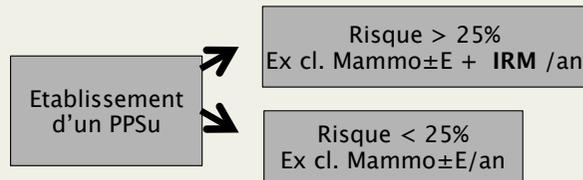
Mastectomie prophylactique exceptionnelle

- **Prendre en compte** du risque histologique
- **Double lecture**

- Evaluation du risque familial
- **Proposition d'essais de prévention**

- Estimation de la densité mammaire, classification ACR, programme de surveillance, intérêt de l'IRM

- Estimation du niveau d'aversion au risque



Perspectives à évaluer: Super Macro biopsie

(Procédé «INTACT®»)

Série prospective, 166 biopsies INTACT, 15 (9%) HCA
 pas de sous estimation sur 8/15 opérées...
 Marges >1mm = seul facteur prédictif d'excision en totalité de
 lésion maligne

Seror et al Eur J Radio 2011

- A Retrospective multicenter study (10 centers and 14 physicians)
 Micro BiRads 4 et 5 ; 2 groupes de 742 patientes

	Intact ®	Mammotome ®	p-value
Underestimates ADH vs DCIS	3 of 32 (9.4%)	11 of 30 (36.7%)	p = 0.01
Complete Excision of ADH at Biopsy	21 of 32 (65.6%)	10 of 30 (33.3%)	p = 0.02

Importance du rapport vol prélevé / taille foyer sur taux de sous évaluation

OUI mais....

Il faudrait évaluer en prospectif le taux de sous estimation après excision complète du foyer d'HCA par ce procédé sur un plus grand nombre de patientes opérées.

Etude prospective multicentrique

OBJECTIF PRINCIPAL

- Taux de sous évaluation Macro biopsie/Chirurgie
- Rechercher critères prédictifs de sous évaluation minime

CENTRES (CLCC/privé/public)

- C. Oscar Lambret Lille
- C. Jean Perrin Clermont Ferrand
- Clinique Casamance-Aubagne
- Institut Paoli Calmettes Marseille
- Clinique Clémentville Montpellier
- Cabinet privé les Martégaux Marseille
- CH Aix en Provence

OBJECTIFS SECONDAIRES:

- Exhaustivité du recueil de données
- Evaluer variabilité inter observateur du
(double lecture)

Déc. 2008 - Juin 2011: 338 patientes
Fiches standardisées de recueil de données
53/ 323 bras surveillance
260/323 bras chirurgie

EXAUSTIVITÉ DES DONNÉES

Critères obtenus dans \approx 100% des cas:

- Âge
- Statut ménopausique
- Antécédents (familiaux , de chirurgie homo ou contro latérale)
- ACR
- Présence de cancer à la chirurgie
- Nombre de LF différentes

EXAUSTIVITÉ DES DONNÉES

Critères insuffisants:

critères	%
Micro résiduelles	88
Nombre carottes prélevées	88
Trace macro biopsie	84
Taille du foyer	84
Difficulté macro biopsie	73
Calibre aiguille	69
Autres foyers	58
Nombre carottes atteintes	37
Densité mammaire	31
Nombre de foyers sur MBA	19

Taux de sous évaluation après chirurgie selon type de B3

B3	Houssami 2007	Dillon 2007	El-sayed 2008	Lieske 2008	Hayes 2009	S.Bianchi 2011	Notre étude 2011
DIN1a	-	-	-	-	12,5%	12,7%	9,1%
DIN1b	44,7%	35%	32,4%	50%	32%	27, 3%	16,7%
LIN	60,9%	44,4%	29,6%	37,5%	50%	22%	8,8%
Papillome	22,7%	17,8%	10,5%	25,7%	8,3%	13,3%	7,1%
Cicatrice radiaire	16,7%	12,2%	12,2%	9,3%	12,3%	10,6%	18,2%
Sous évaluation globale	35,1% (98/279)	20,9% (37/177)	20,3% (106/523)	33,7% (67/199)	15,6% (22/141)	21,2% (349/1644)	14,2% (37/260)

NS
DIN1b vs autres (8,2%) NS

Taux de sous-évaluation et autres

taille foyer	<10mm 15	10 - 20mm 20	>20mm 13,7	NS
ACR	ACR 3 10,3	ACR 4 11,9	ACR 5 25	P=0,0032
Calibre aiguille	8 - 10G 10,6	≥ 11G 19,3		NS
Antcd familiaux	Aucun 11,8	1,2 ou 3 20,5%		NS
Nombre carottes	≤11 14%	≥12 13,2%		NS
Nombre de foyers sur MBA	1 0%	2 20%	≥ 3 15,4%	NS

Double lecture des lames de macro

- Taux de concordance : 89 %

Type B3	% de concordance
DIN1a	89,4%
DIN1b	86,8% (4CCIS)
LIN	100%
Cicatrice radiaire	75% (lésions associées)
Papillomes	100%

P < 0,0001

Réflexions

- Exhaustivité de recueil des données : perfectible
→ **Diffusion de fiches standardisées** clinicien/
radio/anapath
- Données permettant d'orienter vers une surveillance (ex: nombre foyers sur MBA) très insuffisantes ce qui rend difficile l'application en pratique des critères de sélection
- Importance de la **double lecture** en particulier dans les HCA

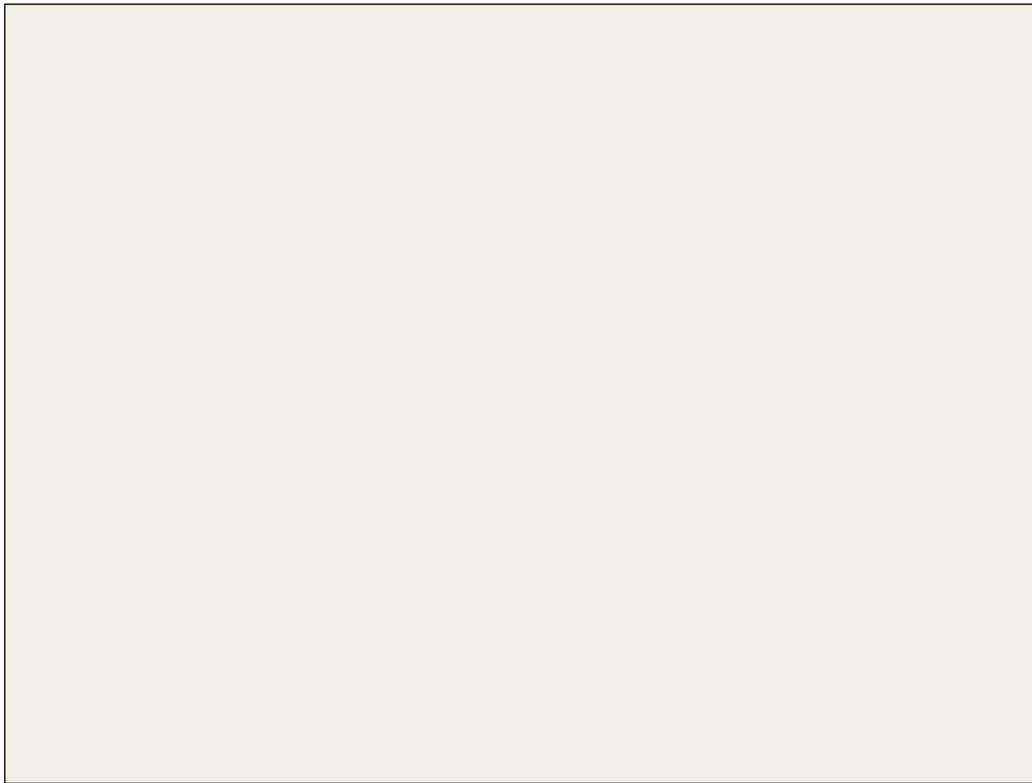
CONCLUSION

Pour pouvoir définir une prise en charge standardisée des B3 avec mise en place de référentiels et d'outils d'aide à la décision (scores, nomogrammes), une évolution de nos pratiques est nécessaire :

- **Optimiser et homogénéiser la prise en charge**
- **Définir la place de l'exérèse par procédé INTACT(®)**
- **Développer les RCP Femmes à Haut Risque Mammaire** pour les situations particulières

MERCI





Risque de cancer du sein

Risque Cumulé (%)

